



# 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 (Association 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;
2. La description de l'incident;
3. Les documents à recueillir;
4. Renseignements sur le témoin.



## Partie 1 Coordonnées

Date d'achèvement/ Mise à jour :	
-------------------------------------	--

Unité de négociation :		N° de section locale	
---------------------------	--	----------------------------	--

Nombre de membres de l'unité de négociation de l'AIO :	
---	--

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'AIO :	

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 :	
Télec. :			



## 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 :

2. Quel est l'incident ? Décrivez ce qui s'est passé. Veuillez fournir le plus de détails possible; joindre une feuille supplémentaire au besoin.

3. Quel était le danger pour la santé et la sécurité (p. ex., patient, équipement, matériaux, manque de personnel) ?

4. Où l'incident s'est-il produit (unité, secteur, n° de chambre du patient) ?

5. Quand l'incident s'est-il produit (date, heure, etc.) ?

6. 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 : Les témoins](#).

7. 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](#).

8. Quelle était la nature de la blessure ou de la maladie ?

9. 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](#), 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 ?

10. 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](#), veuillez remplir la section intitulée « Avis d'accident ».

11. 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).

12. 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 : Incidents de violence en milieu de travail](#).



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 ?

2. La personne qui a appelé le MTFDC a-t-elle déclaré que l'appel était anonyme ?

Oui  Non

3. Quand l'inspecteur du MTFDC a-t-il effectué une visite sur le lieu de travail ?

4.

a. Quels problèmes ou préoccupations en milieu de travail ont été signalés directement à l'inspecteur ?

b. Quelles preuves ont été envoyées à l'inspecteur avant ou après la visite sur le terrain ?

5. À qui l'inspecteur du MTFDC a-t-il parlé pendant sa visite sur le terrain ?

6.

a. Quels membres (c.-à-d. travailleurs(euses) et/ou employeurs) du Comité mixte de santé et de sécurité accompagnaient l'inspecteur ?

b. Est-ce que le (la) plaignant(e) était sur place ? Si ce n'est pas le cas, veuillez en donner la raison.

Oui  Non

7. L'inspecteur a-t-il enregistré l'entrevue ?

Oui  Non   
Incertain



8. Qu'ont dit les membres de l'AIIO à l'inspecteur lors de l'entrevue ?

9. L'inspecteur a-t-il émis un avis dans le rapport de visite sur le terrain ?

Oui  Non

10. 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 ?

Veillez décrire et joindre le procès-verbal.

2. Quelle formation en santé et sécurité a été offerte par l'hôpital avant l'incident ?  
Veillez énumérer toutes les formations fournies et la méthode utilisée (c.-à-d. en ligne, en personne, etc.)

3. Ces préoccupations en matière de santé et de sécurité ont-elles été soulevées auprès du surveillant(e) ? Si oui, quand et comment ?

4. Qu'est-ce que l'employeur, le (la) surveillant(e) ou d'autres auraient pu faire pour prévenir l'incident ?

5. 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) ?

6. 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.

Veillez 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avis d'incident critique, le cas échéant :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Avis	Avis d'accident ou de maladie et tout renseignement fourni avec l'avis :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Procès-verbal du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail où les questions et les incidents ont été abordés :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Copie de la plainte de l'AIIO au MTFDC :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Y a-t-il déjà eu des procès-verbaux de règlement pertinents en matière de santé et de sécurité ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Notes de la réunion avec l'inspecteur du MTFDC :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Plaintes relatives à la charge de travail (PRWRF) liées à l'unité et/ou à l'incident :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rapports d'incident :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Recommandations du Comité mixte sur la santé et la sécurité formulées au sujet des problèmes ou de l'incident.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Politique relative aux incidents (p. ex., prévention de la violence en milieu de travail) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Une réponse de l'employeur aux recommandations pertinentes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Procédure(s) à l'échelle de l'installation ou de l'unité liée à l'incident (p. ex., procédure de signalement) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tout autre document pertinent ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Veillez 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le cas échéant, veuillez indiquer son syndicat ou si la personne n'est pas syndiquée.			

