

**Ordonnance OProMa sur la protection
de la maternité au travail**

**Auto-Questionnaire de repérage des
activités professionnelles dangereuses ou pénibles
en cas de grossesse ou d'allaitement**

En Suisse, la protection de la santé des femmes enceintes au travail est encadrée par des dispositions légales qui doivent être appliquées par l'employeur. Certaines activités sont notamment considérées comme pénibles ou dangereuses et présentent des restrictions qui sont précisées dans l'Ordonnance sur la protection de la maternité au travail (OProMa). Dans ce cadre, il revient au gynécologue ou au médecin qui suit la grossesse d'évaluer l'état de santé de la femme enceinte ou de la mère qui allaite pour contrôler l'efficacité des mesures de protection.

L'objectif de ce questionnaire vise donc à préciser votre situation professionnelle et à repérer dès que possible lors de votre grossesse les éventuelles activités professionnelles pénibles ou dangereuses qui nécessiteraient d'être clarifiées.

Sur la base de vos réponses, votre gynécologue traitant (ou le médecin qui suit votre grossesse) pourra discuter avec vous les actions à entreprendre en fonction de votre situation.

Les informations récoltées au travers de ce questionnaire restent soumises au secret médical et aucun contact ne sera pris avec votre employeur-e sans votre accord.

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes

Informations générales

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etiquette patiente

☎ Téléphone :

✉ email :

Terme de la grossesse prévu : /..... /.....

Date du questionnaire : /..... /.....

<u>Informations liée à votre activité professionnelle :</u>	
Exercez-vous actuellement une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, - Quel est votre statut : <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> en période d'essai <input type="checkbox"/> licenciement en cours	
- Quel est votre taux d'activité habituel ? %
- Quel est votre métier ?
- Etes-vous salariées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Avez-vous annoncé votre grossesse à votre employeur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- A votre connaissance, un médecin du travail intervient-il dans votre entreprise ? Si oui, ses coordonnées :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Concernant votre travail actuel :

1	Portez-vous des charges lourdes (>10kg occasionnellement, >5kg régulièrement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Effectuez-vous des travaux vous exposant au froid < -5°C ou à la chaleur > 28°C ou à une forte humidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Effectuez-vous des tâches impliquant des mouvements et des postures contraignantes, des chocs, des secousses ou des vibrations ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Votre travail vous expose-t-il à des microbes (virus, bactéries, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Utilisez-vous des produits chimiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Etes-vous exposée à des rayonnements ionisants (manipulation de substances radioactives, sources, etc.) ou non ionisants (plaque à induction, imagerie médicale, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Effectuez-vous des activités vous exposant à du bruit important ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Travaillez-vous à la chaîne sans pouvoir en influencer la cadence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Effectuez-vous des activités dans des locaux appauvris en oxygène ou impliquant une surpression (chambre de surpression) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Avez-vous un travail de nuit ou posté (3x8h, 2x12h, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Effectuez-vous des heures supplémentaires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Travaillez-vous plus de 9h par jour (sans compter les pauses) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Travaillez-vous plus de 4h debout ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14	Avez-vous une durée de repos quotidienne de 12h entre 2 jours travaillés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15	Avez-vous la possibilité d'avoir des pauses supplémentaires à votre demande ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16	Avez-vous un local au travail pour pouvoir vous allonger ou vous reposer si besoin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez coché « oui », à l'une des questions numérotées de 1 à 9, savez-vous si votre employeur a réalisé une **analyse de risques à votre poste de travail afin de l'adapter ?**

Oui **Non** **Je ne sais pas**

Quelles sont les coordonnées de votre entreprise/employeur (nom, adresse, tél., mail) ?

.....

Quelles sont les activités professionnelles les plus pénibles pour vous ?

.....

