



35^{ème} CONGRÈS
DE MÉDECINE
ET SANTÉ
AU TRAVAIL

5 AU 8 JUN 2018

PALAIS DES CONGRÈS CHANOT

MARSEILLE



Démarche collective et concertée d'évaluation de la santé, des conditions de travail et des mesures de prévention dans les drives de la grande distribution

Dr F. Tone, Pôle Santé Travail Métropole Nord, Lille
K. Wloch, Pôle Santé Travail Métropole Nord, Lille
Dr A. Leroyer, Université de Lille / CHU Lille
Les 16 équipes santé travail participantes



35^{ème} CONGRÈS
DE MÉDECINE
ET SANTÉ
AU TRAVAIL

5 AU 8 JUIN 2018

PALAIS DES CONGRÈS CHANOT

MARSEILLE



DÉCLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

Conférencier : Florian, TONE, Pole Santé Travail Métropole Nord

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

ORIGINE DE LA DEMANDE ET RECUEIL DES DONNÉES

ORIGINE DE LA DEMANDE

Dans le cadre du projet de service de Pôle Santé Travail, en partenariat avec la CARSAT, mise en place d'une étude épidémiologique visant à analyser des aspects de la santé et des conditions de travail des salariés des Drives de la grande distribution.

RECUEIL DES DONNÉES (2016-2017)



3 types de questionnaires à compléter :

- 1 questionnaire employeur comportant des **INDICATEURS DE TYPE RH** (absentéisme, sinistralité, turn-over, fréquentation client)
- 1 questionnaire employeur dirigé vers les **ACTIONS DE PRÉVENTION**
- 1 questionnaire salarié sur les **CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA SANTÉ (EVREST)**

RAPPEL DU QUESTIONNAIRE EVREST (3 PARTIES)

- Une partie sur les **CONDITIONS DE TRAVAIL, FORMATION, MODE DE VIE**
- Une partie sur **L'ÉTAT DE SANTÉ**
- Une partie avec des **QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES** spécifiques au DRIVE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M/F/___ Date nais : ___/___/___
 Dép. naissance : ___ Salarié : ___ Contrat : Cdt ou assimilé Autre PCS/ISEI : ___
 Entreprise : ___ NAF2008 : ___ Nb salariés : ___
 Etablissement de type : Privé Public
 Atelier (activité) : _____ (Champ libre facultatif)

Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ?
 Si oui, était-ce pour raison médicale ?

Oui Non
 Si oui, Oui Non

2. Travaillez-vous à temps plein ?
 Oui Non

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ?
 Avez-vous régulièrement :
 - Des coupures de plus de 2 heures : Oui Non
 - Des horaires décalés (ni le matin, ni le soir) : Oui Non
 - Des horaires irréguliers ou alternés : Oui Non
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) : Oui Non

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ?
 Oui Non

4. Contrainte de temps :
 a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :
 - Dépasser vos horaires normaux : Jamais Rarement Assez souvent Très souvent
 - Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause : Jamais Rarement Assez souvent Très souvent
 - Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin : Jamais Rarement Assez souvent Très souvent

b) Pouvez-vous oter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se précipiter, faire tout très vite) ?
 Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très souvent (Entourer le chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?
 Oui Non

Si oui, indiquez-vous que cette interruption d'activité :
 - perturbe votre travail : Oui Non
 - est un aspect positif de votre travail : Oui Non

5. Appréciations sur votre travail :

Non pas du tout, Jamais, Rarement, Assez souvent, Très souvent

- Votre travail vous permet d'apprendre des choses :

- Votre travail est varié :

- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder :

- Vous avez des possibilités suffisantes d'aide, de soutien :

- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité :

- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel :

- Vous devez faire des choses que vous détestez :

- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi :

- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail :

6. Charge physique du poste de travail. Votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Questionnaire réalisé dans le cadre du protocole Evrest

Etes-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"/>	Bruit - édB <input type="checkbox"/>	Froid intense <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves...) <input type="checkbox"/>				
Tx ionisants <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle <input type="checkbox"/>	Intempéries <input type="checkbox"/>					
Vibrations <input type="checkbox"/>	Consulte routière prolongée <input type="checkbox"/>	Pression psychologique <input type="checkbox"/>					

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?
 Si oui, était-ce :
 - en rapport avec votre travail actuel : Oui Non
 - en rapport avec un futur poste : Oui Non
 - une formation d'intérêt général : Oui Non

