

Bureau de la sécurité des transports
du Canada



Transportation Safety Board
of Canada

RAPPORT D'ENQUÊTE FERROVIAIRE R08W0219



BLESSURE SUBIE PAR UN EMPLOYÉ

**CANADIEN NATIONAL
POINT MILLIAIRE 150,70 DE LA SUBDIVISION SPRAGUE
TRIAGE SYMINGTON, WINNIPEG (MANITOBA)
LE 22 OCTOBRE 2008**

Canada

Le Bureau de la sécurité des transports du Canada (BST) a enquêté sur cet événement dans le seul but de promouvoir la sécurité des transports. Le Bureau n'est pas habilité à attribuer ni à déterminer les responsabilités civiles ou pénales.

Rapport d'enquête ferroviaire

Blessure subie par un employé

Canadien National

Point milliaire 150,70 de la subdivision Sprague

Triage Symington, Winnipeg (Manitoba)

Le 22 octobre 2008

Rapport numéro R08W0219

Résumé

Le 22 octobre 2008 à 2 h 50, heure avancée du Centre, un employé du service de la mécanique du Canadien National travaillait sur les lieux d'un déraillement survenu près de la voie n° CO31 du triage Symington, à Winnipeg (Manitoba). Pendant qu'il surveillait une grue qui soulevait un wagon déraillé, l'employé a été heurté par une manœuvre de triage télécommandée au moyen de la loco-commande Beltpack, qui roulait en direction ouest sur la voie de triage adjacente. L'employé blessé a été transporté à l'hôpital, et il a reçu son congé de l'hôpital par la suite.

This report is also available in English.

Autres renseignements de base

L'accident

Le 21 octobre 2008 vers 14 h¹, un déraillement de trois wagons se produit sur les voies du triage Symington du Canadien National (CN), situé à Winnipeg (Manitoba), près du centre de la voie de triage à butte qui occupe la liaison entre les voies LO01 et CO31 (voir la figure 1).

