|  |
| --- |
| **Collecte des faits et des documents** |
| *Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)* |
| **Liste de vérification en cas d’incident** |
| **Objectif de cette liste de vérification :**Il est essentiel d’avoir tous les faits pour permettre au syndicat de faire respecter les droits en matière de santé et de sécurité. Cette liste de vérification fournit à l’AIIO (Aassociation des infirmières et infirmiers de l’Ontario) tous les renseignements pertinents nécessaires pour faire respecter ces droits.Il est très important de fournir des renseignements au syndicat dans un délai raisonnable afin d’évaluer si un appel en matière de santé et de sécurité est nécessaire devant la Commission des relations de travail de l’Ontario. La *Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST*) exige que les appels soient déposés dans un délai strict de 30 jours civils à compter de la délivrance d’une ordonnance ou du refus de rendre une ordonnance ou de la décision d’un inspecteur en santé et sécurité du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences (MTFDC). |
| Cette liste de vérification est divisée en quatre parties afin de recueillir tous les faits pertinents :[1. Coordonnées](#Part1);[2.](#Part2) [La description de l’incident](#Part2);[3.](#Part3) [Les documents à recueillir](#Part3);[4.](#Part4) [Renseignements sur le témoin](#Part4). |

|  |
| --- |
| **Partie 1** **Coordonnées** |
|  |
| Date d’achèvement/ Mise à jour :  |       |
|  |
| Unité de négociation :  |       | No de section locale |       |
|  |
| Nombre de membres de l’unité de négociation de l’AIIO : |       |
|  |
| Nom du (de la) président(e) de l’unité de négociation :  |       |
|  |  |
| Courriel :  |       | Téléphone : |       |
|  |
| Représentant(e) du comité mixte de santé et de sécurité de l’AIIO :  |       |
|       |
|  |
| Courriel : |       | Téléphone : |       |
|  |
| Quel(le) représentant(e) syndical(e) ci-dessus est la principale personne-ressource pour ce problème ? |  |
|       |
|  |
| Coordonnées de tout autre syndicat impliqué : |  |
|       |
|  |
| Coordonnées des RH de l’employeur (qui recevra l’appel, s’il est déposé) : |  |
| Nom :  |       |
| Adresse :  |       |
| Courriel :  |       | Téléphone : |       |
| Téléc. : |       |  |  |

|  |
| --- |
| **Partie 2**  **Description de l’incident** |
|  |
| **Faits sur l’incident** |
|  |
| 1. Date du rapport d’enquête ou de l’avis de l’inspecteur du MTFDC :
 |       |
|  |
| 1. Quel est l’incident ? Décrivez ce qui s’est passé. Veuillez fournir le plus de détails possible; joindre une feuille supplémentaire au besoin.
 |
|       |
|  |
| 1. Quel était le danger pour la santé et la sécurité (p. ex., patient, équipement, matériaux, manque de personnel) ?
 |
|       |
|  |
| 1. Où l’incident s’est-il produit (unité, secteur, no de chambre du patient) ?
 |
|       |
|  |
| 1. Quand l’incident s’est-il produit (date, heure, etc.) ?
 |       |
|  |
| 1. Un membre de l’AIIO a-t-il été blessé/malade ou a-t-il été exposé à des blessures/maladies (les blessures comprennent les blessures physiques et/ou psychologiques) ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Dans l’affirmative, veuillez indiquer vos coordonnées à la [**section 4 :**](#Part4) [**Les témoins**](#Part4). |
|  |
| 1. D’autres membres du personnel, patients ou visiteurs/membres de la famille ont-ils été blessés/malades ou exposés à un risque de blessure/maladie ?
 | Oui [ ]  Non[ ]  |
| Si oui, fournir les coordonnées à la [**section 4 :Les témoins**](#Part4). |
|  |
| 1. Quelle était la nature de la blessure ou de la maladie ?
 |
|       |
|  |
| 1. a. A-t-elle été traitée comme une blessure grave par votre employeur ?
 | Oui [ ]  Non[ ]  |
|  b. Le cas échéant, cette blessure aurait-elle dû être traitée comme une blessure grave ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si vous avez répondu oui à la question a ou b, à l’[**annexe A :Exigences d’avis**](#NoticeofCriticalnjury),veuillez remplir la section intitulée « Avis de blessure grave ». |
|  c. Si cette blessure a été traitée comme une blessure grave, y a-t-il un membre du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail qui enquête sur la blessure grave ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si ce n’est pas le cas, veuillez expliquer. |
|       |
| Dans l’affirmative, pouvez-vous nous fournir des documents d’enquête ? |
|       |
|  |
| 1. Si l’incident n’a pas entraîné de blessure grave, un membre du personnel était-il incapable d’accomplir ses tâches habituelles (ou même brièvement incapable de le faire) et/ou avait-il besoin de soins médicaux ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si vous avez répondu oui, à l’[**annexe A : Exigence relatives à l’avis**](#AppendixA),veuillez remplir la section intitulée « Avis d’accident »**.** |
|  |
| 1. Énumérez tout ce qui, selon vous, aurait pu prévenir l’incident (p. ex., équipement, pratiques de contrôle des infections, sécurité accrue, dispositifs de sécurité personnelle ou alarmes de panique, politique de signalement appropriée).
 |
|       |
|  |
| 1. Était-ce lié à la violence en milieu de travail d’un patient, d’un visiteur ou d’un membre de la famille ou à d’autres facteurs ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si oui, veuillez remplir l’[**annexe B :**](#AppendixB) [**Incidents de violence en milieu de travail**](#AppendixB). |

