

# Feuille de contrôle LTr

## Complément aux questionnaires MSST I et 3

(aide-mémoire pour les organes d'exécution – se limiter habituellement à seulement une partie des aspects à contrôler)

Entreprise:	_____	N° REE	_____
Identification:	N° Suva _____	Classe:	_____ N° seco _____

	Contrôle	Remarques
<b>1 Postes de travail / ergonomie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ contraintes posturales et activités répétitives monotones</li><li>■ organisation et dimensionnement des postes de travail</li><li>■ espace libre pour le mouvement</li><li>■ postes de travail à l'écran de visualisation</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
<b>2 Organisation du travail</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ aménagement des pauses</li><li>■ variété (liberté de manœuvre personnelle)</li><li>■ charge de travail élevée et soutenue</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____
<b>3 Durée du travail (aménagement du temps de travail, horaires nécessitant une autorisation, travail en équipes)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ durée journalière du repos et jour de repos hebdomadaire</li><li>■ durée maximale de la semaine de travail</li><li>■ présence et affichage des permis et des plans d'équipes</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____
<b>4 Protection des femmes enceintes ou allaitantes</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
<b>5 Protection des jeunes gens</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
<b>6 Climat des locaux, aération</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ confort général</li><li>■ air trop sec ou trop humide</li><li>■ température</li><li>■ courants d'air</li><li>■ performance de la ventilation en fonction de l'activité</li><li>■ planification de l'entretien des installations de ventilation</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
<b>7 Protection des non-fumeurs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ coin fumeurs</li><li>■ réglementation interne</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
<b>8 Lumière (naturelle et artificielle)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ adaptée à l'activité</li><li>■ protection contre l'éblouissement</li><li>■ vue sur l'extérieur</li><li>■ protection thermique</li><li>■ éclairage de secours</li></ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____

	Contrôle	Remarques
<b>9 Bruit</b> <input type="checkbox"/> mesures de construction et mesures prises à la source <input type="checkbox"/> confinement dans local séparé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>10 Genre de construction, plafonds et parois</b> <input type="checkbox"/> couleurs claires <input type="checkbox"/> contrastes <input type="checkbox"/> absorption du bruit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>11 Sols</b> <input type="checkbox"/> conductivité thermique <input type="checkbox"/> humidité <input type="checkbox"/> propreté	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>12 Levage et port de charges</b> <input type="checkbox"/> élimination ou soulagement par moyens auxiliaires <input type="checkbox"/> engins de manutention	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>13 Rayonnement thermique, travail en locaux non chauffés ou à l'extérieur</b> <input type="checkbox"/> vêtements <input type="checkbox"/> protection contre le soleil <input type="checkbox"/> protection contre les intempéries	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>14 Travail au froid</b> <input type="checkbox"/> habillement <input type="checkbox"/> aménagement des pauses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>15 Surveillance des travailleurs</b> <input type="checkbox"/> disposition et champ de vision des caméras de surveillance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>16 Vestiaires, lavabos, toilettes, douches</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>17 Réfectoires et locaux de séjour</b> (voir aussi protection des non-fumeurs)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>18 Eau potable et autres boissons</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>19 Entretien et nettoyage des locaux et des installations</b> <input type="checkbox"/> plans de maintenance/systématique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>20 Vêtements de travail</b> <input type="checkbox"/> mise à disposition et entretien des vêtements de travail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**Veillez envoyer la copie de cette feuille de contrôle LTr au Secrétariat de la CFST, case postale 4358, 6002 Lucerne, avec la feuille de base MSST.**

**Remarques:**

**Lieu, date:**

**Visa:**