|  |
| --- |
| *L’analyse permet d’identifier les facteurs à l’origine de l’accident de travail et de mettre en place des améliorations, afin que ce type d'accident ne se reproduise plus.**Cette analyse doit être formalisée* ***selon une méthodologie définie au préalable*** *et doit être réalisée* ***de manière systématique****.* |
| **Identification de l’entreprise** |
| **Siret** |  |
| **Raison sociale** |  |
| **Email de contact** |  |
|  |
| **Analyse AT/MP** |
| **Date de l’analyse** |  |
| **Participants****(Nom, prénom, fonction)** |  |
|  |
| **La** **victime** |
| **Nom, Prénom** |  |
|  |
| **Identification de la Maladie Professionnelle** |
| **Tableau MP n°** |  | **57** |  | **69** |  | **79** |  | **97** |  | **98** |
|  |
| **1 – ANALYSER LA SITUATION DE TRAVAIL** |
| *L’objectif premier est d’analyser la situation de travail.*  *Ce questionnaire est extrait de l’ED 6161 de l’INRS (méthode d’analyse de la charge physique de travail) et de l’outil RITMS 3 de la Carsat Rhône-Alpes.**Cette méthode permet d’analyser les maladies professionnelles de type TMS. En complément, nous vous invitons à consulter le site TMS Pros à l’adresse suivante :* <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms>***Attention !*** *Il est nécessaire :** *D’obtenir l’accord de tous les participants pour cette analyse ;*
* *Définir des règles de confidentialité concernant les éléments recueillis.*
 |
| **Situation de travail analysée : entretien avec l’opérateur** |
| **A- Depuis quand occupez-vous votre poste ?** |
|  |
| **B- Quels sont les horaires de travail et de pauses ?** |
|  |
| **C- Comment s’effectue la formation au poste de travail concerné ?**  |
|  |
| **D- Sur ce poste, à partir de quand est-on autonome et pourquoi ?**  |
|  |
| **E- Quels sont les derniers changements dans l’organisation de la production (positifs ou négatifs) ?** |
|  |
| **F- Devez-vous suivre un rythme imposé ? Si oui, par qui et (ou) par quoi ?** |
|  |
| **G- Rencontrez-vous des difficultés à tenir les objectifs (Quantité, qualité…) ? Si oui, quand et pourquoi ?** |
|  |
| **H- Certaines séries ou certains produits vous posent-ils plus de problèmes que d’autres ? Lesquels ? Quand et pourquoi ?** |
|  |
| **I- Quels sont les incidents qui vous pénalisent le plus ? (Pannes, rupture approvisionnement, non-qualité, indisponibilité du matériel, …) ? Quand et pourquoi ?** |
|  |
| **J- Existe-t-il des moments de tension sur ce poste ? Si oui, quand et pourquoi ?** |
|  |
| **K- Comment évaluez-vous l’ambiance relationnelle ? (Avec les collègues, la hiérarchie, les autres services) ?** |
|  |
| **L- Autres remarques de l’opérateur** |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICATEURS** | **ITEMS** |
| **Pour cette situation de travail, avez-vous déjà observé…**A remplir en collaboration avec le service de santé au travail, les ressources humaines et/ou le service administratif | **NON** | **OUI** |
| Santé au travail | … un accident du travail avec arrêt ? |  |  |
| … des plaintes, des douleurs, une pathologie de l’appareil locomoteur ? |  |  |
| … une restriction d’aptitude et/ou une inaptitude ? |  |  |
| … une alerte des instances représentatives du personnel ? |  |  |
| Gestion du personnel | … de l’absentéisme récurrent ? |  |  |
| … un recours fréquent à l’intérim ? |  |  |
| … un turn-over significatif ? |  |  |
| **Pour cette situation de travail, y a-t-il des difficultés liées à…**A remplir à partir d’observations et du ressenti des salariés | **NON** | **OUI** mais non critiques | **OUI** et critiques |
| Efforts physiques | … des efforts exercés, des charges lourdes (soulever, pousser-tirer) ? |  |  |  |
| … des activités de l’ensemble du corps (pelletage, piochage, …) ? |  |  |  |
| … des déplacements avec charge ? |  |  |  |
| … des objets difficiles à saisir, fragiles ? |  |  |  |
| … des tâches minutieuses, complexes, … ? |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Dimensionnement | … des postures\* inconfortables (se pencher, se tourner, lever les bras, …) ? |  |  |  |
| … des déplacements longs et/ou nombreux ? |  |  |  |
| … des objets encombrants à manutentionner ou à déplacer ? |  |  |  |
| … un espace de travail inadapté (restreint, encombré, …) ? |  |  |  |
| … l’impossibilité de modifier la posture (rester debout, piétiner, assis, …) ? |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Caractéristiques temporelles | … un travail répétitif ? |  |  |  |
| … un travail en flux tendu (rythme imposé, nécessité de se dépêcher) ? |  |  |  |
| … la durée d’exposition à la charge physique ? |  |  |  |
| … la prise de pauses\* ? |  |  |  |
| … des changements imprévus d’activité (aléas, dépendance client, …) ? |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Caractéristiques de l’environnement | … l’ambiance physique de travail dégradée (bruit, température, éclairage) ? |  |  |  |
| … l’exposition aux vibrations corps entier (conduite), membres supérieurs (outils vibrants) ? |  |  |  |
| … l’exposition à des produits toxiques, des poussières, … ? |  |  |  |
| … des sols encombrés et/ou dégradés et/ou en pente ? |  |  |  |
| … l’utilisation d’équipements de travail (outils, aides techniques, équipements de protection individuelle (EPI), …) ? |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Organisation | … l’absence d’autonomie dans la façon de faire son travail (pas de marge de manœuvre, aucune latitude décisionnelle, …) ? |  |  |  |
| … des modes de fonctionnement dégradés (incident, panne, reprises, …) ? |  |  |  |
| … des horaires atypiques (travail posté, horaires irréguliers, travail de nuit, vendredi-samedi-dimanche (vsd), …) ? |  |  |  |
| … des objectifs de production exigeants (qualité, quantité, délais, …) ? |  |  |  |
| … travailler à plusieurs (organisation collective pour une tâche, partage des contraintes, …) ? |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Total des croix** |  |  |  |  |