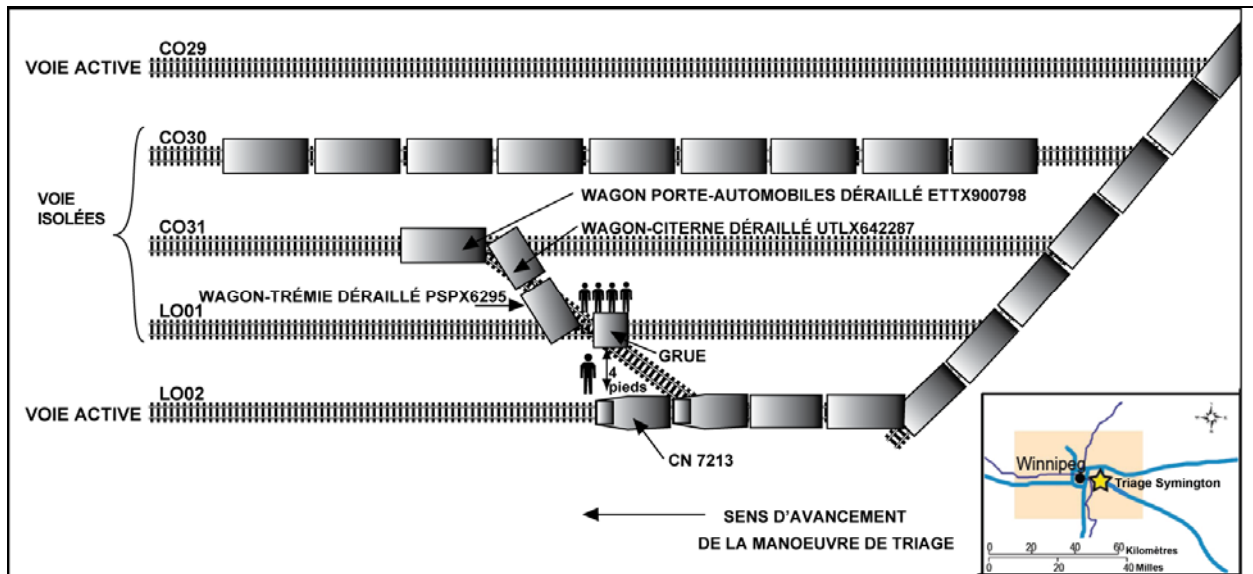


Figure 1. Diagramme montrant la disposition du lieu de l'accident

Le service de la mécanique assemble une équipe et plusieurs équipements lourds de relevage destinés à remettre les wagons sur les rails. L'équipe de relevage se compose d'un agent supérieur du service de la mécanique, de deux superviseurs du service de la mécanique et de trois employés, dont un grutier. Tous les employés possèdent les qualifications voulues pour occuper leurs postes. Vers 14 h 30, après la tenue d'une réunion préparatoire, les travaux de réenraillement débutent au milieu de la cour de triage.

Durant les opérations de relevage, on cadenasse initialement les voies CO29, CO30, CO31 et LO01² pour les isoler des activités de triage. Toutefois, on n'isole pas les voies LO02 et R09, étant donné qu'elles sont les seules voies d'aiguillage dont on dispose encore pour accéder à la majorité des voies locales de classification (voir la figure 2).

¹ Toutes les heures sont exprimées d'après l'heure avancée du Centre (Temps universel coordonné [UTC] moins cinq heures).

² Pour isoler une voie, on bloque les aiguillages de façon à empêcher le matériel roulant d'entrer dans la voie. Pour les aiguillages manuels, on utilise un cadenas spécial et des drapeaux bleus. Dans le cas des aiguillages à commande électrique, on verrouille l'aiguillage électroniquement à partir de la tour de contrôle. On a eu recours aux deux méthodes lors de cet événement.

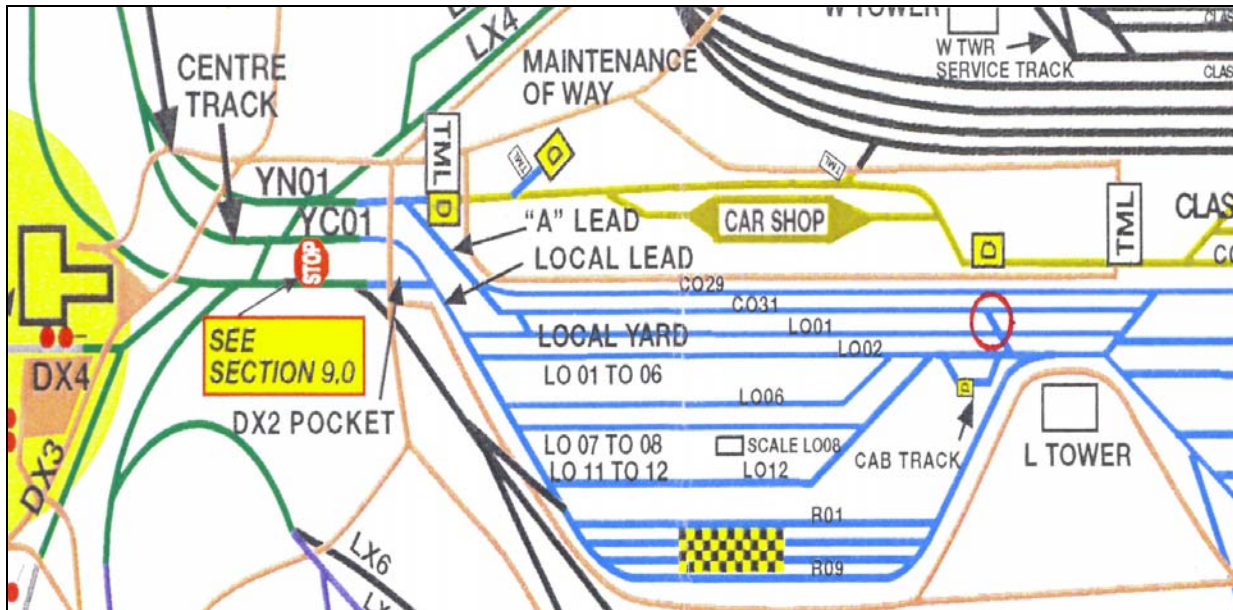


Figure 2. Schéma partiel des voies du triage Symington (Ce document n'existe pas en français.)