|  |
| --- |
| **Informations sur l’action ou l’inaction du MTFDC** |
|  |
| 1. Le MTFDC a-t-il été contacté ? Si oui, qui a communiqué (par téléphone ou par courriel) avec le MTFDC ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Nom du (de la) plaignant(e) : |       |
| Date du premier appel au MTFDC ? |       |
| Appels de suivi ultérieurs ? |       |
|  |
| 1. La personne qui a appelé le MTFDC a-t-elle déclaré que l’appel était anonyme ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  |
| 1. Quand l’inspecteur du MTFDC a-t-il effectué une visite sur le lieu de travail ?
 |
|       |
|  |
|  |
| 1. Quels problèmes ou préoccupations en milieu de travail ont été signalés directement à l’inspecteur ?
 |
|       |
| 1. Quelles preuves ont été envoyées à l’inspecteur avant ou après la visite sur le terrain ?
 |
|       |
|  |
| 1. À qui l’inspecteur du MTFDC a-t-il parlé pendant sa visite sur le terrain ?
 |
|       |
|  |
|  |
| 1. Quels membres (c.-à-d. travailleurs(euses) et/ou employeurs) du Comité mixte de santé et de sécurité accompagnaient l’inspecteur ?
 |
|       |
| 1. Est-ce que le (la) plaignant(e) était sur place ? Si ce n’est pas le cas, veuillez en donner la raison.
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  |
| 1. L’inspecteur a-t-il enregistré l’entrevue ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  Incertain [ ]  |
|  |
| 1. Qu’ont dit les membres de l’AIIO à l’inspecteur lors de l’entrevue ?
 |
|       |
|  |
| 1. L’inspecteur a-t-il émis un avis dans le rapport de visite sur le terrain ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  |
| 1. Selon vous, qu’est-ce qui manque dans l’avis de l’inspecteur ou dans le rapport de visite sur place qui aurait dû être rédigé ?
 |
|       |

|  |
| --- |
| **Autres faits importants** |
|  |
| 1. Cet incident ou incident similaire ou les risques menant à l’incident ou incident similaire ont-ils été discutés au sein du Comité mixte de santé et de sécurité ?
 |
| Si oui, quand ?  |       | Veuillez décrire et joindre le procès-verbal. |
|       |
|  |
| 1. Quelle formation en santé et sécurité a été offerte par l’hôpital avant l’incident ? Veuillez énumérer toutes les formations fournies et la méthode utilisée (c.-à-d. en ligne, en personne, etc.)
 |
|       |
|  |
| 1. Ces préoccupations en matière de santé et de sécurité ont-elles été soulevées auprès du surveillant(e) ? Si oui, quand et comment ?
 |
|       |
|  |
| 1. Qu’est-ce que l’employeur, le (la) surveillant(e) ou d’autres auraient pu faire pour prévenir l’incident ?
 |
|       |
|  |
| 1. Y a-t-il d’autres faits ou enjeux clés qu’il est important que l’AIIO connaisse (p. ex., tout formulaire de charge de travail de responsabilité professionnelle déposé) ?
 |
|       |
|  |
| 1. Un grief a-t-il été déposé à ce sujet ? Dans l’affirmative, veuillez indiquer le ou les numéros de grief.
 |
|       |

