

EValuation des **R**elations et **E**volutions en **S**anté au **T**ravail

De L'individuel au Collectif pour un suivi longitudinal

Acteurs et genèse d'EVREST

**Un médecin
coordinateur
ergonome**

**Un réseau de
médecins du travail
et d'ergonomes**

**Un centre de
Recherche
le CREAPT**

Formalisation d'un
ensemble d'éléments
sur la conception de
l'homme au travail et
des buts de l'action
en santé au travail

Approche
quantitative
du travail
et de la santé

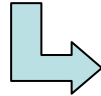
→
Constitution
d'un groupe
professionnel
autour des
approches collectives
en
santé au travail

1985

2 000

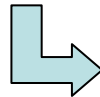
Des indicateurs pourquoi ?

Des Troubles osteo-articulaires



Comment passer des données individuelles au collectif ?

Des Changements majeurs dans l'entreprise



Comment repérer les effets, faire un diagnostic ?

Comment rendre compte de la réalité de la Santé au Travail ?

Comment permettre à la Santé au Travail de trouver sa place au sein des RH ?

Le Questionnaire

- **Questionnaire**

Court (R/V)

Lors des visites médicales

EVREST

Filière _____ Site _____ N° atelier _____ Date _____
 N° usine _____ CSP _____ RTT _____ Sexe _____ Date entrée en job _____
 Date de l'ET _____

CONDITIONS DE TRAVAIL

I - Depuis la dernière visite avez-vous changé de travail ? Oui Non
Si oui pour raisons médicales

II - Quels sont actuellement vos horaires de travail ? Oui Non
 Normaux 2-8 3-8 VSD Autre _____

III - Contraintes de temps

- En raison de la charge de travail, vous arrivez-t-il de : Oui Non
 Dépenser vos horaires normaux Temps positif Rattrapé Jamais
 Sauter ou couvrir un retard, ne pas prendre de pause
 Travailler trop vite une opération qui demanderait davantage de soins
 - Pouvez-vous gérer les difficultés liées aux cadences, aux délais, au cumul de tâches, à la variabilité ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IV - Appréciations sur le travail

Diriez-vous que votre travail présente des caractéristiques suivantes ? Oui Partiel Partiel-Non Non Jamais
 Il vous permet d'acquiescer des choses Oui Non
 Vous pouvez choisir la façon de procéder Oui Non
 Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération Oui Non
 - Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ? Oui Non
 - Pour faire un travail de bonne qualité, vous devez : Oui Non
 Des formations et/ou informations suffisantes et adéquates Oui Non
 D'outils et de consignes clairement définies Oui Non

V - Charge physique du poste de travail

Vous passez de travail pesant à il doit Oui Non Jamais
 Plusieurs déplacements verticaux Oui Non
 Déplacements horizontaux Oui Non
 Difficultés particulières sur les plans suivants : Oui Non
 Gestes répétitifs Oui Non
 Effort Oui Non

VII - Avez-vous une exposition aux nuisances suivantes ?

ES (EPA) / bruit pathologique Solvants Pression / fibres / fumée Résines / Epoxy
 Gène sonore Hélios TT de surface / Usage chimique

VIII - Avez-vous fréquemment des déplacements professionnels (avion, train) ? Oui Non
 Si oui : 1 fois 2 fois + 2 fois

FORMATION

I - Depuis la dernière visite avez-vous eu une formation ? Oui Non
Si oui, quel est son formatif ? un tour de travail ? à l'arrêt général ?

