

**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** |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [x] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |

**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 [ ]  |