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

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 (nombre de cigarettes) : Non fumeur Ancien fumeur Moins de 5 cig./j 6 à 15 cig./j + 15 cig./j
 Café (nombre de tasses/jour) : Pas de café 1 à 3 tasses Plus de 4 tasses

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

Etat 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 : ___ année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien < 1 an)

Poids : ___ kg	Taille : ___ cm	Ruisselles ou signes cliniques au cours des 7 derniers jours	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soins	(Ouvrir le livre, feuilleter)
RAS <input type="checkbox"/>	Cardio-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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
RAS <input type="checkbox"/>	Neuro-psychique	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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
RAS <input type="checkbox"/>	Ostéo-articulaire	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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
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, 2, 3
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	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, 2, 3
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, 2, 3

(Q1) La préparation des commandes s'effectue :
 En entpôt En magasin A la fois en magasin et dans une zone de stockage

(Q2) La préparation des commandes s'effectue :
 En 1 seul temps : la commande est préparée dans un chariot et déposée dans un espace de stockage
 En 2 temps : surgels, frais, petit PSC / volumiques réservés

(Q3)

	L'outil de préparation principalement utilisé (une seule réponse)	Son utilisation est-elle pénible ?
Papier crayon et listing de préparation	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Terminal de saisie au poignet	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Terminal de saisie à main	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commande vocale	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pistolet avec scan intégré	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> si oui → <input type="checkbox"/> si non →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(Q4) En tant que salarié, vous assurez principalement :
 L'approvisionnement des stocks
 La préparation des commandes et la livraison
 L'entretien des activités d'approvisionnement, de préparation et livraison
 L'coordination de l'équipe
 L'accueil client et gestion des litiges

(Q5) Le poste de préparation des commandes est :
 Un chariot caddy classique
 Un chariot caddy type enseigne de brochage
 Un chariot de transport avec bacs encastrables et tiron
 Un chariot avec barres de guidage et support sacs
 Un chariot à fond constant

(Q6) Avez-vous des difficultés à manipuler ces chariots ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours

Si réponse « souvent » ou « toujours », veuillez noter la raison principale : _____

(Q7) Les prises de références, au niveau des racks, s'effectuent le plus souvent :
 Dans une zone de préhension confortable, c'est-à-dire entre le niveau des genoux et des épaules
 En-dessous du niveau des genoux et/ou au-dessus du niveau des épaules

(Q8) Le client participe-t-il à la dépose dans le coffre ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours

(Q9) Est-ce :
 Plus un avantage
 Plus une gêne

(Q10) Vous sentez-vous en sécurité en zone de livraison :
 Oui Non

Si réponse « oui », précisez pourquoi : _____

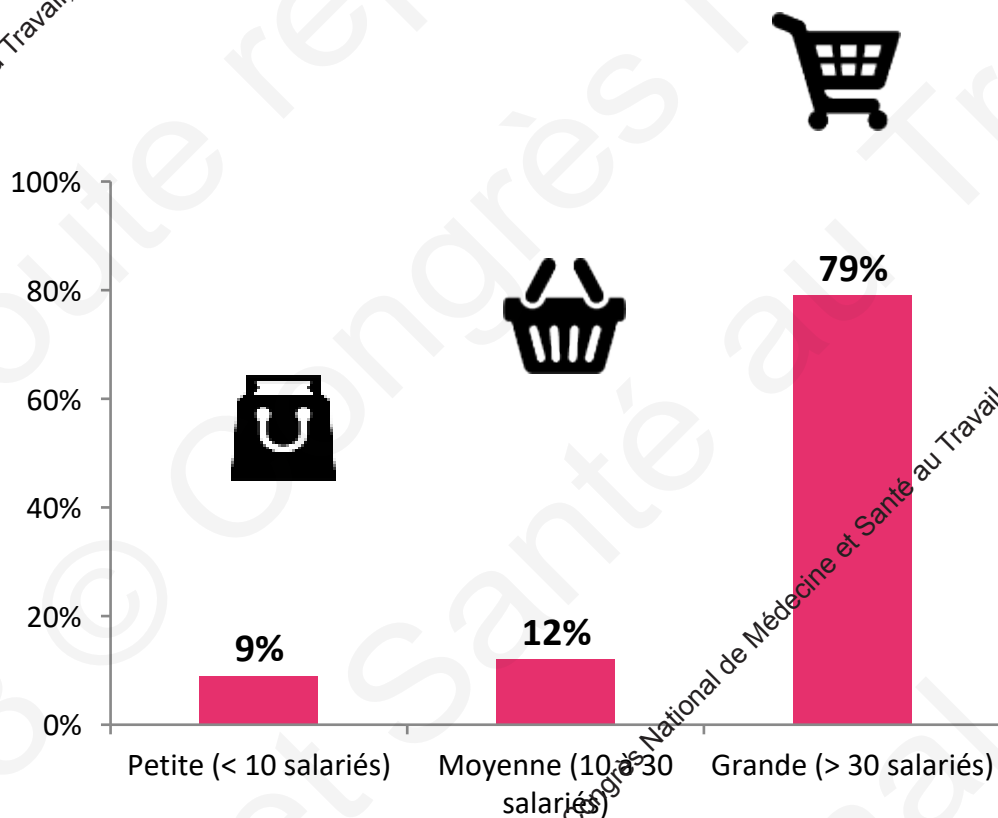
RECUEIL DES DONNÉES

DIFFICULTÉ DE RECENSEMENT DES DRIVES

- **33** entités DRIVES - **27** équipes concernées
- **16** entités DRIVES répondantes
- **400** salariés interrogés

RECUEIL DES DONNÉES

RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PAR ENTITÉS ET STRUCTURES



INDICATEURS « RH »

	Mini	Maxi	Moyenne
Absentéisme (12 mois précédents en %)	0%	11%	3.9%
Turn-over (12 mois précédents en %)	0%	81%	17.9%
Fréquentation journalière (sur le mois précédent)	8 clients	572 clients	183.5 clients
Nombre de prélèvements (à l'heure)	4	414	148.7
Temps d'attente client (en minutes)	2 min	5 min	3.7 min

INDICATEURS « ACTIONS DE PRÉVENTION »

8/16 des drives ont fait l'objet d'une évaluation des risques spécifiques

Suite à cette évaluation un plan d'action a été effectué

Parmi les risques spécifiés on relève :

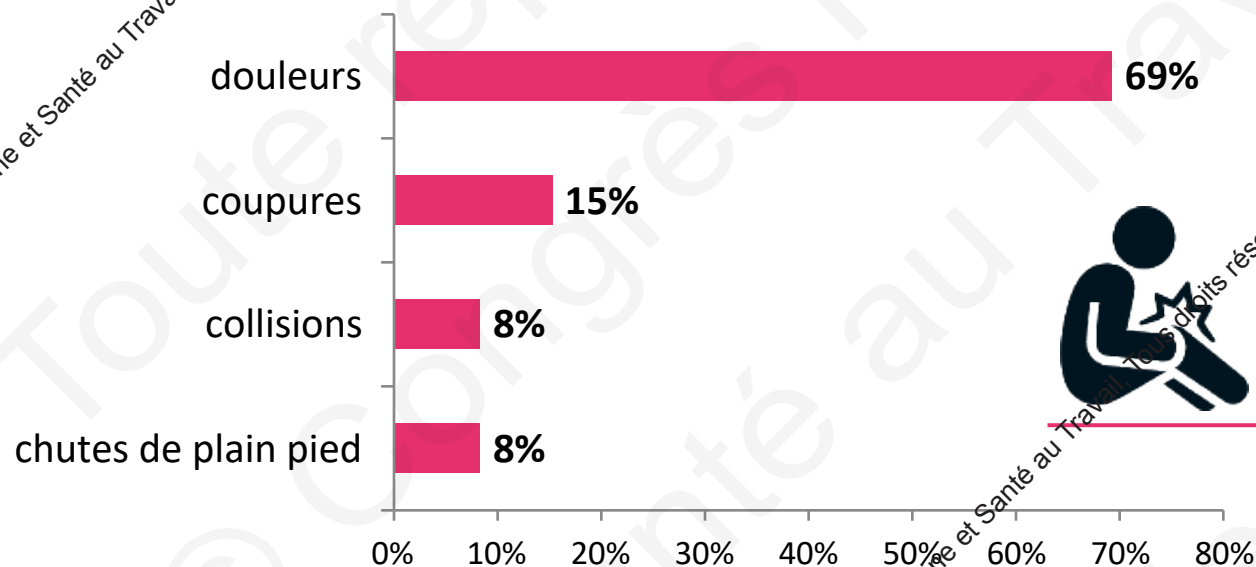
- Les chutes d'articles
- Les ports de charges (douleurs dorsales)
- Déplacement (glissades)
- Gestes répétitifs
- Les cadences de travail élevées



86% des salariés sont formés à la prévention des risques auxquels ils sont exposés

INDICATEURS « ACTIONS DE PRÉVENTION »

Type d'AT les plus fréquents



79% des AT ont fait l'objet d'une analyse.