II - Avez-vous eu depuis la dernière visite un rôle de formateur, de futur ? Oui Non

MODE DE VIE

I - Pratiquez-vous de façon occasionnelle ou régulière une activité sportive ? Oui Non
 Si oui : - 1 H/sem 1 H/sem 1 à 3 H/sem + 3 H/sem

II - Consommations alcooliques

Alcool	Non	1 fois	1 à 2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	6 fois	7 fois	8 fois	9 fois	10 fois	11 fois	12 fois	13 fois	14 fois	15 fois	16 fois	17 fois	18 fois	19 fois	20 fois	21 fois	22 fois	23 fois	24 fois	25 fois	26 fois	27 fois	28 fois	29 fois	30 fois	31 fois	32 fois	33 fois	34 fois	35 fois	36 fois	37 fois	38 fois	39 fois	40 fois	41 fois	42 fois	43 fois	44 fois	45 fois	46 fois	47 fois	48 fois	49 fois	50 fois	51 fois	52 fois	53 fois	54 fois	55 fois	56 fois	57 fois	58 fois	59 fois	60 fois	61 fois	62 fois	63 fois	64 fois	65 fois	66 fois	67 fois	68 fois	69 fois	70 fois	71 fois	72 fois	73 fois	74 fois	75 fois	76 fois	77 fois	78 fois	79 fois	80 fois	81 fois	82 fois	83 fois	84 fois	85 fois	86 fois	87 fois	88 fois	89 fois	90 fois	91 fois	92 fois	93 fois	94 fois	95 fois	96 fois	97 fois	98 fois	99 fois	100 fois
--------	-----	--------	------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

ETAT DE SANTE

Domaine	Signes	Consommation de médicaments	Fatigue chronique
SAS <input type="radio"/> Cardio - respiratoire	Essoufflement en repos ou à l'effort <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SAS <input type="radio"/> Neuro - musculaire	Crampes, douleurs musculaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SAS <input type="radio"/> Diagnostique	Échecs de diagnostics <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SAS <input type="radio"/> Oculaire - cervicale	Mal de crâne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SAS <input type="radio"/> Autres symptômes	Vertiges <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SAS <input type="radio"/> Autres symptômes	Vertiges <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>	Utilisation de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- **Données sur le travail et la santé**

Utilisant l'expérience de chacun

Signes infra cliniques pour la santé

Le Questionnaire

- **Données administratives**

- **Les conditions de travail**

- **La formation**

- **Le mode de vie**

- **L'état de santé**

Horaires

Contraintes de temps

Appréciations sur le travail

Charge physique

Autres Nuisances

Formation et tutorat

Sport, tabac, alcool, café

Cardio-respiratoire,

Neuropsychique

Dermatologie

Digestif

Osteo-articulaire



Contraintes de temps

- *En raison de la charge de travail, vous arrive-t'il de :*

Dépasser vos horaires normaux

Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause

Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

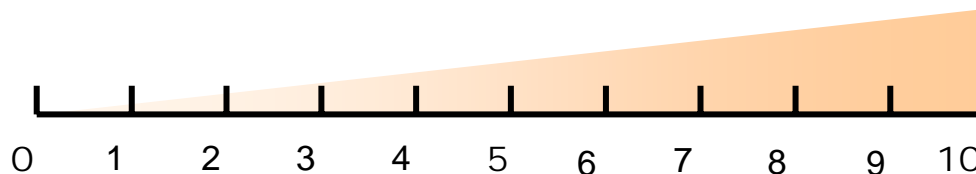
Très souvent

Assez souvent

Rarement

Jamais

- *Pouvez-vous coter les difficultés liées aux cadences, aux délais, au cumul de tâches, à la variabilité*



- *Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?*

Oui

Non

- *Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :*

Perturbe votre travail

Est sans conséquences pour votre travail
Est un aspect positif de votre travail

Appréciations sur le travail

- *Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?*

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Il vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pouvez choisir la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- *Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- *Pour faire un travail de bonne qualité vous disposez*

De formation et d'informations suffisantes et adéquates
D'objectifs et de consignes clairement définies

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Charge physique au poste de travail

- *Votre poste de travail présente-t 'il des difficultés particulières sur les plans suivants*

	Oui, importantes	Oui, modérées	Non, pas du tout
Posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement verticaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements horizontaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





