

Méthodes et principaux résultats sur la période 2012-2013



RÉSUMÉ

Depuis septembre 2009, les médecins du travail des IEG contribuent à l'observatoire Evrest-IEG afin de mieux connaître les principales caractéristiques des conditions de travail et de la santé des salariés et leurs évolutions au cours du temps. En 2012-2013, 98 (49%) ont saisi au moins un questionnaire sur un échantillon de 9069 salariés dont les distributions par sexe, âge et PCS sont proches de celles de la population des IEG.

Dépassement des horaires normaux chez les cadres, manque d'autonomie pour les employés, de reconnaissance pour plus d'un quart des salariés ou absence de perspectives sont à relever dans ces analyses.

Concernant les deux premières causes d'absentéisme maladie au sein des IEG et en comparaison avec l'échantillon national Evrest, les salariés des IEG apparaissent légèrement moins affectés pour les troubles neuropsychiques (alors qu'ils déclarent être globalement plus exposés aux RPS, notamment à l'intensité du travail), et pour les troubles ostéo-articulaires (hormis les ouvriers, ils déclarent être moins exposés aux efforts physiques dans leur poste de travail). Les femmes, les salariés les plus âgés (avec une augmentation observée dès 30 ans), les employés et les ouvriers sont les catégories de salariés les plus concernées par ces deux affections.

L'observatoire Everest a pour objectif de **connaître les principales caractéristiques des conditions de travail et de la santé des salariés** ainsi que leurs évolutions au cours du temps. Ces critères sont analysés aux niveaux national, régional et local, notamment par sexe, âge, professions et **catégories socioprofessionnelles (PCS)**¹ et par secteur d'activité des entreprises (cf. « Origine de l'observatoire Everest-IEG » page 6). Cette première « Synthèse Everest-IEG » présente successivement les méthodes de l'observatoire, les principaux résultats de l'analyse des données collectées durant la période 2012-2013, une discussion des résultats observés et les perspectives de ce dispositif dans les Industries électriques et gazières (IEG).

MÉTHODES DE L'OBSERVATOIRE EVREST

L'observatoire Everest repose sur l'utilisation d'un **court questionnaire standardisé proposé par les médecins du travail volontaires à une sélection de salariés** à l'occasion de leurs visites périodiques (cf. « Questionnaire Everest-IEG » page 7). Selon le protocole national, cette sélection doit comprendre au minimum tous les salariés nés en octobre des années paires afin de constituer un **échantillon représentatif**² d'environ 4 % des salariés suivis par les médecins participants.

Ces salariés sont revus périodiquement tant qu'ils sont suivis par un médecin participant et constituent ainsi une **cohorte ouverte**.³ Dans les IEG, les médecins du travail suivent un nombre de salariés moins important que dans les services de santé au travail (SST) interentreprises et il a donc été décidé de doubler l'échantillonnage en proposant **à tous les salariés nés en octobre vus en visite périodique** d'être inclus dans Everest. Si un médecin des IEG souhaite renforcer encore son échantillonnage pour augmenter la précision de ses analyses locales, il lui est recommandé d'inclure aussi les salariés nés en avril, plus éventuellement ceux nés en juillet et en janvier. Toutes les données de l'observatoire Everest sont saisies sur un site Web sécurisé. L'observatoire Everest a été **autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)** le 4 mars 2008. Conformément à la loi Informatique et libertés, les salariés sont informés individuellement, via une note d'information écrite, des objectifs et des modalités de l'observatoire et de leurs droits afférents. En outre, des mesures sont prises pour garantir la confidentialité des données collectées. En particulier, un code identifiant non signifiant, ou « clé », est généré pour chaque salarié lors de la saisie afin de pouvoir relier ses différents questionnaires saisis au cours du temps. Seule cette clé est transmise via internet et en aucun cas les noms, prénoms ou toute autre donnée directement identifiante.

1. Classification des métiers créée par l'Insee et utilisée dans la plupart des enquêtes sur le travail. La dernière version (2003) relative aux emplois salariés d'entreprise distingue les cadres, les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers.

2. Échantillon ayant les mêmes caractéristiques que la population que l'on souhaite étudier.

3. Ensemble de sujets ayant des caractéristiques communes suivis dans le temps. Une cohorte est dite « ouverte » quand de nouvelles inclusions peuvent être réalisées au fil du temps.