2. Qui, parmi les membres de l'unité de négociation, a parlé au membre de l'AIIO directement touché par l'incident ?

Nom :			
Téléphone :			
Courriel :			

3. 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 :	

4. Autres membres du personnel clés concernés par l'incident :

--

5. Veuillez ajouter tout autre commentaire qui pourrait aider à comprendre l'incident.

--

[RETOUR À LA PAGE 3](#)



## 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 :	<input type="checkbox"/>	Met la vie en danger;
	<input type="checkbox"/>	Produit une perte de conscience;
	<input type="checkbox"/>	Produit une perte importante de sang; fracture d'une jambe ou d'un bras, mais pas d'un doigt ou d'un orteil;
	<input type="checkbox"/>	Mène à une amputation de la jambe, du bras, de la main ou du pied, mais pas du doigt ou de l'orteil;
	<input type="checkbox"/>	Se compose de brûlures sur une partie importante du corps; cause la perte de vision.

2. 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 :	<input type="checkbox"/>	Qui ?	
		Heure/jour ?	
		Par quel moyen ?	
MTFDC :	<input type="checkbox"/>	Qui ?	
		Heure/jour ?	
		Par quel moyen ?	
Comité mixte de santé et de sécurité :	<input type="checkbox"/>	Qui ?	
		Heure/jour ?	
		Par quel moyen ?	

a. Le Comité mixte de santé et de sécurité et l'OIIA ont-ils été avisés dans les 48 heures ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---



b. Dans l'affirmative, veuillez cocher tous les renseignements fournis par l'employeur dans cet avis.	Oui	Non	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le nom, l'adresse et le type d'entreprise de l'employeur;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le nom du membre du personnel;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nature de la blessure corporelle ou de la maladie professionnelle;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'adresse du membre du personnel;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nature et les circonstances de l'événement, y compris une description des machines, de l'équipement ou de la procédure en cause;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'heure, la date et le lieu de l'événement;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 <i>Loi de 1991 sur les soins infirmiers</i> ou de l'établissement médical qui s'occupe du membre du personnel ou s'en occupe.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les mesures prises pour prévenir une récurrence ou d'autres maladies.

[RETOUR À LA PAGE 3](#)



### 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.

a. Le Comité mixte sur la santé et la sécurité et l'AIIO ont-ils été avisés dans les quatre jours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
b. Dans l'affirmative, veuillez cocher tous les renseignements fournis par l'employeur dans cet avis.	Oui	Non	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le nom, l'adresse et le type d'entreprise de l'employeur;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le nom du membre du personnel;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nature de la blessure corporelle ou de la maladie professionnelle;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nature et les circonstances de l'événement, y compris une description des machines, de l'équipement ou de la procédure en cause;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'heure, la date et le lieu de l'événement;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les noms, adresses et autres coordonnées de tout témoin de l'événement;
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les mesures prises pour prévenir une récurrence ou d'autres maladies.

[RETOUR À LA PAGE 3](#)



## 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Les agents de sécurité peuvent-ils intervenir sur un patient ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Votre employeur dispose-t-il d'alarmes de panique personnelles reliées à la sécurité et dotées de fonctions de type GPS/localisation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Ce patient ou cette personne avait-il des antécédents de comportement violent ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
a. Si oui, le patient a-t-il déjà été signalé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b. Si l'incident a déjà été signalé, cette information a-t-elle été fournie à tout le personnel à risque avant l'incident ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Est-ce que votre gestionnaire a effectué une évaluation des risques avant l'incident (p. ex., augmentation de la vigilance) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7. Votre employeur a-t-il un protocole de transfert d'information ou un protocole d'entente qui a été appliqué dans cette situation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8. 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9. Les membres du personnel de cette unité ont-ils reçu une formation appropriée sur la désescalade, l'autoprotection et l'autodéfense ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
10. Le manque de personnel a-t-il contribué d'une façon ou d'une autre à l'incident ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
11. L'aménagement ou d'autres aspects de l'unité ont-ils contribué de quelque façon que ce soit à l'incident ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12. Des pratiques cliniques ou d'autres processus établis par votre employeur/surveillant(e) ont-ils contribué à cet incident ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
13. Y a-t-il quelque chose que votre surveillant(e) aurait pu faire différemment pour protéger le personnel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
a. Dans l'affirmative, veuillez énumérer ce que votre surveillant(e) aurait pu faire pour mieux protéger le personnel.		

[RETOUR À LA PAGE 3](#)



**BUREAU PROVINCIAL**

85 Grenville St. • Toronto, ON M5S 3A2

Tél. : 416 964-8833 • Sans frais : 1 800 387-5580

Courriel : [onamail@ona.org](mailto:onamail@ona.org) • Site Web : [www.ona.org](http://www.ona.org)

 @Ontario.Nurses

   @OntarioNurses