ETAT DE SANTE

Avez-vous depuis la dernière visites des signes	Plaintes ou Signes cliniques	Est-ce une gêne dans le travail ?	Consommation de médicaments		Pathologie diagnostiquée
Cardio respiratoire Cardio vasculaire HTA Respiratoire RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Neuro - psychique Fatigue, lassitude Anxiété, Nervosité, irritabilité Troubles du sommeil RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dermatologie Existence d'un problème d'ordre dermatologique? RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Digestif Existence d'un problème d'ordre digestif ? RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ostéo - articulaire . Membres supérieurs <i>Epaule</i> <i>Coude</i> <i>Poignet</i> RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Membres inférieurs RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Vertèbres <i>Cervicales</i> <i>Dorso-lombaires</i> RAS <input type="radio"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

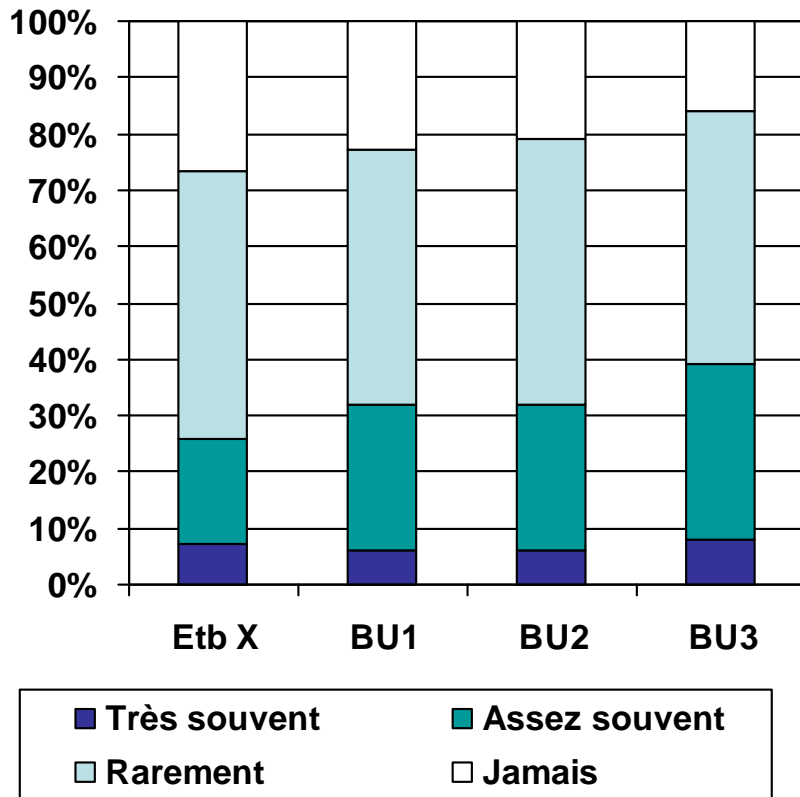
Quelles exploitations ?

