



Fiche d'analyse d'une situation de travail en atelier pour en évaluer les risques chimiques

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Situation de travail | <p>Ce que font les apprentis : (ex. lessivage, ponçage, décollage, décapage, peinture,...)</p> <p>Avec qui le font-ils : (seul, avec un ou plusieurs collègues, avec le patron)</p> <p>Ce que font leurs collègues à côté d'eux :</p> <p>Y a-t-il d'autres personnes sur le chantier ?</p> <table><tr><td>- professionnels</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>- personnes extérieures</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>- enseignant</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Que font-elles ?</p> | - professionnels | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | - personnes extérieures | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | - enseignant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | | |
| - professionnels | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| - personnes extérieures | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| - enseignant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Durée de l'activité | <p>Combien de temps le font-ils (en heure) :</p> <p>Ils font une (des) pause(s) :</p> <table><tr><td>- midi</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td><td>Durée :</td></tr><tr><td>- matin</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td><td>Nombre/Durée :</td></tr><tr><td>- après-midi</td><td>Oui <input type="checkbox"/></td><td>Non <input type="checkbox"/></td><td>Nombre/Durée :</td></tr></table> <p>Ils peuvent faire une pause quand ils en ressentent le besoin</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Ce qu'ils font pendant la pause :</p> | - midi | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Durée : | - matin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre/Durée : | - après-midi | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre/Durée : |
| - midi | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Durée : | | | | | | | | | | |
| - matin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre/Durée : | | | | | | | | | | |
| - après-midi | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre/Durée : | | | | | | | | | | |
| Lieu de l'activité | <p>Dans l'atelier du centre de formation, situer le lieu de l'activité décrite :</p> <p>.....</p> <p>[A l'intérieur]</p> | | | | | | | | | | | | |
| Support | <p>Ils travaillent sur : (ex. mur, plafond, sol, porte, fenêtre, volet, barrière,...)</p> <p>Ce support est en : (brique, béton nu, surface peinte, parquet, bois, fer, ...)</p> <p>Sa surface est de (en m2) :</p> | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Matériels utilisés | Ils utilisent : (éponge, pulvérisateur, brosse, couteau, spatule, cale, pinceau, pistolet, ...) |
| Produits utilisés | Pour réaliser cette activité, ils utilisent : (lessive, décapant, durcisseur, enduit, colle, solvant, peinture, vernis...) Les collègues qui travaillent autour d'eux utilisent : (lessive, décapant, durcisseur, enduit, colle, solvant, peinture, vernis...) Pour nettoyer le matériel, ils utilisent : (eau, solvant, ...) Ils peuvent lire sur les bidons les étiquettes des produits utilisés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi ? : Ils préparent eux-mêmes les produits : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Équipement de protection collective | La pièce dans laquelle ils travaillent est ventilée (si travail en intérieur) : Oui <input type="checkbox"/> Comment (ventilation manuelle ? mécanique ?) : Non <input type="checkbox"/> Pourquoi ? : |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|--|-----------------|-----------|-----------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Équipement de protection individuelle | Il mettent : - Un blanc : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Des chaussures de sécurité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Des gants : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Un masque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Des lunettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - De la crème protectrice : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : (mains, visage) Autres équipements (non liés à l'utilisation de produits chimiques) - Protection auditives : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Genouillères : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hygiène | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1884 892 2240 924">Ils se lavent :</td> <td data-bbox="2240 892 2389 924">Les mains</td> <td data-bbox="2389 892 2875 924">Le visage</td> </tr> <tr> <td>- Pendant les activités</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- A la fin de la séance</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- A chaque pause</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Avant de manger</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Ils se lavent les mains : - A l'eau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - A l'eau et au savon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Avec une crème <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Avec un solvant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lequel ? : | | | Ils se lavent : | Les mains | Le visage | - Pendant les activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - A la fin de la séance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - A chaque pause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Avant de manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ils se lavent : | Les mains | Le visage | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Pendant les activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - A la fin de la séance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - A chaque pause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Avant de manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

Effets sur la santé

Durant cette activité, ils peuvent ressentir :

1. Une irritation / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Que peuvent-ils faire ?

2. Des démangeaisons / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Que peuvent-ils faire ?

3. Des brûlures / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Que peuvent-ils faire ?

4. Une gêne respiratoire : Oui Non

Dans quelle circonstance ?

Que peuvent-ils faire ?

5. Des nausées, des vertiges : Oui Non

Dans quelle circonstance ?

Que peuvent-ils faire ?

Pourront-ils ressentir des effets à long terme ?

Oui à quoi seront-ils dûs ?

Non pourquoi ?