Tableau 1 : Caractéristiques des salariés de l'échantillon Everest-IEG 2012-2013 et des salariés des IEG (sources : Systèmes d'information RH d'EDF, RTE, GDF Suez et GRTgaz - novembre 2013)

	Échantillon Everest-IEG		Salariés des IEG	
	N	%	N	%
Sexe				
Hommes	6 677	73,6	102 883	73,0
Femmes	2 392	26,4	38 024	27,0
Âge				
≤ 24 ans	428	4,7	9 748	6,9
25-34 ans	2 020	22,3	27 498	19,5
35-44 ans	2 543	28,0	34 588	24,5
45-54 ans	3 152	34,8	50 171	35,6
55 ans et plus	926	10,2	18 902	13,4
Catégories socioprofessionnelles				
Cadres	3 171	35,0	40 294	32,1
Professions intermédiaires	4 550	50,2	60 994	48,5
Employés	574	6,3	6 005	4,8
Ouvriers	773	8,5	18 364	14,6
Valeurs manquantes	2		15 250	
Entreprises				
EDF SA	4 721	52,5	69 610	49,4
ERDF-GRDF	1 992	22,2	50 130	35,6
RTE	725	8,1	8 827	6,3
GDF Suez (renommé Engie en 2015)	32	0,4	6 856	4,9
GRTgaz	800	8,9	3 296	2,3
Elengy	226	2,5	453	0,3
Storengy	364	4,0	945	0,7
Électricité de Strasbourg	89	1,0		
Autres entreprises (PEI, TIRU, etc.)	40	0,4	790	0,6
Valeurs manquantes	80			
Total	9 069	100,0	140 907	100,0



©EDF - Hervé HOTE

RÉSULTATS 2012-2013

Participation des médecins

Entre janvier 2012 et décembre 2013, 98 médecins des IEG ont enregistré 10617 visites Everest correspondant à 9 069 salariés, dont 3127 (34,5 %) nés en octobre (1534 salariés ont été vus 2 ou 3 fois durant ces 24 mois).

Représentativité de l'échantillon

Cet échantillon de 9069 salariés diffère légèrement de la population des salariés des IEG (Tableau ①). Les salariés âgés de 25 à 45 ans, les cadres, les professions intermédiaires et les employés sont surreprésentés alors que les ouvriers sont sous-représentés. De même, les salariés des entreprises EDF SA (représentant 52,5 % de l'échantillon), RTE, GRTgaz, Elenrgy et Storengy sont surreprésentés alors que les salariés d'ERDF-GRDF et GDF Suez sont sous-représentés. Du fait de la participation hétérogène des médecins des IEG durant cette période, les mêmes distorsions de représentativité existent entre certaines structures organisationnelles ou unités.

Analyses internes

Pour ces analyses, seules les données des 9069 salariés de l'échantillon Everest-IEG ont été prises en compte. Les associations, entre d'une part les trois principales caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge et PCS), et d'autre part les principaux critères d'exposition aux contraintes organisationnelles et posturales du poste de travail et les principaux critères de santé (plaintes et signes neuropsychiques et ostéo-articulaires) ont été étudiées.

Expositions aux RPS et atteintes neuropsychiques

Les critères d'exposition aux **risques psychosociaux (RPS)**⁴ ont été classés selon les six axes du Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac *et al*, 2011) :

1. L'intensité du travail et le temps de travail,
2. Les exigences émotionnelles,
3. Le manque d'autonomie,
4. La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail,
5. La souffrance éthique,
6. L'insécurité de la situation de travail.

Les Figures 1 à 5 présentent les proportions de salariés exposés à cinq critères correspondant aux axes 1, 3, 4 et 5 en fonction du sexe, de l'âge (en quatre classes) et de la PCS.

> 80% de cadres dépassent souvent les horaires normaux (Fig. ①)

Globalement, c'est-à-dire sur l'ensemble de l'échantillon Everest-IEG, 53,4 % des salariés ont répondu « dépasser les horaires normaux assez ou très souvent en raison de la charge de travail ». Cette proportion est plus élevée chez les cadres et plus basse chez les employés et ouvriers. En revanche, cette proportion ne paraît pas associée à l'âge, hormis chez les femmes cadres où elle croît avec l'âge.

> 50% des employés ne peuvent pas choisir la façon de procéder (Fig. ②)

Globalement, 27,3 % des salariés ont répondu « ne pas du tout ou plutôt pas pouvoir choisir eux-mêmes la façon de procéder ». Cette proportion est plus élevée chez les employés que chez les ouvriers et les professions intermédiaires et plus élevée dans les professions intermédiaires que chez les cadres. Par ailleurs, cette proportion diminue légèrement avec l'âge.

4. Risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Les RPS correspondent à des situations de travail où sont présents de manière combinée ou non du stress, des violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel, conflits) et/ou des violences externes (insultes, menaces, agressions issues de personnes extérieures à l'entreprise).