• Des Indicateurs

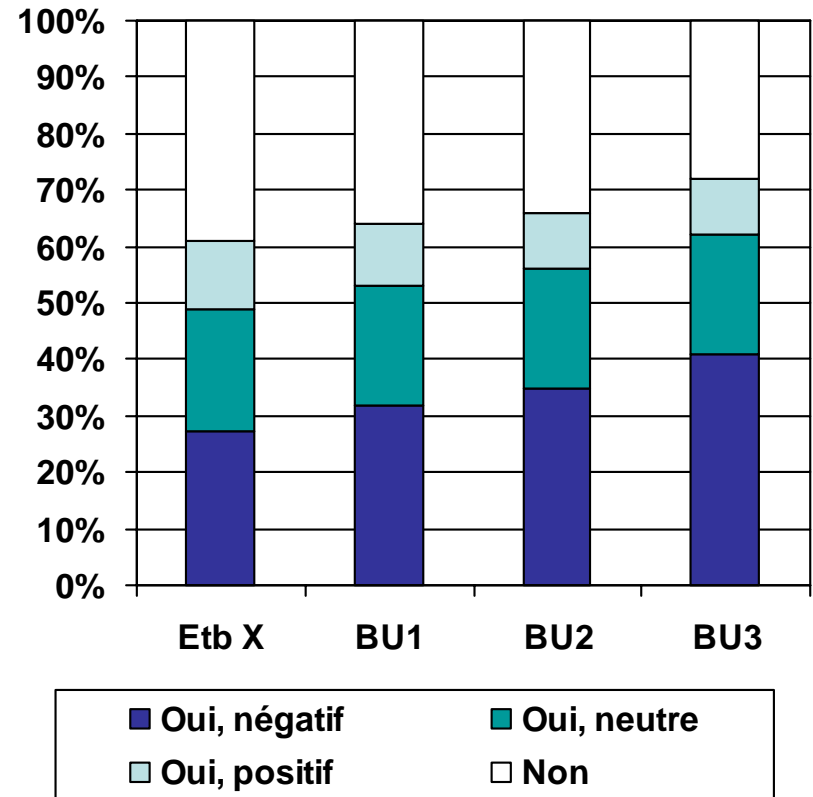
- annuels (analyses transversales) 
- Longitudinaux sous forme de tableaux de bord 