|  |
| --- |
| **Partie 3** **Les principaux documents** |
|  |
| Les documents suivants sont nécessaires pour évaluer pleinement un appel. Veuillez encercler oui ou non si les documents suivants sont joints. Si ce n’est pas le cas, veuillez indiquer à quel moment les documents seront envoyés à l’AIIO. |
| L’inspecteur du MTFDC : | Rapport de visite sur le terrain  | Avis antérieurs du MTFDC liés à l’unité/à l’incident/à d’autres incidents similaires : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Oui [ ]  Non [ ]  | Avis d’incident critique, le cas échéant : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Avis | Avis d’accident ou de maladie et tout renseignement fourni avec l’avis : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Oui [ ]  Non [ ]  | Procès-verbal du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail où les questions et les incidents ont été abordés : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Copie de la plainte de l’AIIO au MTFDC : | Oui [ ]  Non [ ]  | Y a-t-il déjà eu des procès-verbaux de règlement pertinents en matière de santé et de sécurité ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Notes de la réunion avec l’inspecteur du MTFDC : | Oui [ ]  Non [ ]  | Plaintes relatives à la charge de travail (PRWRF) liées à l’unité et/ou à l’incident : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Rapports d’incident : | Oui [ ]  Non [ ]  | Recommandations du Comité mixte sur la santé et la sécurité formulées au sujet des problèmes ou de l’incident. | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Politique relative aux incidents (p. ex., prévention de la violence en milieu de travail) : | Oui [ ]  Non [ ]  | Une réponse de l’employeur aux recommandations pertinentes ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Procédure(s) à l’échelle de l’installation ou de l’unité liée à l’incident (p. ex., procédure de signalement) : | Oui [ ]  Non [ ]  | Tout autre document pertinent ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | Veuillez joindre une liste. |
|  |       |

|  |
| --- |
| **Partie 4** **Les témoins** |
|  |
| 1. Quel est le nom du membre du personnel directement impliqué dans l’incident ? Veuillez remplir tout ce qui s’applique et indiquer le nom de son syndicat si la personne est syndiqué(e).
 |
| Nom : |       |
| Téléphone :  |       |
| Courriel :  |       |
| Temps plein/temps partiel/occasionnel  |       |
| Unité : |       | Poste : |       |
| Membre de l’AIIO ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Le cas échéant, veuillez indiquer son syndicat ou si la personne n’est pas syndiquée. |
|       |
|  |
| 1. Qui, parmi les membres de l’unité de négociation, a parlé au membre de l’AIIO directement touché par l’incident ?
 |
| Nom : |       |
| Téléphone :  |       |
| Courriel :  |       |
|  |
| 1. Qui étaient les témoins de l’incident ? Veuillez dresser la liste des ressources avec le courriel, le numéro de téléphone et l’implication dans l’incident :
 |
| i) Nom : |       |
| Téléphone : |       | Courriel : |       |
| (ii) Nom : |       |
| Téléphone : |       | Courriel : |       |
| (iii) Nom : |       |
| Téléphone : |       | Courriel : |       |
|  |
| 1. Autres membres du personnel clés concernés par l’incident :
 |
|       |
|  |
| 1. Veuillez ajouter tout autre commentaire qui pourrait aider à comprendre l’incident.
 |
|       |
| [**RETOUR À LA PAGE 3**](#page3q6) |

|  |
| --- |
| **Annexe A** **Exigences relatives à l’avis** |
|  |
| **Avis de blessure grave** |
| Signalement requis pour les blessures graves. Veuillez répondre aux questions ci-dessous si cet incident a entraîné une blessure grave et/ou si vous croyez que cet incident aurait dû être traité comme une blessure grave par votre employeur. |
| 1. Cochez tous les critères relatifs à une blessure grave liée à cet incident. Blessure grave qui :
 | [ ]  | Met la vie en danger; |
| [ ]  | Produit une perte de conscience; |
| [ ]  | Produit une perte importante de sang; fracture d’une jambe ou d’un bras, mais pas d’un doigt ou d’un orteil; |
| [ ]  | Mène à une amputation de la jambe, du bras, de la main ou du pied, mais pas du doigt ou de l’orteil; |
| [ ]  | Se compose de brûlures sur une partie importante du corps; cause la perte de vision. |
|  |
| 1. Veuillez cocher toutes les parties qui ont été avisées.
 |
| Pour chaque partie avisée, indiquez qui a été avisé, l’heure/le jour et la méthode utilisée. |
| Syndicat : | [ ]  | Qui ? |       |
|  | Heure/jour ? |       |
|  | Par quel moyen ? |       |
| MTFDC : | [ ]  | Qui ?  |       |
|  | Heure/jour ?  |       |
|  | Par quel moyen ?  |       |
| Comité mixte de santé et de sécurité : | [ ]  | Qui ? |       |
|  | Heure/jour ? |       |
|  | Par quel moyen ? |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Le Comité mixte de santé et de sécurité et l’OIIA ont-ils été avisés dans les 48 heures ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Dans l’affirmative, veuillez cocher tous les renseignements fournis par l’employeur dans cet avis.
 | Oui | Non |  |
| [ ]  | [ ]  | Le nom, l’adresse et le type d’entreprise de l’employeur; |
| [ ]  | [ ]  | Le nom du membre du personnel; |
| [ ]  | [ ]  | La nature de la blessure corporelle ou de la maladie professionnelle; |
| [ ]  | [ ]  | L’adresse du membre du personnel; |
| [ ]  | [ ]  | La nature et les circonstances de l’événement, y compris une description des machines, de l’équipement ou de la procédure en cause; |
| [ ]  | [ ]  | L’heure, la date et le lieu de l’événement; |
| [ ]  | [ ]  | Le nom et l’adresse du médecin praticien légalement qualifié, de l’infirmier(ière) autorisé(e) titulaire d’un certificat d’autorisation prolongé en vertu de la *Loi de 1991 sur les soins infirmiers* ou de l’établissement médical qui s’occupe du membre du personnel ou s’en occupe. |
|  |  [ ]  | [ ]  | Les mesures prises pour prévenir une récidive ou d’autres maladies. |
| [**RETOUR À LA PAGE 3**](#page3q6) |