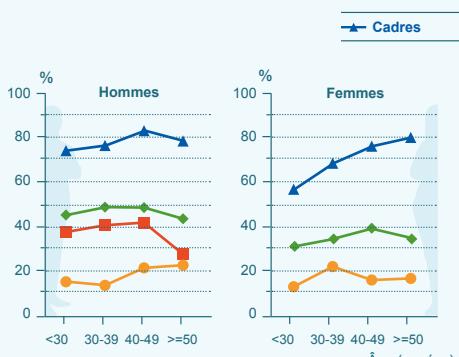


Figure ① : Proportions de salariés exposés aux dépassements des horaires normaux (RPS - axe 1. Intensité du travail)

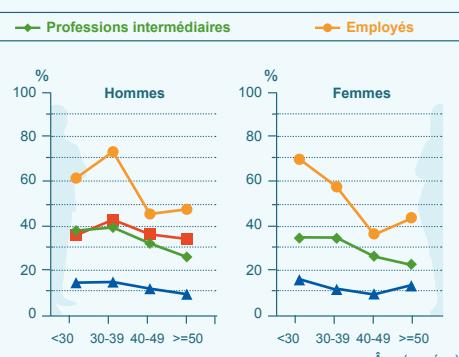


Figure ② : Proportions de salariés exposés au manque de choix dans la façon de procéder (RPS - axe 3. Manque d'autonomie)

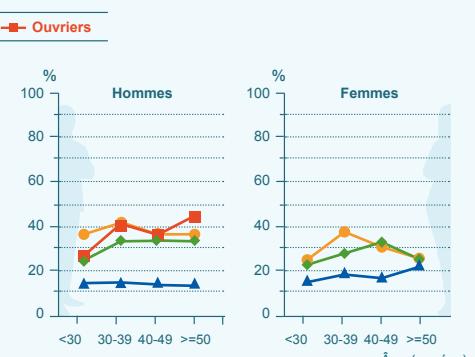


Figure ③ : Proportions de salariés exposés au manque de reconnaissance professionnelle (RPS - axe 4. Mauvaise qualité des rapports sociaux)

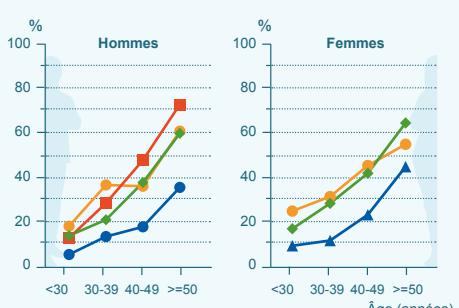


Figure ④ : Proportions de salariés exposés au manque de perspectives professionnelles (RPS - axe 4. Mauvaise qualité des rapports sociaux)

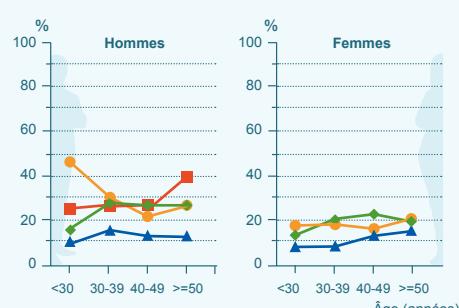


Figure ⑤ : Proportions de salariés exposés à devoir faire des choses qu'ils désapprouvent (RPS - axe 5. Souffrance éthique)

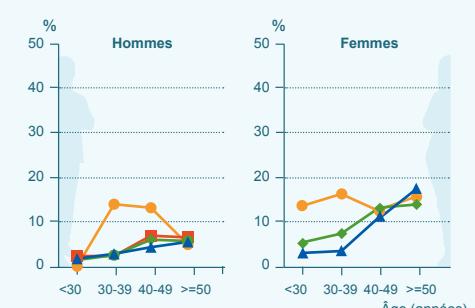


Figure ⑥ : Prévalence des troubles neuropsychiques diagnostiqués et/ou traités

> Plus d'un quart des salariés considère que leur travail n'est pas reconnu (Fig. ③)

Globalement, 26,6 % des salariés ont répondu « ne pas du tout ou plutôt pas avoir le sentiment que dans l'ensemble, leur travail est reconnu par leur entourage professionnel ». Cette proportion est plus élevée chez les employés et ouvriers que dans les professions intermédiaires et plus élevée dans les professions intermédiaires que chez les cadres. En particulier, cette proportion atteint 45 % chez les ouvriers de 50 ans et plus.

> Le sentiment d'absence de perspectives professionnelles augmente avec l'âge (Fig. ④)

Globalement, 32,5 % des salariés ont répondu « ne pas du tout ou plutôt pas avoir le sentiment d'avoir des perspectives dans leur métier ou dans leur entreprise ». Cette proportion augmente très fortement avec l'âge. Clairement, le sentiment d'avoir des perspectives professionnelles, et probablement aussi les perspectives elles-mêmes, s'amenuisent avec l'âge. Cette proportion est aussi plus élevée chez les employés et ouvriers et plus basse chez les cadres.

> Plus de 20% des salariés disent devoir faire des choses qu'ils désapprouvent (Fig. ⑤)

Globalement, 20,5 % des salariés ont répondu « tout à fait ou plutôt devoir faire des choses qu'ils désapprouvent ». Cette proportion est plus élevée chez les employés, les ouvriers et les professions intermédiaires que chez les cadres.

> Les troubles neuropsychiques concernent plus fréquemment les femmes et les employés (Fig. ⑥)

Globalement, 6,1 % des salariés présentaient au moins un signe ou trouble neuropsychique (fatigue-lassitude, anxiété-nervosité et/ou troubles du sommeil) diagnostiqué et/ou traité. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge. Elle est aussi plus élevée chez les employés que dans les autres catégories socioprofessionnelles.