**Formalisation d'une présentation type
reproductible rapidement tous les ans et
facilement présentable**

Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins

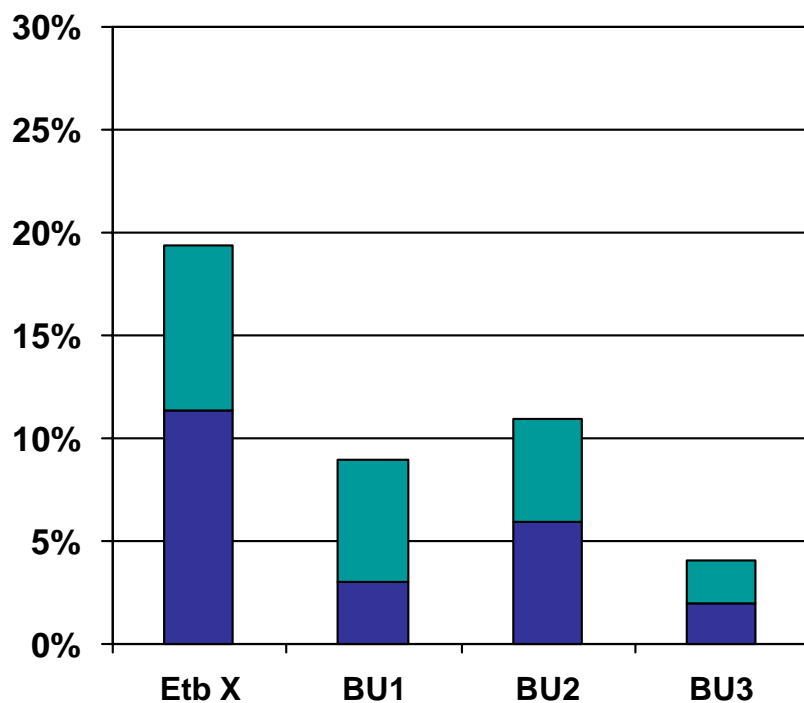


Existence et impact d'interruptions fréquentes

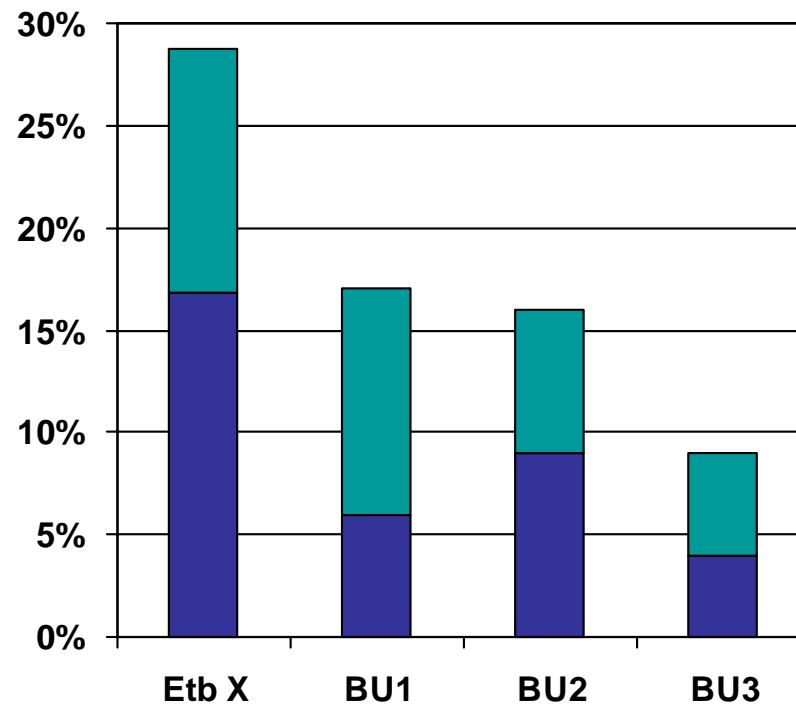


Problème du membre sup. 2006

Chez les moins de 45 ans



Chez les 45 ans et plus













■ Oui, avec limitation ■ Oui, sans limitation













■ Oui, avec limitation ■ Oui, sans limitation



Contraintes de temps 2002 / 2006

Dépasser ses horaires normaux assez souvent ou très souvent	EtbX	24,9 % → 35,3 %	
	Tous etb	32,2 % → 43,2 %	
Sauter un repas, ne pas prendre de pause assez souvent ou très souvent	EtbX	10,7 % → 14,7 %	
	Tous etb	7,1 % → 11,1 %	
Traiter trop vite une opération assez souvent ou très souvent	EtbX	14,7 % → 29,9 %	
	Tous etb	26,1 % → 35,7 %	
Echelle de pression temporelle : cotation > 5	EtbX	40,1 % → 52,0 %	
	Tous etb	47,1 % → 54,3 %	
Interruptions fréquentes et perturbantes	EtbX	25,0 % → 30,7 %	
	Tous etb	31,1 % → 36,1 %	

