

**JJ/MM/AAAA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° adhérent AST35** : | **Raison sociale** : | **Code NAF** : |
| **Type d'activité** : | **Convention collective de référence** : | **Adresse** : |
| **Responsable** : | **Tél.** : | **Fax** : |
| **E-mail** : | **Délégués du personnel** : Oui  Non | **CSE** : Oui  Non |
| **Effectif total** : | **Temps de travail** : | **Horaires habituels** : |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postes de travail** | **Effectif** | **Hommes** | **Femmes** | **Apprentis -18 ans** | **Intérimaires** | **RQTH\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*RQTH : Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé

**Conditions de travail particulières**

Travail de nuit : Oui  Non  Travail sur plusieurs sites : Oui  Non  Travail à domicile : Oui  Non

Existence d'établissements secondaires : Oui  Non  Si oui, combien :

# Mesure de prélèvements réalisés (bruit, lumière, température, poussière de bois, poussière amiante, etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **Date** | **Résultats** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Accidents du travail

**Définitions**

**Accident du travail** : aux termes de l’article L411-1 du Code de la Sécurité sociale, "est considéré comme accident du travail, quelle qu’en soit la cause, l’accident survenu, par le fait ou à l’occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d’entreprise".

**Presqu’accident du travail** : Évènement inattendu et soudain mais qui n’entraîne aucun dommage.

**Maladie professionnelle (MP)** : une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l’exposition d’un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

|  |  |
| --- | --- |
| **Accidents du travail déclarés** | **Nombre** |
| **Année en cours** |  |
| **Année N-1** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analyse systématique** | **Oui** | **Non** |
| **Des accidents** |  |  |
| **Des presqu'accidents** |  |  |

**Maladies professionnelles**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MP déclarées** | **Nombre** | **N° du tableau** | **Pathologie du tableau** |
| **Année en cours** |  |  |  |
| **Année N-1** |  |  |  |

**Poste de travail :**

# FICHE N°A1 | Risques liés aux ambiances thermiques

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| La température et l’humidité des locaux sont- elles satisfaisantes ? |  |  | Isolation du bâtiment, stores extérieurs, etc. |  |  |  |
| Etes-vous exposés à des courants d’air ? |  |  | Locaux correctement aérés, ventilés |  |  |
| Travaillez-vous :  » en ambiance chaude (chalumeau, four, etc.) ? |  |  | Chauffage réglable pour chaque zone de travail |  |  |
| » en ambiance froide (chambre froide, congélateur, etc.?) |  |  | Limitation de la durée d’exposition (au chaud, au froid) |  |  |
| Existe-t-il des variations importantes ? |  |  | Conformité des équipements des sources de chaleur ou de froid (marquage CE) |  |  |
| Autres : | | | Vérification et entretien régulier prescrits par le fournisseur |  |  |
| Climatisation réversible |  |  |
| Tenues de travail adaptées |  |  |
| Port de gants adaptés |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°A2 | Risques et nuisances liés au bruit

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| La communication orale est-elle possible ? |  |  | Sensibilisation du personnel |  |  |  |
| Les signaux sonores ou alarmes sont-ils bien  perçus ? |  |  | Affichage des consignes et signalisation de  sécurité |  |  |
| Existe-t-il des sources de bruit gênantes dans les locaux (polisseuse, meuleuse, matériel air à comprimé, etc.) ? |  |  | Isolement des sources de bruit |  |  |
| Les niveaux sonores moyens ont-ils été mesurés ? |  |  | Réduction du bruit à la source (capotage, silencieux) |  |  |
| Sont-ils supérieurs :  » à 80 dB(A) sur 8 heures |  |  | Insonorisation des locaux (plafonds, murs, etc.) |  |  |
| » à 85 dB(A) sur 8 heures |  |  | Protections auditives adaptées |  |  |
| Existe-t-il des crêtes à :  » à 135 dB(C) |  |  | Choix d’appareils peu bruyants |  |  |
| » à 137 dB(C) |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°A3 | Risques liés aux ambiances lumineuses