Une fois que l'équipe du service de la mécanique et le matériel lourd de relevage ont accédé au chantier de relevage, on déverrouille la voie CO29 et on recommence à faire des manœuvres sur cette voie. Durant le réenraillement, la grue et l'équipe de relevage se déplacent vers l'est, en direction de la voie LO02, après avoir remis chaque wagon sur les rails.

Le travail sur les lieux du déraillement se poursuit pendant la nuit. Le 22 octobre 2008, vers 2 h 50, pendant qu'on relève le wagon-trémie n° PSPX6295, un employé se place au sud du wagon-trémie, du côté ouest de la grue, pour surveiller le positionnement des vérins stabilisateurs de la grue pendant le relevage. Durant le réenraillement, le grutier augmente le régime du moteur de la grue afin d'accroître la capacité de levage. Quand le moteur de la grue commence à exercer une traction, le bruit augmente immédiatement dans les environs de la grue, et dépasse les 100 décibels. L'employé porte un casque de chantier et a remonté le capuchon de son veston pour se protéger des éléments. Il se trouve aussi dos à la voie LO02.

Pendant qu'il surveille la grue, l'employé remarque que ses collègues placés du côté nord de la voie lui font des signes des bras et crient pour l'avertir de quelque chose. À cause du bruit de la grue; l'employé n'entend pas ce que disent ses collègues. Toutefois, supposant qu'un problème affecte le relevage, l'employé se retourne pour contourner le vérin stabilisateur de la grue; il est alors heurté par l'avant de la locomotive n° CN 7213 de la manœuvre de triage. L'employé est projeté à plusieurs mètres plus loin et retombe un peu à l'écart du rail nord de la voie de triage n° LO02, sur laquelle la manœuvre n° CN 7213 circulait. L'employé blessé étant capable de marcher, il est immédiatement transporté à l'hôpital à bord d'un véhicule de la compagnie. À l'hôpital, on détermine que l'employé a subi une fracture du poignet, des lacérations à la figure et meurtrissures au genou droit. Après avoir été traité, l'employé reçoit son congé de l'hôpital et est référé pour un suivi.

Manœuvre de triage du Canadien National

La manœuvre de triage (dont la locomotive asservie suit la locomotive de tête), commandée au moyen de la loco-commande Beltpack, roule en direction ouest sur la voie LO02 à une vitesse d'environ 10 mi/h en approchant du secteur où les opérations de relevage se déroulent, sur la voie LO01. La cloche de la locomotive sonne et le phare avant est réglé sur intensité réduite, tandis que la manœuvre remonte la voie. Le chef de train adjoint de cour de triage prend place du côté sud de la locomotive, et ne peut donc pas observer les opérations de relevage. Le chef de train de cour de triage est en queue de train et contrôle le mouvement.

Les deux membres de l'équipe qui conduit la manœuvre de triage au moyen de la loco-commande ne se rendent pas compte que leur train a heurté l'employé. N'ayant pas été informés de l'accident, ils poursuivent leur travail de triage. Après que le blessé a été transporté vers l'hôpital, les opérations de relevage se poursuivent sur les lieux du déraillement.

Lors de l'événement, la température était de 4°C, le vent soufflait à 30 km/h avec des bourrasques à 40 km/h, et il pleuvait.

Procédures d'isolement des voies pendant les opérations de relevage

En règle générale, on n'interrompt pas les opérations de triage quand on procède au relevage de matériel roulant sur des voies adjacentes d'un triage, à condition de prendre des mesures de protection appropriées.