Expositions aux contraintes posturales et troubles ostéo-articulaires

Les Figures 7 et 8 présentent les proportions de salariés exposés à deux types de charges physiques du poste de travail, facteurs de risque de **troubles musculosquelettiques (TMS)**.⁵ Les troubles ostéo-articulaires ont été étudiés selon deux localisations : d'une part le membre supérieur incluant l'épaule, le coude, le poignet et la main et d'autre part le rachis incluant vertèbres cervicales et dorsolombaires (Figures 9 et 10).

> Près de 50% des ouvriers sont exposés à des postures contraignantes (Fig. ⑦)

Globalement, 16,7 % des salariés ont répondu que leur poste de travail présentait « parfois ou souvent des postures contraignantes difficiles ou pénibles ». Cette proportion est nettement associée à la PCS : elle est plus élevée chez les ouvriers et plus basse chez les cadres. Cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes. En revanche, cette proportion ne paraît pas associée à l'âge.

> 40% des ouvriers sont exposés à des efforts et/ou au port de charges lourdes (Fig. ⑧)

Globalement, 10,7 % des salariés ont répondu que leur poste de travail présentait « parfois ou souvent des efforts et/ou le port de charges lourdes difficiles ou pénibles ». Cette proportion est plus élevée chez les ouvriers et professions intermédiaires et plus basse chez les employés et les cadres. Cette proportion apparaît aussi plus élevée chez les hommes. En revanche, elle ne paraît pas associée à l'âge.

> Les troubles ostéo-articulaires du membre supérieur et du rachis augmentent avec l'âge et concernent plus fréquemment les ouvriers (Fig. ⑨ & ⑩)

Globalement, 9,4 % des salariés présentaient un trouble ostéo-articulaire du membre supérieur et 15,6 % un trouble ostéo-articulaire du rachis. Ces prévalences sont plus élevées chez les femmes et augmentent avec l'âge. Elles sont aussi plus élevées chez les employées et les ouvriers que chez les cadres.

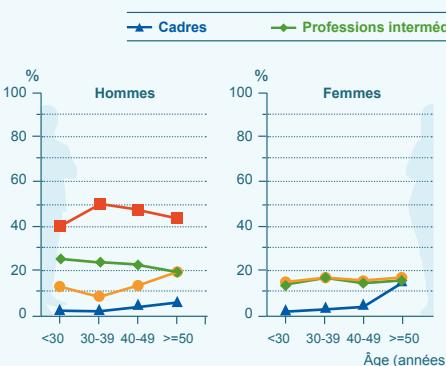


Figure ⑦ : Proportions de salariés exposés aux postures contraignantes difficiles ou pénibles

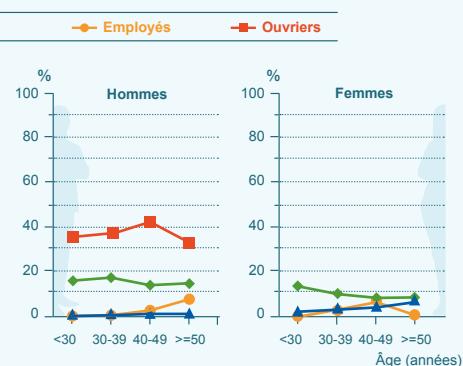


Figure ⑧ : Proportions de salariés exposés aux efforts et/ou port de charges lourdes difficiles ou pénibles

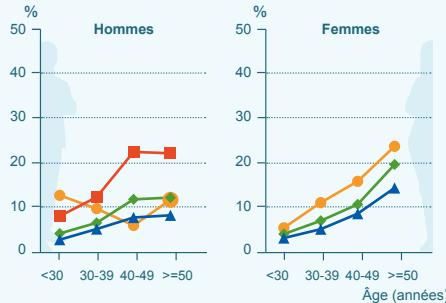


Figure ⑨ : Prévalence des troubles ostéo-articulaires du membre supérieur

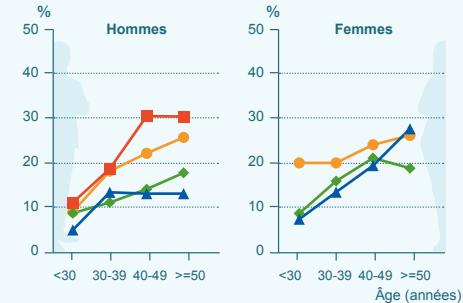


Figure ⑩ : Prévalence des troubles ostéo-articulaires du rachis

Synthèse des analyses internes

Des analyses multivariées ont été réalisées afin d'estimer les associations propres de chaque facteur (sexe, âge et PCS) avec les critères d'exposition et de santé sélectionnés. Concernant le sexe, il apparaît que les proportions de salariés exposés aux RPS et aux TMS sont peu différentes entre les hommes et les femmes. En revanche, les troubles ostéo-articulaires du membre supérieur et du rachis et plus encore les atteintes neuropsychiques sont plus fréquents chez les femmes.