*\*Cette grille est issue de la brochure INRS ED 6161 « Méthode d’analyse de la charge physique de travail », les définitions sont dans l’annexe 1. Il est possible d’ajouter des commentaires à cette grille, item par item, afin d’aider à la compréhension de la situation analysée.*

|  |
| --- |
| **2 - DEFINIR LES MESURES DE PREVENTION / PLAN D'ACTIONS** |
| **Principes Généraux de Prévention & exemples** |
| *Après avoir analysé la situation de travail, définir les pistes de solution en se basant sur les Principes Généraux de Prévention. Attention à ne pas déplacer les risques ou à en générer de nouveaux.***1er Principe « Eviter les risques, supprimer le danger ou l’exposition au danger »**Exemples : supprimer les manutentions manuelles, supprimer les postures contraignantes, …**2ème principe « Evaluer les risques »**Exemples : apprécier l’exposition au danger au travers de l’évaluation des risques, afin de prioriser les actions de prévention à mener**3ème principe « Combattre les risques à la source »** Exemples : réduire les masses unitaires, réduire les charges, aménager les postes de travail, contacter les fournisseurs, …**4ème principe « Adapter le travail à l’Homme »**Exemples : utiliser du matériel réglable et adaptable, donner un choix dans les outils et équipements de travail, …**5ème principe « Tenir compte de l’évolution de la technique »**Exemples : contacter les fournisseurs, instaurer une veille, …**6ème principe « Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l’est moins »**Exemples : réduire les amplitudes gestuelles, …**7ème principe « Planifier la Prévention »**Exemples : organisation du travail, contrôle, entretien et réparation du matériel, suivi des plans d’actions, …**8ème principe « Donner la priorité aux mesures de protection collective par rapport aux protection individuelle »**Exemples : mettre à disposition et utiliser des aides mécaniques à la manutention, …**9ème principe « Donner les instructions appropriées aux salariés »**Exemples : former les salariés au poste de travail, former des Sauveteurs Secouristes du Travail (SST) et des salariés à la Prévention des Risques liés à l’Activité Physique (PRAP), à l’utilisation du matériel et aux modes opératoires, sensibiliser les salariés au risque TMS et aux mesures de prévention à appliquer, … |

|  |
| --- |
|  |
| **3 – SUIVI DU PLAN D'ACTIONS** |
|  |
|  | **Mesures de prévention** | **Pilote de l’action** | **Délai** | **Date de réalisation** |
| **A- Organisationnelles** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **B- Techniques** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **C- Humaines** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **Mise à jour du Document Unique** |
| **Avez-vous un Document Unique d’Evaluation des Risques Professionnels ?** |  | **Oui** |  | **Non** |
| **Si oui, le risque TMS est-il identifié ?** |  | **Oui** |  | **Non** |
| **A la suite de cette analyse, avez-vous mis à jour votre DUER ?** |  | **Oui** |  | **Non** |

Pour aller plus loin :

* Découvrez l’[offre de formation](https://www.carsat-hdf.fr/home/entreprises/prevenir-les-risques-pros/former-prevention-risques-pros.html) Carsat Hauts-de-France / INRS