Quand on exécute des opérations de relevage dans un triage actif, l'agent supérieur qui se trouve sur place doit décider du nombre de voies qu'on doit isoler et identifier au moyen d'un drapeau bleu, après avoir discuté avec le coordonnateur de la production du triage. Si l'on doit circuler sur une voie qui a été isolée pour pouvoir faire du triage, on peut interrompre les opérations de relevage et suspendre temporairement l'isolement de la voie, ou on peut poursuivre les opérations de relevage en disposant d'un espace moindre.

La voie R09 va de la voie LO02, un peu à l'est du secteur du déraillement, et elle pouvait servir d'itinéraire de rechange pour les opérations de triage. Durant les opérations de relevage, on a isolé les voies CO30, CO31 et LO01, mais pas les voies LO02, CO29, CO30 et R09.

Tandis qu'on préparait la grue pour le levage du bout est du wagon déraillé (n° PSPX6295), la grue se trouvait à proximité d'une voie de triage active. Le vérin stabilisateur de la grue était à quatre pieds, tout au plus, du rail nord de la voie LO02. Dans ces circonstances, l'espace disponible près du chantier de relevage était limité par la position du matériel et celle des voies actives. De l'endroit où l'employé se trouvait, il lui était impossible de s'éloigner à une distance sûre du wagon qu'on relevait, sans empiéter sur les voies actives.

Séances d'information sur le travail à faire

Avant d'entreprendre le relevage, le responsable sur place du service de la mécanique a rencontré les membres de l'équipe de relevage pour discuter de l'exécution du travail. Ils ont parlé de la façon dont on allait s'y prendre pour relever les wagons et les remettre sur les rails,

des voies dont il fallait assurer la protection et des attributions de chacune des personnes présentes. Toutefois, lors de la rencontre, on n'a pas déterminé un périmètre de sécurité pour le chantier de relevage et on n'a pas non plus dressé un plan d'urgence en cas d'accident. De plus, le plan de travail n'a pas été mis à jour à mesure que le travail progressait.

Les membres de l'équipe de triage qui conduisait la manœuvre de triage à l'aide de la locomotive Beltpack n'ont pas reçu d'instructions sur le travail à faire. Ils n'ont pas été informés du plan de travail à réaliser sur les lieux du déraillement, ou des mesures de sécurité qu'ils devaient prendre en guise de précaution. Toutefois, le chef de train de cour de triage chargé de conduire la manœuvre s'était renseigné auprès des responsables de la tour de contrôle, parce qu'il s'inquiétait du fait que la grue se trouve à proximité de la voie LO02. On lui a conseillé d'actionner la cloche de la locomotive si nécessaire, quand il approcherait le chantier de relevage.

Formation des équipes de relevage du triage Symington et procédures auxquelles elles doivent se conformer

Les employés du service de la mécanique du CN reçoivent une formation sur les particularités du matériel de réenraillement, sur les techniques de levage et sur l'utilisation du matériel lourd. Le matériel de formation des équipes de relevage du CN ne traite pas en détail des politiques, des procédures ou des normes applicables aux opérations de relevage exécutées dans un triage actif. Par exemple, il ne traite pas des questions suivantes :

- l'espace minimum nécessaire pour exécuter des travaux de relevage à l'intérieur d'un triage actif;
- le nombre de voies qu'on doit isoler ou les périmètres de sécurité qu'on doit établir avant de remettre des matériels roulants sur les rails.

Rapport d'incident de Ressources humaines et Développement social Canada

Le CN étant une entreprise qui relève de la réglementation fédérale, il est régi par le *Code canadien du travail*. L'application du Code relève de Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC).