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Vos locaux sont-ils équipés :  » uniquement en éclairage naturel |  |  | Proscrire les locaux aveugles pour les postes de travail permanents |  |  |  |
| » uniquement en éclairage artificiel |  |  | Mesures d’éclairement effectuées |  |  |
| » en éclairage mixte |  |  | Entretien régulier des installations (nettoyage, remplacement) des luminaires |  |  |
| Existe-t-il des locaux aveugles (sans apport de lumière naturelle) ? |  |  | Stores adaptés |  |  |
| Des mesures d’éclairement ont-elles été effectuées ? |  |  | Lampes d’appoint (si besoin) |  |  |
| L’éclairage global est-il satisfaisant et suffisant ? |  |  | Adaptation de l’éclairage en fonction des postes de travail et/ou des salariés |  |  |
| Constatez-vous aux postes de travail :  » de l’éblouissement |  |  | Existence de variateurs |  |  |
| » des reflets |  |  | Plusieurs commandes d’éclairage général afin de tenir compte de l’éloignement par rapport aux fenêtres (généralement 2 zones) |  |  |
| » des zones d’ombre |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| » des zones non éclairées |  |  |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°A4 | Risques liés aux vibrations

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| **Vibrations corps entier**  Utilisez-vous :  » des engins autoportés type chariot élévateur ? |  |  | Mesures d’évaluation des niveaux de vibrations effectuées |  |  |  |
| » des véhicules routiers (VL, PL, Véhicule Utilitaire Léger) ? |  |  | Voies de circulation, pneus, suspensions, sièges en bon état et entretenus régulièrement |  |  |
| » des machines fixes ? |  |  | Suivi de l’entretien du matériel |  |  |
| **Vibrations transmises aux membres supérieurs**  Utilisez-vous des machines/outils à mains :  » électroportatifs (ponceuse, visseuse, meuleuse, etc.) ? |  |  | Machines / outils portatifs équipés d’une poignée anti-vibration |  |  |
| » pneumatiques (clé à chocs, etc.) ? |  |  | Prise en compte des critères de poids, de vibrations lors du remplacement des outils ou des machines |  |  |
| » thermiques (tronçonneuse, etc.) ? |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°A5 | Risques liés aux rayonnements

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Utilisez-vous des machines ou des procédés  générateurs de :  » rayonnements ultraviolet |  |  | **Formation**  » Information des salariés concernant les risques liés aux rayonnements |  |  |  |
| » rayonnements infrarouge (ex : soudure) |  |  | **Autres mesures de prévention**  » Formation du personnel selon leur catégorie (A ou B) |  |  |
| » rayonnements laser |  |  | » Désignation d’une Personne Compétente en Radioprotection (PCR) et d’un Correspondant SISERI de l’Employeur (CSE) |  |  |
| » champs électromagnétiques |  |  | Conformité du matériel  » Contrôle périodique des machines (générateurs) par un organisme agréé |  |  |
| Êtes-vous amené à utiliser des sources radioactives (rayonnements ionisants, rayons X, gamma, etc.) ? Si oui, lesquelles ? |  |  | » Réalisation du zonage et affichage |  |  |
| Êtes-vous amené à pratiquer du soudage ?  » chalumeau |  |  | Traçabilité des expositions  » Suivi dosimétrique |  |  |
| » soudage manuel à l’arc avec électrode enrobée (MMA) |  |  | » Transmission au prestataire de contrôle de dosimétries, des coordonnées du médecin du travail |  |  |
| » TIG |  |  | » Réalisation de fiches d’exposition |  |  |
| » MIG |  |  | Protections individuelles adaptées et utilisées (gants, écran facial, lunettes de protection, tenue de travail, etc.) |  |  |
| » MAG |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°B1 | Risques liés aux produits chimiques