Concernant l'âge, hormis l'absence de choix sur la façon de procéder, les expositions aux RPS sont majorées dès 30 ans puis n'augmentent plus avec l'âge (hormis le sentiment d'absence de perspectives). Les postures contraignantes, les efforts et le port de charges lourdes difficiles ou pénibles n'apparaissent pas associés à l'âge. En revanche, les troubles ostéo-articulaires du membre supérieur et du rachis et les atteintes neuropsychiques augmentent graduellement dès 30 ans. Enfin concernant la PCS, les ouvriers et employés et dans une moindre mesure les professions intermédiaires sont plus fréquemment exposés aux RPS et aux contraintes posturales que les cadres (hormis pour l'axe 1 « Intensité du travail » pour lequel les cadres sont plus fréquemment exposés). **Les prévalences**⁶ d'atteintes neuropsychiques et plus encore de troubles ostéo-articulaires sont plus élevées chez les ouvriers et employés que dans les professions intermédiaires et chez les cadres.

Comparaisons externes

Les résultats des analyses des données Everest-IEG 2012-2013 ont été comparés aux résultats publiés dans la 6^e édition du Rapport descriptif national (Leroyer *et al.*, 2014) portant sur 24 903 salariés vus durant la même période par 980 médecins (travaillant pour la plupart dans des SST interentreprises). La proportion d'hommes est nettement plus importante dans l'échantillon Everest-IEG (74 %) que dans l'échantillon national Everest 2012-2013 (57 %). La proportion de salariés âgés de plus de 44 ans est aussi plus importante dans l'échantillon IEG (45 % versus 38 %). Enfin les proportions de cadres et de professions intermédiaires sont nettement plus importantes dans l'échantillon IEG (respectivement 35 et 50 % versus 15 et 25 %) au détriment des employés et des ouvriers.

Pour sept des 10 critères d'exposition aux RPS retenus, on observe une plus grande proportion de salariés exposés dans les IEG que dans l'échantillon national Everest (Fig. 11). Cette surproportion est particulièrement marquée pour les 3 premiers critères représentant l'axe 1 « Intensité du travail et temps de travail ». En revanche, il n'est pas observé de différence pour un des critères de l'axe 4 « Mauvaise qualité des rapports sociaux au travail » ni pour l'axe 5 « Souffrance éthique ». Enfin les salariés des IEG sont moins exposés que ceux de l'échantillon national Everest pour l'axe 6 « Insécurité de la situation de travail ». Concernant les trois critères retenus de charge physique du poste de travail (postures contraignantes; effort et port de charges lourdes; gestes répétitifs), globalement les salariés des IEG sont nettement moins exposés que les salariés de l'échantillon national Everest. Cependant, lorsque l'on restreint l'analyse aux ouvriers, les expositions aux postures contraignantes et aux efforts et port de charges lourdes sont similaires dans les deux populations.

Pour cinq des six critères de santé retenus, on observe une proportion inférieure de salariés atteints dans les IEG comparée à l'échantillon national Everest (Fig. 12). Cette sous-proportion est particulièrement marquée pour les troubles ostéo-articulaires du membre supérieur et du rachis. En revanche, pour les trois critères retenus de trouble neuropsychique (fatigue-lassitude, anxiété-nervosité et troubles du sommeil), les écarts sont moins nets. Enfin la proportion de salariés obèses, définis par un **indice de masse corporelle (IMC)**⁷ égal ou supérieur à 30, est légèrement inférieure dans les IEG que dans l'échantillon national Everest.

5. Maladies plurifactorielles, souvent à caractère professionnel, affectant les muscles, les tendons et les nerfs des membres supérieurs, du dos ou des membres inférieurs. Les TMS s'expriment par de la douleur, de la raideur, de la maladresse ou une perte de force. Les plus fréquents sont le syndrome du canal carpien (poignet), les tendinites (épaules, coudes, etc.) et les atteintes du rachis (lombalgies).
6. Proportion de sujets présentant une maladie particulière dans une population à un moment donné.
7. Grandeur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne. (IMC = Poids/Taille²). Chez l'adulte, l'obésité est définie classiquement par un IMC égal ou supérieur à 30.

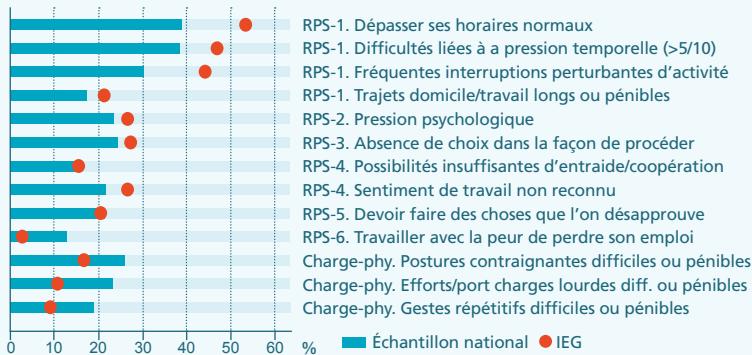


Figure 11 : Proportions globales de salariés exposés dans l'échantillon national Everest et dans l'échantillon Everest-IEG 2012-2013