Aux termes de l'article 15 du *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*, l'employeur doit prendre des mesures spécifiques dès qu'il prend connaissance d'un accident. L'employeur doit sans délai désigner une personne qualifiée pour faire enquête sur l'accident, aviser de la situation le représentant syndical du comité local de santé et de sécurité au travail, et prendre les mesures nécessaires pour empêcher que la situation se reproduise. Si un employé a subi une blessure invalidante, l'employeur doit présenter dans les 14 jours un rapport écrit, établi dans la forme exigée par la réglementation, dans lequel on résume les résultats de l'enquête.

Deux jours après l'événement, le CN a avisé RHDSC de la blessure subie par l'employé. Toutefois, on n'a pas informé immédiatement le représentant syndical du comité local de santé et de sécurité au travail, et on n'a pas pris rapidement les mesures nécessaires pour empêcher que la situation se reproduise. Malgré plusieurs demandes du comité local de santé et de sécurité au travail, RHDSC n'a pas enquêté sur l'incident.

Système de gestion de la sécurité du Canadien National

Pour assurer une gestion efficace de la sécurité, les organisations doivent instaurer une culture, des structures et des processus qui permettront de prendre des mesures proactives d'identification et d'atténuation des risques. On a demandé au CN de mettre en place un système de gestion de la sécurité (SGS) dès 2001. Cette exigence est un des points saillants du rapport d'enquête sur le déraillement survenu à Lillooet en juin 2006 (rapport d'enquête n° R06V0136). Dans ce rapport, le Bureau a recommandé que :

le Canadien National prenne des mesures efficaces d'identification et d'atténuation des risques pour la sécurité en conformité avec les dispositions de son Système de gestion de la sécurité, et que le ministre des Transports oblige le CN à prendre ces mesures.

(R09-03, publiée en mai 2009)

Lors de l'enquête sur l'accident de Lillooet, on a considéré que le fait de ne pas avoir identifié et atténué les risques grâce à la mise en place d'un SGS efficace constituait un manquement aux règles de sécurité. Lors de l'accident du triage Symington, on n'avait procédé à aucune évaluation des risques avant l'accident pour identifier et atténuer les risques associés à l'exécution de travaux de relevage dans un triage actif.

Protocole d'enquête du Canadien National sur les accidents et suivi

Le CN dispose d'un processus organisationnel pour le signalement des accidents et incidents, pour les enquêtes sur ces accidents et incidents et pour l'analyse de ceux-ci. Ce processus est présenté dans les normes relatives aux enquêtes sur les blessures et accidents et les instructions relatives à l'établissement des rapports de blessures et d'accidents. De plus, le processus concernant la surveillance, le suivi et l'évaluation des mesures correctives prises à la suite de blessures ou d'accidents est décrit dans le document du CN intitulé « Corrective Action/Safety Measure Management Standard » (norme de gestion des mesures correctives/mesures de sécurité). Les gestionnaires et les superviseurs locaux et régionaux sont responsables de la saisie des données dans le système de suivi et de rapport de l'entreprise. Le groupe régional de gestion des risques et le groupe de gestion des risques de l'entreprise doivent assurer le suivi du système et le contrôle de la qualité des données. La procédure de suivi relative aux blessures subies par un employé du CN comprend une reconstitution de l'accident, une consultation auprès des gestionnaires et de la direction de la compagnie, et la tenue de discussions de suivi avec les superviseurs. Si l'on détermine qu'un employé ne se conforme pas entièrement aux politiques et procédures, on prend des mesures disciplinaires à l'endroit de l'employé, ou on lui fournit un encadrement correctif. Dans la plupart des cas, le processus d'enquête prend fin à ce moment.

Dans le cas cet événement-ci, le CN a procédé à une reconstitution environ deux semaines après l'accident. Un rapport définitif portant sur l'incident, assorti de mesures correctives proposées, a été rédigé en décembre 2008. Les mesures correctives ont été mises en œuvre en septembre 2009, et ont ensuite été mises à jour et réévaluées en novembre 2009. Le comité local de santé et de sécurité au travail, qui avait exprimé des préoccupations avant et peu de temps après l'accident au sujet du réenraillement de wagons dans un triage actif, a fait peu de suivi après l'accident. Lors de l'accident et pendant les mois qui l'ont suivi, la compagnie n'avait pas donné suite à ces préoccupations.