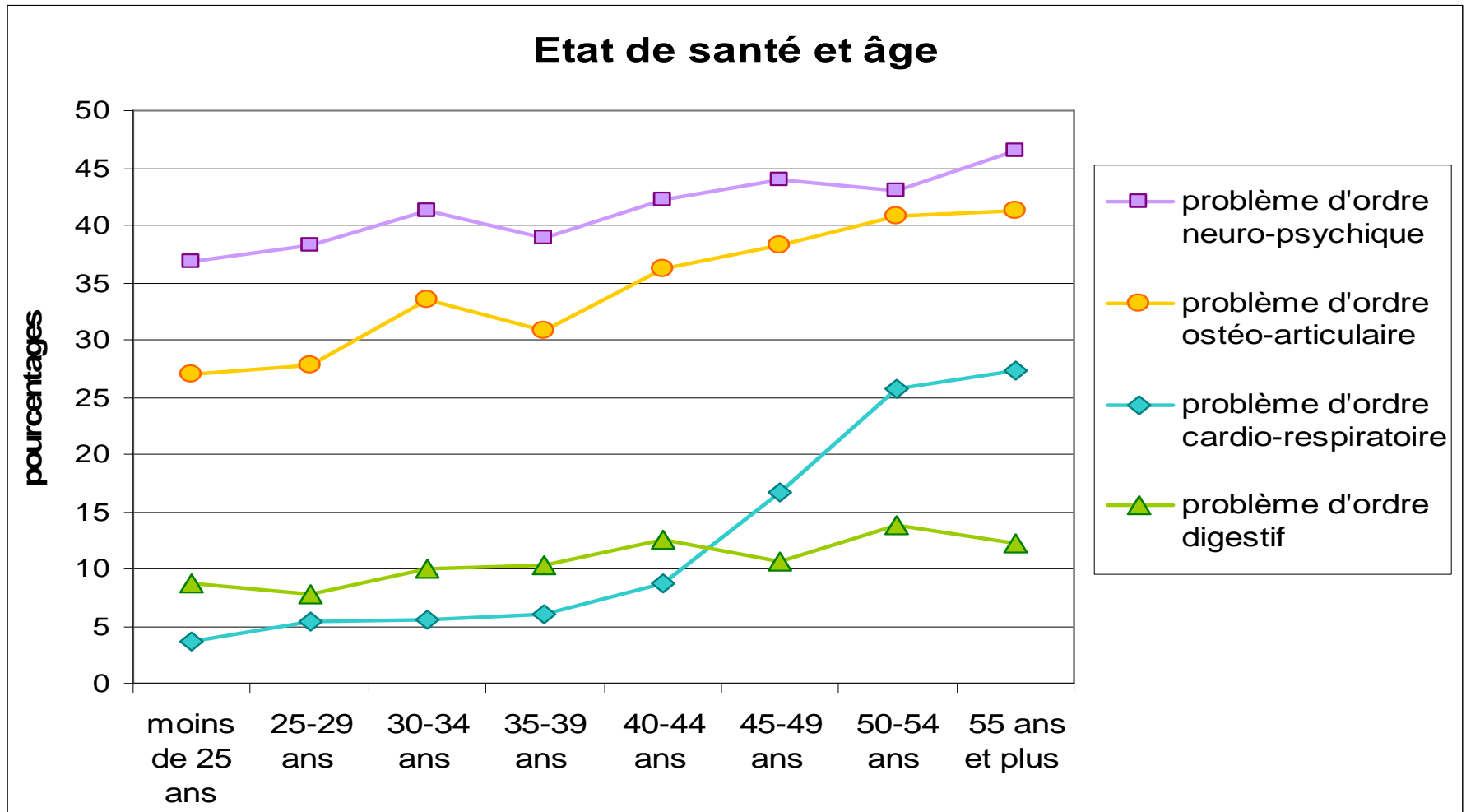
Pb de membre sup 2002 / 2006

2002-2006		Moins de 45 ans		Plus de 45 ans	
Problème(s) (au moins un, avec ou sans limitation)	Etb X	9,1 % → 28,8 %		27,0 % → 31,5 %	
	Etb Y	18,0 % → 12,2 %		17,3 % → 27,3 %	
	Etb Z	8,7 % → 9,0 %		13,8 % → 20,0 %	
Problème(s) avec limitation (au moins un)	Etb X	4,6 % → 15,2 %		9,9 % → 18,9 %	
	Etb Y	9,4 % → 2,2 %		10,8 % → 8,6 %	
	Etb Z	2,3 % → 1,7 %		4,8 % → 5,0 %	

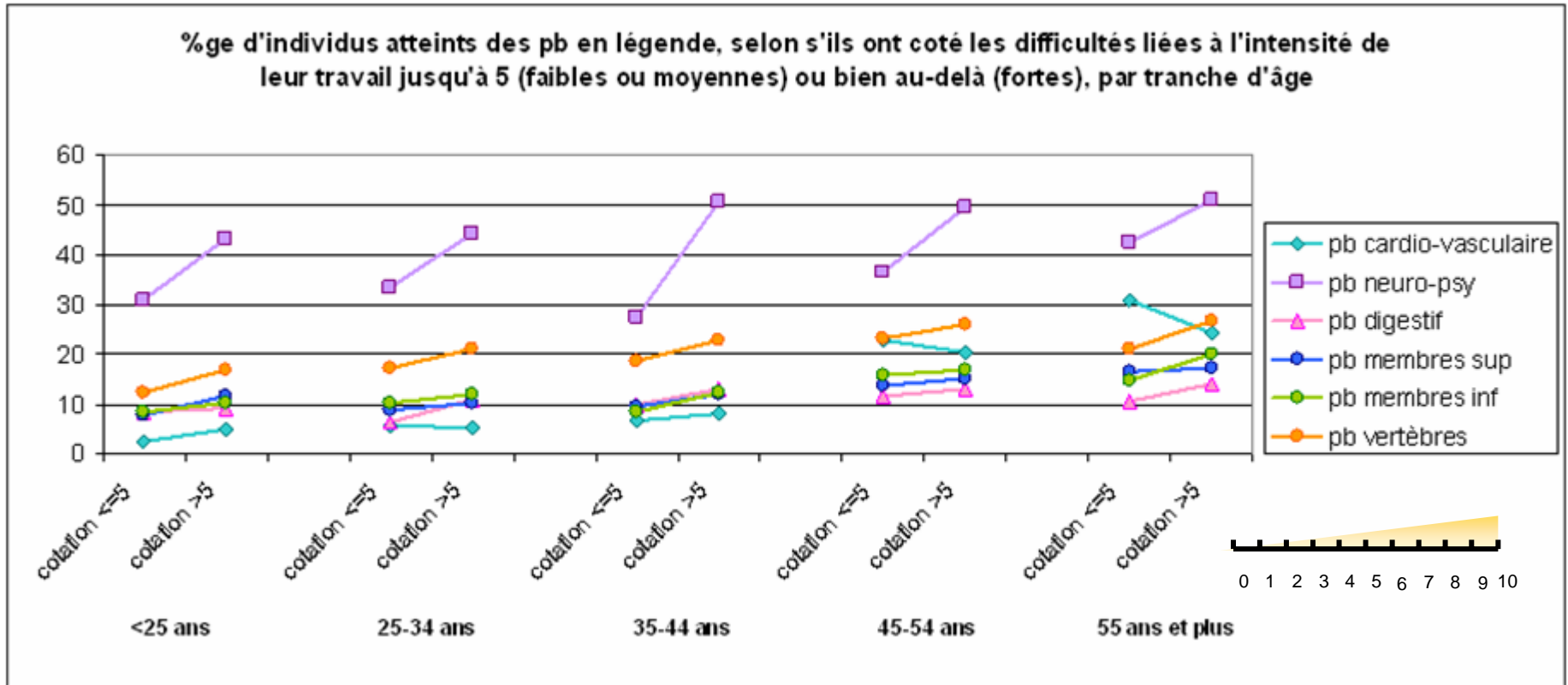
Des études

- Pour répondre à des demandes de l'entreprise
- Pour répondre à des interrogations des médecins
- Qui permettent de valider l'observatoire

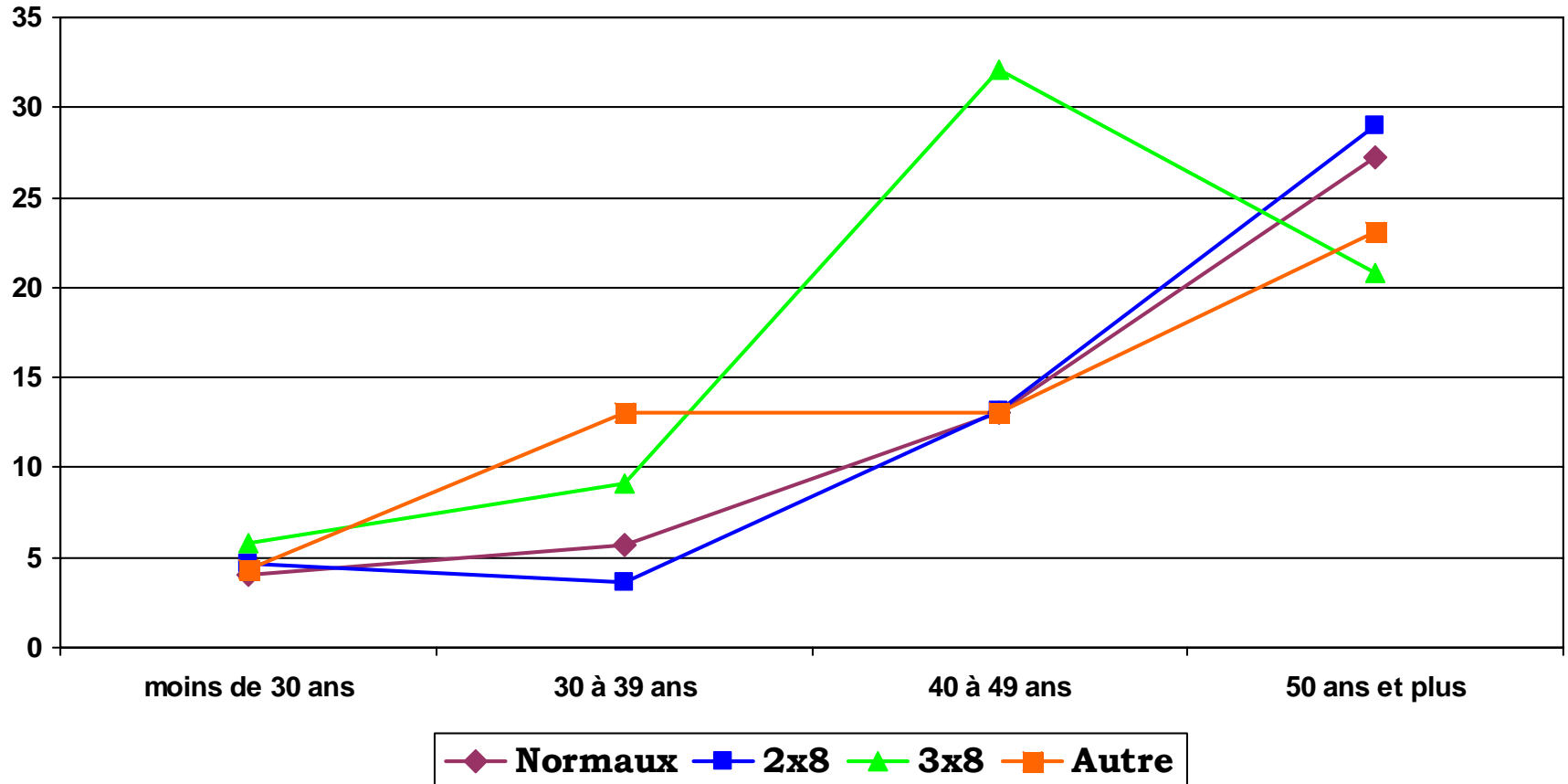
État de santé et âge



Lien entre intensité du travail et problème de santé selon l'âge



Les horaires atypiques et la santé cardiovasculaire



Quel bilan ?

Circulation de données chiffrées dans l'espace social

Des chiffres pour convaincre

En utilisant un langage compris des décideurs, communs à d'autres acteurs de l'entreprise

Aide à l'objectivation des liens santé et travail,
Indicateurs de veille, d'alerte, de confirmation ou d'invalidité du ressenti

Des chiffres pour débattre

Confection de chiffres acceptables
Montrer la diversité des situations

Quelles perspectives ?

Au niveau d'EADS

—————> **De plus en plus de participation**

Hors d'EADS

—————> **Observatoires similaires**

Dans d'autres grandes entreprises

**En service inter au niveau national
(Groupement d'Intérêt Scientifique)**