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** | |
| L’inventaire et l’évaluation des produits (solides, liquides, gazeux) sont-ils faits ? |  |  | Vos salariés sont formés au risque chimique (connaissance des pictogrammes, des mesures d’hygiène, etc.) |  | |  |  | |
| Avez-vous recueilli les Fiches de Données de Sécurité auprès de votre fournisseur ? |  |  | Liste des postes interdits aux femmes enceintes ou allaitantes (produits étiquetés H360, H361, H340, H341) |  | |  |
| Vos salariés sont-ils exposés à :  » des émissions de poussières (métalliques, ciment, farine, bois, amiante, etc.) ? |  |  | Substitution par des produits moins dangereux |  | |  |
| » des émissions de fumées (soudure, gaz d’échappement, etc.) |  |  | Etiquetage de tous les récipients |  | |  |
| » à des aérosols (bombe peinture, dégraissant) ? |  |  | Stockage produits selon règles de compatibilité |  | |  |
| » à des produits à caractère Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR), produits étiquetés H340, H350, H360, H361 ? |  |  | Ventilation du local de stockage |  | |  |
| » à des contacts cutanés (solvants, etc.) |  |  | Ventilation générale des ateliers entretenue régulièrement |  | |  |
| Autres : | | | Aspiration à la source |  | |  |
| Affichage au poste de travail de la notice de poste (cf. annexe) |  | |  |
| Douche et lave-œil en état |  | |  |
| Information sur les risques et consignes |  |  | |  |
| Bacs de rétention |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°B1 | Risques liés aux produits chimiques - suite

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Autres : | Gestion des déchets |  |  |  |
| Quantité de produits limitée au poste de travail |  |  |
| Conduites à tenir établies en cas d’exposition (douche, rince-œil) |  |  |
| Protections individuelles adaptées et utilisées (gants, masques, lunettes, vêtements, chaussures) |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produits chimiques utilisés** | | | | | | | | | | | | |
| **Fiches de Données de Sécurité**  des produits chimiques utilisés dans l’entreprise, à demander aux fournisseurs.  La mise à jour des FDS doit être inférieure à 5 ans, en français et en 16 items. | **Date mise à jour FDS** | **Nom du produit** | **Pictogrammes** | | | | | | | | | **Mentions de danger** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Poste de travail :**

# FICHE N°C1 | Risques liés aux agents biologiques

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Un risque d’être en contact avec des liquides biologiques (sang, urine, salive, etc.) est-il  présent :  » humains |  |  | Information des salariés sur le risque infectieux |  |  |  |
| » animaux |  |  | Procédure AES (Accident Exposition au Sang) |  |  |
| Effectuez-vous une activité liée à :  » l’entretien des sanitaires |  |  | Vaccinations professionnelles à jour |  |  |
| » l’exposition à des déchets |  |  | Utilisation de matériel à usage unique |  |  |
| » aux eaux usées ? |  |  | Evacuation régulière des déchets suivant une procédure connue de tous |  |  |
| Autres : | | | EPI adaptés, fournis et portés (gants, masques, lunettes, vêtements de travail) |  |  |
| Lavage répété des mains |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D1 | Risques liés aux contraintes physiques (postures de travail et manutention manuelle)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les positions de travail sont-elles contraignantes ?  » Au niveau des épaules |  |  | Rythmes de travail aménagés |  |  |  |
| » Au niveau des poignets/mains |  |  | Alternance, rotation aux différents postes |  |  |
| » Au niveau des cervicales |  |  | Sensibilisation ou formation à la prévention des risques liés à l’activité physique |  |  |
| » Au niveau des lombaires |  |  | Limitation des efforts rapides ou répétés |  |  |
| » En position assise |  |  | Charges positionnées à bonne hauteur |  |  |
| » En position debout |  |  | Espaces de travail adaptés (hauteur, dégagements, etc.) |  |  |
| » Autres |  |  | Outils adéquats et mobiliers adaptés |  |  |
| Les positions sont-elles statiques (+ de 4 secondes) ? |  |  | Port de charge lourde (plus de 15 kg) à deux |  |  |
| Les gestes sont-ils répétés ? |  |  | Outils d’aide à la manutention (diable, transpalette manuel et électrique, etc.) |  |  |
| Le port de charge est-il contraignant ?  » Charges lourdes Poids maxi : kg |  |  | En cas de travail debout, présence de tapis antifatigue |  |  |
| » Charges volumineuses |  |  | Appui des avant-bras sur le plan de travail ou accoudoirs réglables en hauteur |  |  |
| » Port de charges répété plusieurs fois par jour |  |  | Siège adapté à disposition du salarié |  |  |
| » Charges portées à des hauteurs difficiles (trop bas/trop haut) |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| » Déplacement de la charge sur la durée |  |  |
| » Déplacement de la charge avec dénivelé |  |  |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D2 | Risques liés à la manutention mécanique