Analyse

Le Bureau n'a relevé aucune défectuosité du matériel roulant ou de la voie qui aurait pu contribuer à cet événement. L'analyse portera sur la formation des équipes de relevage, sur les politiques qui régissent les opérations de relevage, et notamment sur la coordination requise pendant ces travaux et sur la sécurité des équipes de relevage durant les opérations de triage.

L'accident

Il faisait nuit lorsque la manœuvre commandée à distance au moyen de la loco-commande Beltpack s'est approchée du lieu du déraillement. Le chef de train adjoint de cour de triage se trouvait du côté où prend place le mécanicien de la locomotive (côté sud), et n'était donc pas bien placé pour observer le déroulement des opérations de relevage.

L'employé se trouvait tout à côté de la grue, laquelle lui bloquait la vue vers l'est. La vision périphérique de l'employé était limitée encore davantage par le capuchon de sa veste, qu'il avait relevé pour se protéger des éléments. Par conséquent, l'employé n'a pas vu la manœuvre de triage qui approchait. Pendant le réenraillement, le bruit du moteur de la grue était trop intense pour qu'on puisse entendre des signaux d'avertissement comme le son de la cloche de la locomotive et les cris des collègues de l'employé. L'obscurité, les conditions météorologiques et le bruit du moteur de la grue ont donc empêché l'employé de voir ou d'entendre la manœuvre de triage qui approchait et de réagir aux signaux d'avertissement. L'employé s'était placé dos à la voie LO02 pour surveiller le positionnement des vérins stabilisateurs de la grue. Quand ils ont vu la manœuvre de triage, les collègues de l'employé se sont mis à crier et à faire des signaux avec les bras pour attirer son attention. Ne pouvant pas entendre ses collègues, l'employé a supposé que ceux-ci voulaient l'avertir d'un déplacement de la charge soulevée par la grue. Ignorant que la manœuvre de triage venant de l'est approchait sur la voie LO02, l'employé a commencé à contourner le vérin stabilisateur, et a été ensuite heurté par la locomotive.

Un trafic ferroviaire considérable circule chaque jour dans la cour de triage Symington. Pour qu'on puisse traiter ce trafic en temps utile, il faut que la butte et les voies de classification associées soient pleinement opérationnelles de façon qu'on puisse atteindre les objectifs. Lorsque plusieurs voies sont affectées par un déraillement, il devient difficile de traiter le trafic et de respecter les délais. Lors de l'événement, les quatre voies qu'on avait isolées pour les besoins du réenraillement des wagons ont causé une réduction de la productivité de la bosse, de sorte que la formation des trains a été retardée. Pour répondre aux exigences de l'exploitation, on a remis en service la voie CO29. Les voies LO02 et R09 n'étaient pas isolées puisqu'elles

étaient les seules voies sur lesquelles la manœuvre de triage pouvait circuler pour prendre des wagons dans la majorité des voies de classification locales. Si les voies LO02 et R09 avaient été isolées pendant les opérations de relevage, la productivité du triage aurait été considérablement diminuée. Ces considérations ont influé sur le nombre de voies qu'on allait isoler et sur la taille du chantier de relevage et, par conséquent, sur le niveau de protection.

On utilise des vérins de calage pour stabiliser la grue. Quand l'équipe de relevage a placé la grue en vue du levage, elle a déployé les vérins stabilisateurs jusqu'à une distance d'environ quatre pieds de la voie LO02. Il restait un espace minimal entre le vérin stabilisateur de la grue et les locomotives qui passaient à proximité. Quand la locomotive de la manœuvre est passée à côté du vérin stabilisateur de la grue, il n'y avait plus assez d'espace pour que l'employé puisse contourner sans danger le vérin stabilisateur sans empiéter sur la voie de triage active. L'employé a été heurté par la locomotive parce qu'il n'y avait plus suffisamment d'espace pour qu'on puisse réentraîler les wagons sans danger, et parce que les mesures de protection qu'on avait mises en place étaient inadéquates.

