**Protection de la maternité au travail selon l’OProMa[[1]](#footnote-1)**

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

|  |
| --- |
| **Destinataires : Travailleuses enceintes** |

En Suisse, les femmes enceintes ou qui allaitent ont droit à des mesures de protection particulières au travail. Certaines activités sont notamment considérées comme pénibles ou dangereuses et présentent des restrictions. 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.

Ce questionnaire a pour objectif de préciser votre situation professionnelle afin de permettre à votre gynécologue ou le médecin qui suit votre grossesse d’identifier les éventuelles activités professionnelles qui nécessitent d’être clarifiées.

Sur la base de vos réponses, votre médecin 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 sans votre accord. Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

|  |
| --- |
| Informations généralesEtiquette patiente |
| Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date de naissance : …. /….. /….. |  |
| 🕿 Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 🖂 email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Terme de la grossesse prévu : …. /….. /….. | Date du questionnaire : …. /….. /….. |

|  |
| --- |
| **Informations liées à votre activité professionnelle :** |
|  |  |
| Exercez-vous actuellement une activité professionnelle  | [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Si oui, * Quel est votre statut :
* Quel est votre taux d’activité habituel ?
* Quel est votre métier ?
* Etes-vous salariées ?
* Avez-vous annoncé votre grossesse à votre employeur ?
* A votre connaissance, un médecin du travail intervient-il dans votre entreprise ? Si oui, ses coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

   | [ ]  CDD [ ]  CDI [ ]  en période d’essai [ ]  en cours de licenciement  % [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Oui [ ]  Non |

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ordonnance du la protection de la maternité (OProMa) : [822.11.52](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2001/127/fr) [↑](#footnote-ref-1)