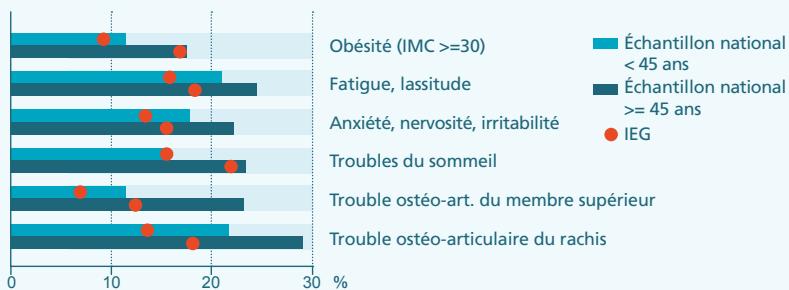


Figure 12 : Prévalences de salariés présentant des pathologies dans l'échantillon national Everest et dans l'échantillon Everest-IEG 2012-2013



DISCUSSION

Forces et limites de l'observatoire Everest

La grande force des enquêtes réalisées par les médecins du travail est l'absence de refus de participation des salariés. Cependant, la non-participation à Everest de la moitié des médecins des IEG en 2012-2013 et les modalités d'échantillonnage variables des médecins participants ne permettent pas de garantir la représentativité de l'échantillon Everest-IEG en termes d'entreprises et de structures organisationnelles et nécessitent d'être prudent dans l'extrapolation des résultats. Ce **biais**⁸ de sélection n'est toutefois pas de nature à affecter les analyses des associations entre les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge et PCS) d'une part et les critères d'exposition et de santé d'autre part. Pour réduire ce biais, il est souhaitable que le maximum de médecins des IEG participe à Everest et propose systématiquement le questionnaire à tous les salariés nés en octobre lors de chaque visite périodique.

La première partie du questionnaire, en principe complétée par les salariés, ne mesure pas objectivement les expositions, mais la connaissance et le vécu qu'en ont les salariés. Concernant les RPS, il est généralement admis que c'est le vécu des salariés qui est le plus potentiellement pathogène et donc le plus pertinent de mesurer. Cependant, il peut exister des liens complexes entre expositions et pathologies. En particulier, si expositions et maladies sont mesurées simultanément, on ne peut exclure qu'une maladie (par exemple une dépression) modifie la perception des expositions (en particulier les RPS). Concernant la seconde partie du questionnaire correspondant aux critères de santé, il peut exister des différences de sensibilité entre médecins pour relever certaines pathologies, en particulier pour les notions de fatigue, lassitude, nervosité, irritabilité qui n'ont pas de définition précise.

Comparaisons aux autres études réalisées dans les IEG

Les Quinzaines des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) mises en œuvre par l'Institut de veille sanitaire et l'inspection médicale du travail constituent un autre dispositif national de surveillance des pathologies liées au travail. Une ou deux fois par an, durant deux semaines consécutives, les médecins du travail volontaires enregistrent les pathologies qu'ils considèrent imputables au travail.

Dans les IEG, un groupe de médecins a coordonné des Quinzaines MCP en 2008, 2010 et 2012 (Desobry *et al.*, 2012). La prévalence de souffrance psychique observée lors de ces trois éditions a été de 4,5 %, soit deux à trois fois plus que dans les Quinzaines réalisées par l'InVS dans les régions participantes. Ces résultats contrastent avec ceux observés dans Everest-IEG où les prévalences des troubles neuropsychiques sont inférieures à celles observées dans l'échantillon national Everest. Il est possible que les salariés des IEG soient moins atteints de souffrance psychique que la population générale de salariés, mais que la prévalence de salariés atteints de souffrance psychique considérés par les médecins comme imputables au travail soit plus importante. Cette hypothèse est soutenue par la forte exposition aux RPS (en particulier l'intensité du travail) observée dans les IEG. Par ailleurs, dans Everest-IEG et les Quinzaines MCP IEG, les prévalences de femmes atteintes de souffrance psychique sont 1,5 à 2,5 fois plus élevées que chez les hommes. Enfin, les prévalences de salariés atteints de souffrance psychique augmentent de manière continue avec l'âge et sont 3 à 5 fois plus élevées après 50 ans qu'avant 30 ans.

La prévalence des TMS observée lors des trois éditions des Quinzaines MCP dans les IEG a été de 1,8 %, soit deux fois moins que dans les Quinzaines réalisées par l'InVS dans les régions. Les prévalences de troubles ostéo-articulaires du membre supérieur et du rachis observées dans Everest IEG sont également moindres que celles observées dans Everest national. Par ailleurs de manière concordante dans Everest-IEG et les Quinzaines MCP IEG, les femmes sont légèrement plus atteintes de troubles ostéo-articulaires que les hommes. Enfin, on observe aussi de manière concordante une augmentation continue des prévalences avec l'âge et un fort gradient selon la PCS, les employés et ouvriers étant 2 à 3 fois plus atteints que les cadres.