On tient des séances d'information sur le travail à faire pour faire en sorte que le travail des employés se fasse avec efficacité et en toute sécurité. À mesure que le travail progressait, la proximité de la voie LO02 a fait en sorte que l'espace dont l'équipe de relevage disposait était de plus en plus limité, au point que l'employé qui surveillait le positionnement des vérins stabilisateurs ne disposait plus d'un endroit où il pouvait être en sécurité. Les séances d'information sur le travail à faire ont été inadéquates, en ce sens qu'elles n'ont pas fait ressortir le fait que l'espace était insuffisant et n'ont pas imposé des mesures préventives en temps voulu.

Opérations de l'équipe de relevage dans un triage actif

Bien que l'équipe de relevage ait eu la formation voulue pour réentraîler les wagons en utilisant une grue, elle n'a pas reçu d'instructions à propos du travail à proximité de voies de triage actives. On ne lui a pas donné d'instructions délimitant un périmètre de travail sûr, ni de lignes directrices quant à la distance standard ou au nombre de voies qu'il convenait d'isoler afin d'établir une zone de travail sûre. Ces décisions relevaient de l'agent principal sur place. Faute de politiques, de lignes directrices ou de formation spécifiques concernant les périmètres de travail sûrs (par exemple sur le nombre de voies qu'on doit isoler), les équipes de travail risquent davantage de s'engager sur des voies actives ou d'obstruer ces voies, d'où un risque de collision et de blessures.

De plus, on n'a fait aucune évaluation des risques avant l'accident afin d'identifier et d'atténuer les risques associés à l'exécution de travaux de relevage à l'intérieur d'un triage actif. Pour assurer une gestion efficace de la sécurité, les organisations doivent instaurer une culture, des structures et des processus qui permettront de prendre des mesures proactives d'identification et d'atténuation des risques. Faute d'une évaluation des risques associés aux opérations des équipes de relevage à l'intérieur d'un triage actif, il se peut qu'on n'identifie pas bien les risques auxquels s'exposent les membres de ces équipes et qu'on ne puisse pas les atténuer comme il se doit.

Séances d'information sur le travail à faire

Les séances d'information donnent aux équipes de travail l'occasion de discuter du travail à faire et de la meilleure façon de s'y prendre pour l'exécuter. Lors de cet événement, on n'a pas discuté adéquatement de questions comme les périmètres de travail sûrs et le nombre de voies qu'il fallait isoler. De plus, les équipes de triage qui circulaient dans le secteur immédiat des travaux de relevage n'ont pas bénéficié d'une séance d'information appropriée, et n'étaient donc pas au courant de l'envergure des travaux de relevage qui se déroulaient sur la voie LO01. Quand le chef de train de cour de triage qui dirigeait l'équipe de triage a demandé des renseignements au personnel de la tour à propos des opérations de relevage, on lui a conseillé d'actionner la cloche de la locomotive, si nécessaire, quand il approcherait du chantier de relevage. Quand des équipes de triage ne sont pas informées des travaux susceptibles d'affecter leurs activités, il se peut que les précautions qu'elles prennent soient inadéquates – d'où un risque accru de collision ou de blessures.

Protocole d'enquête du Canadien National sur les accidents et suivi

Après cet accident, le CN n'a pas appliqué les processus internes concernant l'enquête sur l'accident et la mise en œuvre des mesures correctives. Après avoir pris les dispositions voulues pour le transport de l'employé vers l'hôpital, on s'est efforcé en priorité de terminer les opérations de relevage. Les responsables des travaux n'ont pas, dans les meilleurs délais, enquêté sur l'accident, interrogé les employés et organisé une reconstitution sur les lieux de l'accident.