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Y a-t-il des aides mécaniques ?  » Transpalette |  |  | Formation à la conduite des engins |  |  |  |
| » Chariot élévateur à conducteur porté |  |  | Les autorisations de conduite sont-elles délivrées (sous réserve de formation et de l’aptitude médicale) |  |  |
| » Chèvre, etc. |  |  | Plan de circulation |  |  |
| Avez-vous une visibilité suffisante lors du déplacement des charges ? |  |  | Sol adapté et vérifié (uniforme, lisse, etc.) |  |  |
| Le personnel est-il formé ou informé à l’utilisation des engins ? |  |  | Moyens de manutention adaptés |  |  |
| Autres : | | | Entretien et vérification périodique des engins et du matériel (élingue, poulie, chaîne, etc.) |  |  |
| Indications sur le poids des charges |  |  |
| Respect des poids des charges |  |  |
| Matériels protégés du risque de heurt par les engins de manutention |  |  |
| Chariots manuels à pousser plutôt qu’à tirer |  |  |
| Les chariots sont chargés sans risque de chute d’objets |  |  |
| Roues adaptées et vérifiées au transport de la charge |  |  |
| Chaussures de sécurité, gants de manutention utilisés |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D3 | Relations de travail et environnement psychosocial

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| L’organisation en place dans l’entreprise permet-elle de faire face à la charge de travail ? |  |  | Planification du travail à l’avance |  |  |  |
| Les donneurs d’ordre (clients, prescripteurs, etc.) imposent-ils des délais contraignants ? |  |  | Fiches de postes claires et mises à jour |  |  |
| Les attentes et objectifs sont-ils clairement indiqués aux salariés ? |  |  | Point régulier (réunion d’équipe, etc.) sur la planification des temps de récupération |  |  |
| Le recours aux heures supplémentaires est-il anticipé ? |  |  | Possibilité de faire appel à un collègue ou à l’encadrement en cas de situation conflictuelle ou délicate |  |  |
| L’organisation du travail permet-elle aux salariés de concilier vie professionnelle et vie personnelle dans de bonnes conditions (dates de congés, obligations familiales ou médicales, etc.) ? |  |  | Réflexion sur les pratiques et les raisons des situations conflictuelles ou délicates |  |  |
| Arrive-t-il que les salariés travaillent plus de 45h par semaine ? |  |  | Possibilité d’échanges plus ou moins formels sur la façon de faire le travail et des aménagements possibles face à l’imprévu ? |  |  |
| Les salariés sont-ils confrontés à un public difficile (clients mécontents, etc.) ? |  |  | Prise en compte, dans l’organisation du travail, la possibilité d’aléas (panne d’une machine, arrêt maladie, demande inattendue d’un client, etc.) |  |  |
| Les salariés ont-ils des marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail (choix des outils et/ou des procédés, planification des tâches) |  |  | Mise en place de conditions de coopération dans le travail entre les salariés |  |  |
| Les salariés forment-ils une équipe soudée (confiance, entraide, convivialité) ? |  |  | Promouvoir une culture du respect |  |  |
| Règne-t-il un climat de respect et de courtoisie à l’intérieur de l’entreprise (politesse, absence de propos ou d’attitudes blessantes, etc.) ? |  |  | Mise en place de retours aux salariés sur le travail réalisé (utilité, manière dont il a été réalisé, suites données au travail, etc.) |  |  |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D3 | Relations de travail et environnement psychosocial - suite

