



## PROCÉDURE POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE COMMUNICATION D'UNE SITUATION À RISQUE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU PERSONNEL

---

### PROCÉDURE GÉNÉRALE D'UTILISATION

Ce formulaire peut être utilisé lorsqu'un employé identifie une situation à risque sur les lieux de travail pour la santé et la sécurité du personnel. Les situations à risque peuvent être variées, il peut s'agir d'un équipement, d'un environnement physique, d'une méthode de travail, etc.

Le présent formulaire comprend deux sections à compléter, une par l'employé communiquant le risque, incluant les parties A, B et C, et une par le gestionnaire de l'employé concerné, comprenant les parties D, E et F.

Une fois l'ensemble des sections complétées, le gestionnaire doit faire parvenir le formulaire dans les plus brefs délais à l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail, soit par courriel à l'adresse [preventionsst.chum@sss.gouv.qc.ca](mailto:preventionsst.chum@sss.gouv.qc.ca), par télécopieur au 514 412-7731 ou par courrier interne au 5<sup>e</sup> étage du Pavillon S. En cas d'urgence, composez le 8340 afin de rejoindre un membre de l'équipe.

**IMPORTANT** - En cas d'incident ou d'accident du travail, il faut compléter le formulaire de *Déclaration, d'enquête et d'analyse d'accident du travail (no 26494)*. Si un usager est concerné, il faut compléter le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1*.

### PRÉCISIONS CONCERNANT LA SECTION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

#### Partie B. Identification du risque

1. Lieu exact : identifier l'endroit précis où est présent le risque (local, service, pavillon, etc.).
2. Description : décrire de façon détaillée la situation à risque identifiée.
3. Fréquence de la situation à risque : définir la fréquence de la situation à risque en cochant la case appropriée.  
**Faible** : la situation peut survenir exceptionnellement ou quelques fois par année.  
**Moyenne** : la situation peut survenir occasionnellement, par exemple, une fois par semaine, une fois par mois.  
**Élevée** : la situation peut survenir fréquemment, par exemple, plusieurs fois par semaine, une fois par jour.
4. Suggestion pour corriger le risque : formuler de façon détaillée une ou plusieurs suggestions envisageables pour corriger la situation à risque rapportée.

### PRÉCISIONS CONCERNANT LA SECTION À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

#### Partie E. Mesures correctives

1. Visite des lieux : indiquer en cochant la case appropriée s'il y a eu une visite des lieux par le gestionnaire.
2. Correctif : préciser en cochant la case appropriée si des correctifs ont été mis en place ou s'ils sont à venir. Préciser selon le cas la date de réalisation des correctifs apportés ou l'échéancier prévu.
3. Description : décrire de façon détaillée les correctifs mis en place ou à venir. Prioriser l'élimination des risques à la source. Il est possible d'instaurer une mesure temporaire et de prévoir une mesure finale à venir.
4. Date de suivi à l'employé : inscrire la date à laquelle l'employé a été avisé de la prise en charge du risque.

### SUIVI DE LA DÉCLARATION PAR LE SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Après analyse, l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail détermine les suivis appropriés à effectuer concernant la situation à risque rapportée et les correctifs suggérés, mis en place et / ou à venir.



## COMMUNICATION D'UNE SITUATION À RISQUE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU PERSONNEL

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ	<b>A. Identification de l'employé</b> Prénom : _____ Nom : _____ Matricule : _____ Titre d'emploi : _____ Service : _____ Poste téléphonique au travail : _____ Quart de travail : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit Établissement : <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> Nouveau CHUM
	<b>B. Identification du risque</b> Lieu exact : _____ Description : _____ _____ _____ Fréquence de la situation à risque : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée Suggestion pour corriger le risque : _____ _____ _____
	<b>C. Signature de l'employé :</b> _____ <b>Date :</b> _____
À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE	<b>D. Identification du gestionnaire de l'employé</b> Prénom : _____ Nom : _____ Titre d'emploi : _____ Poste téléphonique : _____
	<b>E. Mesures correctives</b> Visite des lieux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Correctif : <input type="checkbox"/> mis en place <input type="checkbox"/> à venir Date de réalisation : _____ Échéancier : _____ Description : _____ _____ _____ Date de suivi à l'employé : _____
	<b>F. Signature du gestionnaire :</b> _____ <b>Date :</b> _____

Rév. Juillet 2015, SST

Acheminer à l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail par :

courriel : [preventionsst.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:preventionsst.chum@ssss.gouv.qc.ca) / télécopieur : 514 412-7731 / courrier interne : Pavillon S, 5e étage