Bilan et perspectives

Les résultats présentés dans le deuxième rapport Everest-IEG (2012-2013) confirment les grandes tendances décrites dans le premier rapport (2009-2011). Outre ses objectifs de connaissance, l'observatoire Everest a pour finalité d'aider les partenaires sociaux à formuler des propositions d'actions de prévention collective. À cet égard, de nombreux résultats ont été présentés dans les entreprises concernées tant au niveau local que national. Everest permet enfin aux SST des entreprises des IEG de s'intégrer dans un dispositif de surveillance sanitaire et de recherche auquel participent plus de 800 médecins du travail des SST interentreprises de toutes les régions françaises et plusieurs institutions fortement engagées dans l'étude de la santé au travail. Ce partenariat devrait continuer à se développer sous réserve du maintien, voire du renforcement, de la participation des médecins des IEG à Everest.

8. Écart systématique entre une estimation (par exemple l'intensité de l'association entre un facteur de risque et une maladie) et sa vraie valeur. Classiquement, les biais sont dus à des distorsions dans la sélection des populations étudiées ou dans la mesure des facteurs étudiés.

ORIGINE DE L'OBSERVATOIRE EVEREST-IEG

L'observatoire Everest (pour « EV-olutions et Relations En Santé au Travail ») a été créé en 2002 par des médecins du travail de l'entreprise EADS (devenue depuis « Groupe Airbus ») et des experts du Centre d'Études de l'Emploi pour suivre les expositions professionnelles et la santé des salariés d'EADS. En 2007, ce dispositif a été expérimenté dans plusieurs SST interentreprises de la région Nord-Pas-de-Calais, puis il a été étendu aux SST de l'ensemble des régions françaises à compter de 2008. Dans chaque région, un médecin du travail dit « référent » est chargé de promouvoir l'observatoire auprès de ses collègues.

Encouragé par les partenaires sociaux d'EDF SA, un groupe de médecins de travail s'est constitué en 2008 pour mettre en œuvre Everest dans les IEG. En 2009, une « région » supplémentaire, intitulée « IEG », a été créée afin de faciliter l'animation du réseau et l'analyse des données dans les IEG. Cette région concerne les salariés des entreprises des groupes EDF et Engie disposant de SST autonomes, c'est-à-dire la très large majorité des 150 000 salariés des IEG.

QUESTIONNAIRE EVREST-IEG

7. Êtes-vous exposé à :		Oui, Non	Oui, Non	Oui, Non	Oui, Non		
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	Brut > 80dB	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves...)	<input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	Interférences	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?

Si oui, était-ce :

- en rapport avec votre travail actuel
- en rapport avec un futur poste
- une formation d'intérêt général

2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui, Non,

2. Consommation usuelle :

Tabac (tore de cigu) :	Non fumeur, <input type="checkbox"/>	Ancien fumeur, <input type="checkbox"/>	Moins de 5 cig., <input type="checkbox"/>	5 à 15 cig., <input type="checkbox"/>	> 15 cig., <input type="checkbox"/>
Café (tore de tasses/jour) :	Pas de café, <input type="checkbox"/>	1 à 4 tasses, <input type="checkbox"/>	Plus de 4 tasses, <input type="checkbox"/>		

3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ? Oui, Non,

État de santé actuel = les 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmier(e))

Questionnaire renseigné par : le médecin, l'infirmier(e),

Dernier entretien systématique (ou d'embauche) il y a : 1_ années(s) (si jamais d'entretien ou entraînement <1 an)

Lien avec le travail actuel : 0 = aucun lien / 1 = peu probable / 2 = peu probable / 3 = lien certain

Poids : <u> </u> kg Taille : <u> </u> cm	Pratiques ou signes cliniques au cours des 7 derniers j.	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	Lien avec le travail actuel
Cardio respiratoire				
RAS <input type="checkbox"/> - appareil respiratoire	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - appareil cardio-vasculaire	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - HTA	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
Neuro-psychique				
RAS <input type="checkbox"/> - fatigue, lassitude	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - anxiété, nervosité, irritabilité	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - troubles du sommeil	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - Digestif	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
Ostéo-articulaire				
RAS <input type="checkbox"/> - épaule	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - coude	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - poignet / main	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - membres inférieurs	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - vertèbres cervicales	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
RAS <input type="checkbox"/> - vertèbres dorso-lombaires	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1
Dermatologie				
RAS <input type="checkbox"/> Troubles de l'audition	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/>	1_1

Questionnaire réalisé dans le cadre du protocole Erest

Date du jour : ___ / ___ / ___

Nom du Médecin: _____

SST : _____

SAISIE

Questionnaire complémentaire IEG (à remplir par le salarié)

Pour les questions suivantes, saisissez le chiffre correspondant le mieux à votre réponse :

0 = Non pas du tout / 1 = Plutôt non / 2 = Plutôt oui / 3 = Oui tout à fait

(Q1) Avez-vous le sentiment d'avoir des perspectives dans votre métier ou dans votre entreprise ? | .. |

(Q2) Trouvez-vous du sens et de l'intérêt dans le travail que vous effectuez ? | .. |

(Q3) Pour effectuer votre travail, avez-vous des objectifs et des consignes clairement définis ? | .. |

(Q4) Pouvez-vous agir sur votre organisation de travail en exprimant votre point de vue et en faisant des suggestions ? | .. |

(Q5) Pouvez-vous coter votre ambiance de travail ?