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les salariés se sentent-ils reconnus dans leur travail ? |  |  | Possibilité d’échanges contradictoires sur la façon de faire le travail et sur les critères d’évaluation du travail |  |  |  |
| Les salariés ont-ils le sentiment de pouvoir faire un travail de qualité (fierté du travail bien fait) ? |  |  | Communication régulière sur les changements, les évolutions et leurs raisons (ex : réunions d’équipes hebdomadaires, échanges sur les pratiques, points quotidiens, salle de pause, photocopieuse partagée, lieux de rencontres informelles, etc.) |  |  |
| Les salariés sont-ils confrontés à des incertitudes  (planning de travail instable, précarité des contrats, risque de perte d’emploi) ? |  |  | *Vous pouvez vous référer aux outils "Faire le point - une aide pour évaluer les risques psychosociaux dans les petites entreprises", disponibles sur* [*www.inrs.fr*](http://www.inrs.fr) *ou sur* [*www.travail-emploi.gouv.fr*](http://www.travail-emploi.gouv.fr) | | |
| Les salariés ont-ils la possibilité d’échanger sur la façon de faire le travail (entre eux et avec l’encadrement) ? |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D4 | Risques liés au travail sur écran

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Travaillez-vous de façon permanente sur :  » un ordinateur portable |  |  | Alternance des tâches et des postures |  |  |  |
| » un ordinateur fixe |  |  | Formation aux :  » outils de travail |  |  |
| » un écran de contrôle |  |  | » logiciels |  |  |
| De manière générale, possédez-vous du matériel réglable :  » siège |  |  | » paramétrage écrans (luminosité, contraste, zoom, etc.) |  |  |
| » écran |  |  | Evaluation des contraintes lumière, bruit, température, etc. |  |  |
| » plan de travail |  |  | Utilisation de périphériques déportés (station d’accueil, etc.) si ordinateur portable |  |  |
| Avez-vous des périodes prolongées de travail  (>30min) sur ordinateur portable ? |  |  | Haut de l’écran à l’horizontal des yeux (vigilance pour les porteurs de verres progressifs) |  |  |
| Disposez-vous d’un espace de travail suffisant (environ 10m² par salarié) ? |  |  | Ecran face à l’opérateur |  |  |
| Travaillez-vous sur plusieurs écrans ? |  |  | Ecran réglable en hauteur, en inclinaison |  |  |
| Autres : | | | Ecran perpendiculaire et au moins à 1m des fenêtres |  |  |
| Siège réglable et adapté au salarié |  |  |
| Repose-pieds |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D5 | Risques liés aux circulations internes de véhicules

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les voies de circulation sont-elles libres et en bon état ? |  |  | Zones de circulation dégagées |  |  |  |
| Les voies piétonnes sont-elles matérialisées ? |  |  | Présence d’une limitation de vitesse |  |  |
| L’éclairage est-il suffisant ? |  |  | Plans d’accès établis et communiqués (si travaux dans une entreprise extérieure) |  |  |
| Le personnel est-il informé du plan de circulation interne ? |  |  | Signalisation et matérialisation des zones de manœuvres |  |  |
| Autres : | | | Procédures en cas de pluie, neige ou verglas |  |  |
| Entretien régulier des véhicules |  |  |
| Miroir de sécurité aux zones de non visibilité |  |  |
| Signaux sonores et visuels des véhicules en bon état |  |  |
| Autorisation de conduite à l’utilisation des chariots élévateurs, nacelles, etc. |  |  |
| Signalisation visuelle des piétons (gilet fluorescent) |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D6 | Risque routier

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les véhicules professionnels (dont 2 roues) sont- ils en bon état et bien entretenus ? |  |  | Procédure en cas de panne, accident, etc. |  |  |  |
| Les horaires et les itinéraires sont-ils organisés (temps de pause) ? |  |  | Règlement intérieur intégrant le risque routier (téléphone portable, alcool, drogues, etc.) |  |  |
| Existe-t-il des contraintes de délais ? |  |  | Sensibilisation au respect du code de la route |  |  |
| Les salariés sont-ils sensibilisés aux dangers de la fatigue, de la consommation de certains médicaments, d’alcool, de drogues ? |  |  | Information formation à la conduite par tous temps |  |  |
| Autres : | | | Vérification du véhicule avant utilisation |  |  |
| Carnet d’entretien |  |  |
| Equipement des véhicules (boîte à pharmacie, triangle, gilet, extincteur, 2 constats amiables, etc.) |  |  |
| Protection du conducteur vis-à-vis des charges transportées (charges arrimées, cabine cloisonnée) |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°D7 | Risques liés aux entreprises extérieures

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Une société extérieure intervient-elle plus de 400 heures/an ? |  |  | Plan de prévention réalisé avant le début des travaux |  |  |  |
| Existe-t-il des travaux figurant dans la liste fixée par l’arrêté du 19 mars 1993 modifié le 7 mars 2008 nécessitant un plan de prévention (cf. annexe liste de l’arrêté du 19 mars 1993) ? |  |  | Inspection en commun des lieux |  |  |
| Autres : | | | Protocole de sécurité de chargement et déchargement |  |  |
| Consultation respective des documents uniques d’évaluation des risques |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E1 | Risques liés aux chutes de plain-pied ou heurts

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Vos locaux comportent-ils des pièces ou des accès (couloirs, escalier) présentant un danger de chutes ou de heurts ? |  |  | Organisation des lieux de stockage dédiés au matériel (allée de passage dégagée, etc.) |  |  |  |
| Le sol est-il en bon état, non encombré (sans gêne ou obstacle), nivelé et non glissant ? |  |  | Conformité du matériel de stockage |  |  |
| Des objets sont-ils stockés en hauteur ? |  |  | Signalisation des zones à risque (sol, etc. ) |  |  |
| Les lieux de stockage sont-ils organisés ? |  |  | Entretien régulier du sol |  |  |
| Le matériel de stockage utilisé est-il stable ? |  |  | Gants de manutention adaptés |  |  |
| Autres : | | | Chaussures de sécurité  » montantes |  |  |
| » antidérapantes |  |  |
| » vérifiées, etc. |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E2 | Risques de chutes de hauteur

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Le risque de chute est-il maitrisé ? |  |  | Matériel de montée (échelle, escabeau, échafaudage, etc.) adéquat, conforme et en bon état |  |  |  |
| Des travaux en hauteur sont-ils effectués ? |  |  | Garde-corps |  |  |
| L’un de ces éléments est-il utilisé ?  » Echelle |  |  | Harnais de sécurité |  |  |
| » Escabeau |  |  | Gants adaptés |  |  |
| » Echafaudage |  |  | Chaussures de sécurité  » antidérapantes |  |  |
| » Marchepied, etc. |  |  | » vérifiées |  |  |
| Autres : | | | Casque avec jugulaire |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E3 | Risques liés aux équipements de travail (machines, outils, etc.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Le matériel, les machines et outils sont-ils :  » Adaptés à la tâche ? |  |  | Salariés formés à l’utilisation des équipements de travail (machine, outils, etc.) |  |  |  |
| » Faciles à saisir et à utiliser ? |  |  | Consignes de sécurité et procédures d’utilisation affichées |  |  |
| » En bon état ? |  |  | Matériels répertoriés, homologués, entretenus et vérifiés périodiquement |  |  |
| Les dispositifs de sécurité sont-ils en place ? |  |  | Dispositifs de sécurité en bon état et non neutralisés (arrêt d’urgence, double commande, capotage, etc.) |  |  |
| Y-a-t-il des outils tranchants (couteaux, hachoirs, cutters, scies, fraises, etc.) ? |  |  | EPI adaptés (visières de protection, lunettes, gants) |  |  |
| Y-a-t-il des outils piquants (aiguilles, etc.) ? |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Existe-t-il des parties mobiles (organe de transmission, pièce outil, etc.) ? |  |  |
| Des fluides sous pression ou matières pouvant être projetés sont-ils utilisés ? |  |  |
| Des parties brûlantes sont-elles accessibles ? |  |  |
| Etes-vous exposés à des brûlures thermiques de types  » chaud |  |  |
| » froid ? |  |  |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E4 | Risques liés aux chutes d’objets