|  |
| --- |
| **Avis d’accident** |
| Signalement requis pour les blessures qui empêchent un membre du personnel d’accomplir ses tâches habituelles (même si la personne est incapable de le faire brièvement) et/ou qui nécessitent des soins médicaux.  |
|  |
| 1. Le Comité mixte sur la santé et la sécurité et l’AIIO ont-ils été avisés dans les quatre jours ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Dans l’affirmative, veuillez cocher tous les renseignements fournis par l’employeur dans cet avis.
 | Oui | Non |  |
| [ ]  | [ ]  | Le nom, l’adresse et le type d’entreprise de l’employeur; |
| [ ]  | [ ]  | Le nom du membre du personnel; |
| [ ]  | [ ]  | La nature de la blessure corporelle ou de la maladie professionnelle; |
| [ ]  | [ ]  | La nature et les circonstances de l’événement, y compris une description des machines, de l’équipement ou de la procédure en cause; |
| [ ]  | [ ]  | L’heure, la date et le lieu de l’événement; |
| [ ]  | [ ]  | Les noms, adresses et autres coordonnées de tout témoin de l’événement; |
| [ ]  | [ ]  | Les mesures prises pour prévenir une récidive ou d’autres maladies. |
| [**RETOUR À LA PAGE 3**](#page3q6) |

|  |
| --- |
| **Annexe B**  **Incidents de violence en milieu de travail** |
|  |
| 1. Votre employeur dispose-t-il d’une sécurité appropriée pour intervenir dans cette situation ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Les agents de sécurité peuvent-ils intervenir sur un patient ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Votre employeur dispose-t-il d’alarmes de panique personnelles reliées à la sécurité et dotées de fonctions de type GPS/localisation ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Votre employeur a-t-il un système de signalement qui permet de repérer les alertes et de suivre les patients qui ont des antécédents de comportement violent ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Ce patient ou cette personne avait-il des antécédents de comportement violent ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Si oui, le patient a-t-il déjà été signalé ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Si l’incident a déjà été signalé, cette information a-t-elle été fournie à tout le personnel à risque avant l’incident ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Est-ce que votre gestionnaire a effectué une évaluation des risques avant l’incident (p. ex., augmentation de la vigilance) ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Votre employeur a-t-il un protocole de transfert d’information ou un protocole d’entente qui a été appliqué dans cette situation ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Ce patient a-t-il été évalué et a-t-il reçu un traitement approprié dans un délai raisonnable par le fournisseur de soins de santé approprié (c.-à-d. psychiatre, médecin, etc.) ? Si ce n’est pas le cas, veuillez expliquer.
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Les membres du personnel de cette unité ont-ils reçu une formation appropriée sur la désescalade, l’autoprotection et l’autodéfense ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Le manque de personnel a-t-il contribué d’une façon ou d’une autre à l’incident ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. L’aménagement ou d’autres aspects de l’unité ont-ils contribué de quelque façon que ce soit à l’incident ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Des pratiques cliniques ou d’autres processus établis par votre employeur/surveillant(e) ont-ils contribué à cet incident ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Y a-t-il quelque chose que votre surveillant(e) aurait pu faire différemment pour protéger le personnel ?
 | Oui [ ]  Non [ ]  |
| 1. Dans l’affirmative, veuillez énumérer ce que votre surveillant(e) aurait pu faire pour mieux protéger le personnel.
 |  |
|       |
| [**RETOUR À LA PAGE 3**](#page3q12) |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| BUREAU PROVINCIAL |
| 85 Grenville St. • Toronto, ON M5S 3A2 |
| Tél. : 416 964-8833 • Sans frais : 1 800 387-5580 |
| Courriel : onamail@ona.org • Site Web : www.ona.org |
| A black background with a black square  Description automatically generated with medium confidence | @Ontario.Nurses |  | @OntarioNurses |
|  |
| Copyright © 2024 Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario |