**Protection de la maternité évaluation du poste de travail**

|  |
| --- |
| **Entreprise:**.............................................................................................................................................. |
| **Secteur:**………………………………………...…………………………………………...… | **Fonction:**………………………………………………………………………………………… |
| **Collaboratrice:** (Prénom/Nom)............................................................... | **Temps de travail:** ……...………………… % |

#### La fonction est appropriée à la collaboratrice en respectant les mesures de protection prescrites:

| *Critère* | *Oui non NP* | *Remarques, mesure de protection* |
| --- | --- | --- |
| 1. **Temps de travail et de repos**
 |
| Un temps de travail de 9 heures par jour au plus est-il respecté?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Le travail en équipe avec rotation régulière vers l’arrière est-il évité?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Travaille-t-on au maximum 3 postes de nuit consécutifs? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| L’interdiction de travailler entre 20 heures et 6 heures à partir de 8 semaines avant l’accouchement est-elle respectée?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Organisation du travail**
 |
| En cas de travaux aux pièces ou en cadence, la collaboratrice peut-elle déterminer elle-même le rythme de travail?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| La collaboratrice est-elle dispensée en cas de besoin de travaux qu’elle juge ou perçoit comme pénibles?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Existe-t-il une possibilité de s’allonger dans une pièce calme appropriée?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Donne-t-on à la collaboratrice le temps d’allaiter ou de tirer son lait dans une pièce appropriée?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Soulever, porter, déplacer des charges**
 |
| Les limites de poids sont-elles observées? du 1er au 6e mois de grossesse 10 kg occasionnellement ou 5 kg régulièrement; à partir du 7e mois de grossesse 5 kg maximum | [ ]  [ ]  [ ]  | La responsabilité individuelle doit être assumée Ne pas soulever ou porter de lourdes charges |
| 1. **Froid, chaleur, forte humidité**
 |
| L’interdiction de travailler par des températures inférieures à -5°C est-elle respectée? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Par des températures inférieures à 10°C, des vêtements adaptés à la situation thermique et à l’activité sont-ils mis à disposition?  | [ ]  [ ]  [ ]  | Des vêtements thermoactifs sont mis à disposition |
| Par des températures inférieures à 15°C, des boissons chaudes sont-elles servies? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Les activités pénibles sont-elles évitées par forte chaleur, notamment au-dessus de 24°C, et le travail est-il interdit au-dessus de 28°C?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Les travaux par forte humidité sont-ils évités? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Pour les travaux par forte humidité ou sous conditions climatiques difficiles, le climat des locaux est-il évalué au préalable en ce qui concerne l’humidité de l’air, la vitesse de l’air et la durée d’exposition? | [ ]  [ ]  [ ]  | Pour les postes de travail exposés (par ex. courant d’air par températures inférieures à 18°C), les mesures suivantes possibles sont engagées:* Des vêtements thermoactifs sont mis à disposition
* Déplacement vers d’autres zones de travail
* S’il n’y a pas d’autre alternative, dispense partielle
 |
| 1. **Travailler avec des risques élevés de chute**
 |
| Pas de travaux avec risques de glissades et trébuchements (sols glissants, inégaux, avec obstacles, etc.) | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Pas de travaux avec risque élevé de chute (pas de travaux sur échelle à plus de 1 mètre de hauteur ou dans les zones de danger de chute) | [ ]  [ ]  [ ]  | Pas de travaux dans les zones de danger de chute |
| 1. **Chocs, secousses, vibrations**
 |
| Les activités avec risque important de choc sont-elles efficacement évitées?  | [ ]  [ ]  [ ]  | Pas d’intervention dans les zones de probables confrontations |
| Des travaux avec de fortes vibrations ou secousses ne sont-ils pas effectués?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Mouvements et postures qui conduisent à une fatigue prématurée**
 |
| Aucune activité conduisant à une fatigue prématurée en raison des mouvements ou de la posture n’est-elle effectuée?  | [ ]  [ ]  [ ]  | En cas de besoin, de petites pauses payées plus fréquentes (dix minutes toutes les deux heures)Pas de travaux en position accroupie ou étirée de longue durée, pas de travaux en posture fixe pour une longue duréeLa responsabilité individuelle doit être assumée  |
| Les règles pour le travail debout sont-elles respectées? à partir du 4e mois: temps de repos quotidien de 12 heures et pauses supplémentaires de 10 minutes toutes les 2 heures; à partir du 6e mois: durée maximale du travail debout de 4 heures par jour | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Risques physiques (bruit, radiations, pression)**
 |
| Des travaux dans un niveau sonore de 85 dB(A) (Leq 8 heures) ne sont-ils pas effectués? | [ ]  [ ]  [ ]  | Pas d’activité dans les zones à obligation de port de protection auditive |
| Les doses équivalentes selon l’Ordonnance sur la radioprotection (art. 36 al. 2 et 3) sont-elles respectées? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Les valeurs limites pour les rayonnements non ionisants (ordonnance fédérale sur la protection de la maternité annexe 1) sont-elles respectées? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Les travaux en surpression sont-ils interdits? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Risques chimiques**
 |
| N’y a-t-il pas de travaux avec des substances portant les mentions de danger H340, H341, H350, H351, H360, H361, H362, H370, H371 ? | [ ]  [ ]  [ ]  | Uniquement utilisation de produits autorisés pour le travail ou l’entretien. Toutes les matières doivent être contrôlées quant à leurs mentions de danger critiques H.Les mesures de protection et d’hygiène prescrites doivent être respectées. |
| N’y a-t-il pas de travaux avec du monoxyde de carbone (CO), du mercure ou des composés du mercure? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| N’y a-t-il pas de travaux dans des zones dans lesquelles sont utilisés des insecticides, fongicides ou pesticides dangereux? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| N’y a-t-il pas de port prolongé de masques de protection respiratoire? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Il n’est pas pénétré dans des locaux à atmosphère appauvrie en oxygène? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Risques biologiques**
 |
| N’y a-t-il pas de contact dangereux avec des microorganismes des groupes 2-4 selon OPTM? | [ ]  [ ]  [ ]  | Les mesures de protection et d’hygiène prescrites doivent être respectées.  |

|  |
| --- |
| Les personnes ayant participé confirment avec leur signature avoir pris connaissance de l’évaluation des risques pour la protection de la maternité et attestent de son exactitude. La collaboratrice et le supérieur hiérarchique s’engagent à prendre les mesures de protection nécessaires.  |
| **Collaboratrice** (prénom/nom): ............................................................... | Date: ...................................................Signature: ................................................... |
| **Supérieur hiérarchique** (prénom/nom): ...............................................................Tél.: ........................................................Email: ...................................................... | Date: ...................................................Signature: ................................................... |
| **\* Spécialiste impliqué** (prénom/nom): ...............................................................Qualification: .........................................Tél.: ........................................................Email: ...................................................... | Date: ...................................................Signature: ................................................... |

\* En cas d’ambiguïtés, il faut faire appel au coordinateur de la sécurité ou à un spécialiste (médecin/hygiéniste du travail).

**Évaluation de la capacité de travail du médecin traitant**

|  |
| --- |
| **Le résultat de l’évaluation est: (Veuillez cocher la case appropriée)** |
| [ ]  | L’activité au poste de travail concerné est possible selon l’évaluation des risques, en respectant les mesures de protection |
| [ ]   | L’activité au poste de travail concerné n’est pas possible  |
| [ ]   | Nouvelle évaluation dans semaines |
| Date de naissance calculée: |  |
| Médecin | Cachet: | Signature: |
|  |  | Date: |