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les objets sont-ils stockés en hauteur ? |  |  | Vérification du bon rangement des réserves |  |  |  |
| Le stockage est-il organisé ? |  |  | Systèmes de stockage adaptés et vérifiés |  |  |
| Le matériel de stockage utilisé est-il stable ? |  |  | Limitation des hauteurs de stockage |  |  |
| Travaillez-vous dans des tranchées ou galeries ? |  |  | Charges lourdes non stockées en hauteur |  |  |
| Autres : | | | Respect des charges maximales |  |  |
| Fixation du matériel de stockage |  |  |
| EPI adaptés (casques, chaussures de sécurité) |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E5 | Risques liés à l’électricité

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| L’installation électrique est-elle aux normes ? |  |  | Présence et tenue à jour du registre de sécurité |  |  |  |
| Les équipements sont-ils en bon état :  » connexions |  |  | Formation donnée au salarié |  |  |
| » boutons d’arrêt d’urgence |  |  | Habilitation adaptée à la tâche |  |  |
| » isolation |  |  | Vérification réglementaire annuelle réalisée |  |  |
| » batteries, etc. |  |  | Disjoncteurs installés |  |  |
| Le matériel électrique est-il en bon état :  » fils |  |  | Equipements électriques mis à la terre |  |  |
| » câbles |  |  | Matériel et équipement bien entretenus |  |  |
| » rallonges (en nombre suffisant) |  |  | Armoire électrique identifiée et fermée à clé |  |  |
| » prises de terre, etc. |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
| Autres : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E6 | Risques d’incendie / d’explosion

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
| Les matières inflammables ou explosives, sont- elles stockées, utilisées et approvisionnées convenablement ? |  |  | Présence et tenue à jour du registre de sécurité |  |  |  |
| Les moyens de détection de l’incendie sont-ils présents et accessibles  » alarme |  |  | Affichage des procédures d’évacuation et d’intervention et formations des salariés |  |  |
| » détecteur |  |  | Réalisation d’exercice d’évacuation (annuelle) |  |  |
| Les moyens de lutte contre l’incendie sont-ils présents et accessibles  » extincteurs |  |  | Les sources d’incendie (flamme nue, sources de chaleur, ou d’étincelles) sont isolées et signalées |  |  |
| » Robinet d’Incendie Armé (RIA) ? |  |  | Organiser le stockage des produits selon les règles de compatibilité |  |  |
| Les consignes et la signalisation en cas d’incendie sont-elles claires et connues de tous ? |  |  | Issues de secours, moyens de lutte, plans par étage affichés et connus de tous |  |  |
| Existe-t-il des travaux par points chauds (soudage, meulage, etc.) ? |  |  | Règles d’utilisation du matériel électrique respectées (pas d’utilisation anarchique de multiprises, ni de rallonges enroulées, ni de nœuds, etc.) |  |  |
| Votre entreprise est-elle considérée comme un établissement recevant du public ? |  |  | Détecteurs de fumées |  |  |
| Autres : | | | Moyens de lutte contre l’incendie vérifiés annuellement  » Extincteurs |  |  |
| » Robinet d’Incendie Armé (RIA) |  |  |
| » Sprinklers |  |  |
| » Vanne d’arrêt d’alimentation de gaz |  |  |
| **Autres mesures de prévention :** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |

**Poste de travail :**

# FICHE N°E7 | Autres risques

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des dangers** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention existantes** | **Oui** | **Non** | **Mesures de prévention à prendre  (qui, quoi, où, quand)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Autres mesures de prévention :** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravité**  1  2  3  4 | **Fréquence d'exposition**  1  2  3  4 | **Niveau de prévention**  0,75  1  1,5  2 | **Criticité (G×F×P)** | **Niveau de priorité**  1  2  3  4 |