Le CN a organisé une reconstitution deux semaines après l'accident. Le comité local de santé et de sécurité au travail n'a pas pris part à cette reconstitution. Le rapport final sur l'incident n'a pas fait l'objet d'une large diffusion, et les mesures correctives n'ont été mises en œuvre que près d'un an plus tard. Après un accident, il importe que les organisations fassent un examen exhaustif pour savoir ce qui s'est passé et pour trouver la cause des événements, de façon à identifier rapidement les risques associés à leurs opérations et à mettre en œuvre des mesures d'atténuation des risques en question.

Faits établis quant aux causes et aux facteurs contributifs

1. L'obscurité, les conditions météorologiques et le bruit du moteur de la grue ont empêché l'employé de voir ou d'entendre la manœuvre de triage qui approchait et de réagir aux signaux d'avertissement.
2. Ignorant que la manœuvre de triage venant de l'est approchait sur la voie LO02, l'employé a commencé à contourner le vérin stabilisateur de la grue, et a été ensuite heurté par la locomotive.

3. Des considérations opérationnelles ont influé sur la décision de poursuivre les opérations de triage sur la voie LO02, ce qui a eu pour effet de limiter l'espace de travail sur le chantier de relevage et, par conséquent, de réduire le niveau de protection.
4. L'employé a été heurté par la locomotive parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'espace pour qu'on puisse réentraîler les wagons sans danger.
5. Les séances d'information sur le travail à faire n'ont pas permis d'identifier et d'atténuer adéquatement les risques associés au fait de travailler dans un espace insuffisant.

Faits établis quant aux risques

1. Faute de politiques, de lignes directrices ou de formation spécifiques concernant les périmètres de travail sûrs ou le nombre de voies qu'on doit isoler, les équipes de travail risquent davantage de s'engager sur des voies actives ou d'obstruer ces voies, d'où un risque de collision et de blessure.
2. Faute d'une évaluation des risques associés aux opérations des équipes de relevage à l'intérieur d'un triage actif, il se peut qu'on n'identifie pas bien les risques auxquels s'exposent les membres de ces équipes et qu'on ne puisse pas les atténuer comme il se doit.
3. Quand des équipes de triage ne sont pas informées des travaux susceptibles d'affecter leurs activités, il se peut que les précautions qu'elles prennent soient inadéquates — d'où un risque accru de collision ou de blessures.
4. Après un accident, il importe que les organisations fassent un examen exhaustif pour savoir ce qui s'est passé et pour trouver la cause des événements, de façon à identifier rapidement les risques associés à leurs opérations et à mettre en œuvre des mesures d'atténuation des risques en question.

Mesures de sécurité prises

Le Canadien National (CN) a élaboré et mis en œuvre des mesures de protection des voies qui s'appliqueront pendant les travaux de relevage consécutifs à des déraillements qui se produisent au terminal de Winnipeg.

Le CN a mis en œuvre un protocole selon lequel un responsable des transports devra enquêter sur tous les incidents afin de s'assurer de la conformité avec toutes les exigences en matière d'enquêtes, de signalement et de présentation de rapports.

Le CN a entrepris une série de vérifications internes portant sur le triage Symington et sur d'autres triages de partout au Canada, dans le cadre de ses initiatives relatives à la qualité des données. Chaque fois que les vérifications signalent un manquement aux politiques de la compagnie, on prend des mesures pour y remédier.

Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) a fait un suivi auprès du CN et du comité de santé et de sécurité au travail, pour s'assurer que les intéressés sont informés des responsabilités qui leur incombent en vertu du *Code canadien du travail*.

Le présent rapport met un terme à l'enquête du Bureau de la sécurité des transports du Canada (BST) sur cet événement. Le Bureau a autorisé la publication du rapport le 20 janvier 2010.

Visitez le site Web du BST (www.tsb.gc.ca) pour plus d'information sur le BST, ses services et ses produits. Vous y trouverez également des liens vers d'autres organismes de sécurité et des sites connexes.