Très mauvaise | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très bonne (Entourer un chiffre)

Questionnaire complémentaire au questionnaire Erest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Erest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses)
- prévoir dès le départ la case que vous allez utiliser (et la noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quel correspondront les données saisis dans cette partie du questionnaire

(Q6) | .. |

(Q7) | .. |

(Q8) | .. |

(Q9) | .. |

(Q10) | .. |

Questionnaire réalisé dans le cadre du protocole Erest

Les données sont collectées à l'aide d'un questionnaire de 3 pages.

La première partie est un autoquestionnaire qui porte sur le temps de travail, l'appréciation du travail, les contraintes physiques, les expositions du poste, la formation professionnelle et le mode de vie.

La seconde partie, complétée par le médecin du travail ou par l'infirmier s'il réalise des entretiens périodiques, porte sur l'existence ou non de signes cliniques (cardio-respiratoires, neuropsychiques, digestifs, ostéo-articulaires, dermatologiques et ORL), leurs conséquences éventuelles et leurs liens avec le travail.

À compter de janvier 2011, une 3^e page a été ajoutée afin de permettre aux médecins ou groupes de médecins qui le souhaitent de définir jusqu'à 10 questions complémentaires pour leur propre usage. Dans la région IEG, six questions portant sur des aspects des RPS qui semblaient insuffisamment explorés ont ainsi été ajoutées.

Références

1. Gollac M, Bodier M et al. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. 2011.
<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>
2. Desobry P et al. Surveillance des maladies à caractère professionnel : mise en œuvre du protocole des Quinzaines MCP dans des entreprises françaises du secteur de l'énergie. Bull Epidemiol Hebdo. 2012; 22 -23:260-3.
3. Leroyer A, Everest - Rapport descriptif national 2012-2013. Juillet 2014.
http://evrest.alamarge.org/_front/Pages/page.php?cat=4&item=14&page=31

Pour en savoir plus

Toutes les informations, documentations et publications concernant l'observatoire Everest sont disponibles sur le site Everest :

<http://evrest.alamarge.org/>

Concernant l'observatoire Everest-IEG et les Quinzaines MCP dans les IEG les rapports et plaquettes synthétiques sont disponibles dans la communauté « Santé & Travail » de l'intranet « Vivre EDF online » (taper « Everest » ou « MCP » dans le champ de recherche) :

<https://intranet.edf.fr/>

Ils peuvent aussi être adressés sur simple demande aux membres du groupe de travail Everest-IEG.

Remerciements

Au GIS Everest, aux médecins référents régionaux, aux statisticiens, à l'Équipe Projet Nationale Everest et au médecin coordinateur, le Dr. Ariane Leroyer, pour la fourniture du protocole Everest et les conseils prodigués dans sa mise en œuvre.

Aux médecins du travail des SST autonomes des entreprises des groupes EDF et Engie et à leurs équipes pour leur participation.

À l'entreprise EDF SA pour son soutien matériel à la coordination de l'observatoire Everest-IEG.

GIS Everest

L'observatoire Everest est piloté par un Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) réunissant les huit partenaires suivants :

- l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)
- le Centre d'Études de l'Emploi (CEE)
- le Centre Interservices de Santé et Médecine du travail en Entreprises (CISME)
- l'entreprise EDF SA (depuis 2014)
- le groupe Airbus
- l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)
- l'Université de Lille 2

Groupe de travail Everest-IEG

Médecins référents : Drs. Jean Phan Van et Michel Dessery

Médecins du travail : Drs. Marie-Françoise Boursier, Jean-Pierre Buzin, Philippe Demeaux, Patrick Desobry, Suzanne Durand, Isabelle Lambert, France Monredon et Patricia Regagnon Essig.

Épidémiologiste : Dr. Thierry Calvez

Pour toute correspondance, adresser un message aux 3 adresses suivantes :

jean.phan-van@edf.fr,
michel.dessery@erdf-grdf.fr,
thierry.calvez@edf.fr



EDF SA
22-30 avenue de Wagram
75382 Paris cedex 08 - France
Capital de 930 004 234 euros
552 081 317 RCS Paris
www.edf.com

DRH Groupe - Direction Emploi et Développement des Salariés
Pôle Santé et Sécurité - Département expertises
45 rue Kléber
Immeuble Carré Vert
92300 Levallois-Perret - France