Des actions ont également été menées pour réduire la fréquence des AT.



QUI SONT LES SALARIÉS DES DRIVES ?

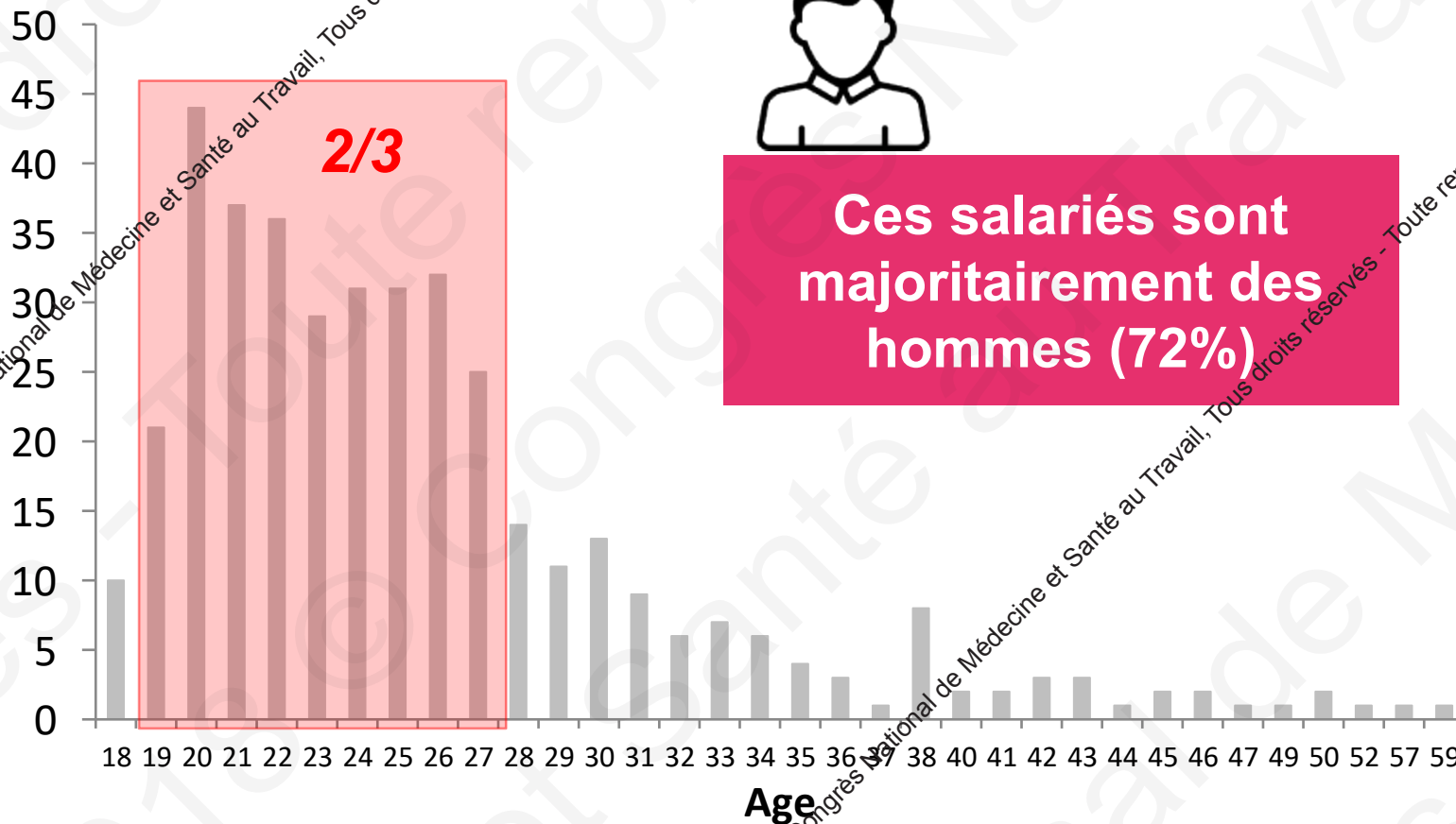


**PÔLE
SANTÉ
TRAVAIL**

Métropole Nord

Carsat Retraite
& Santé
au travail
Nord - Picardie

52% DES SALARIÉS DES DRIVES ONT UN ÂGE INFÉRIEUR OU ÉGAL À 24 ANS





LA SANTÉ DES SALARIÉS DES DRIVES



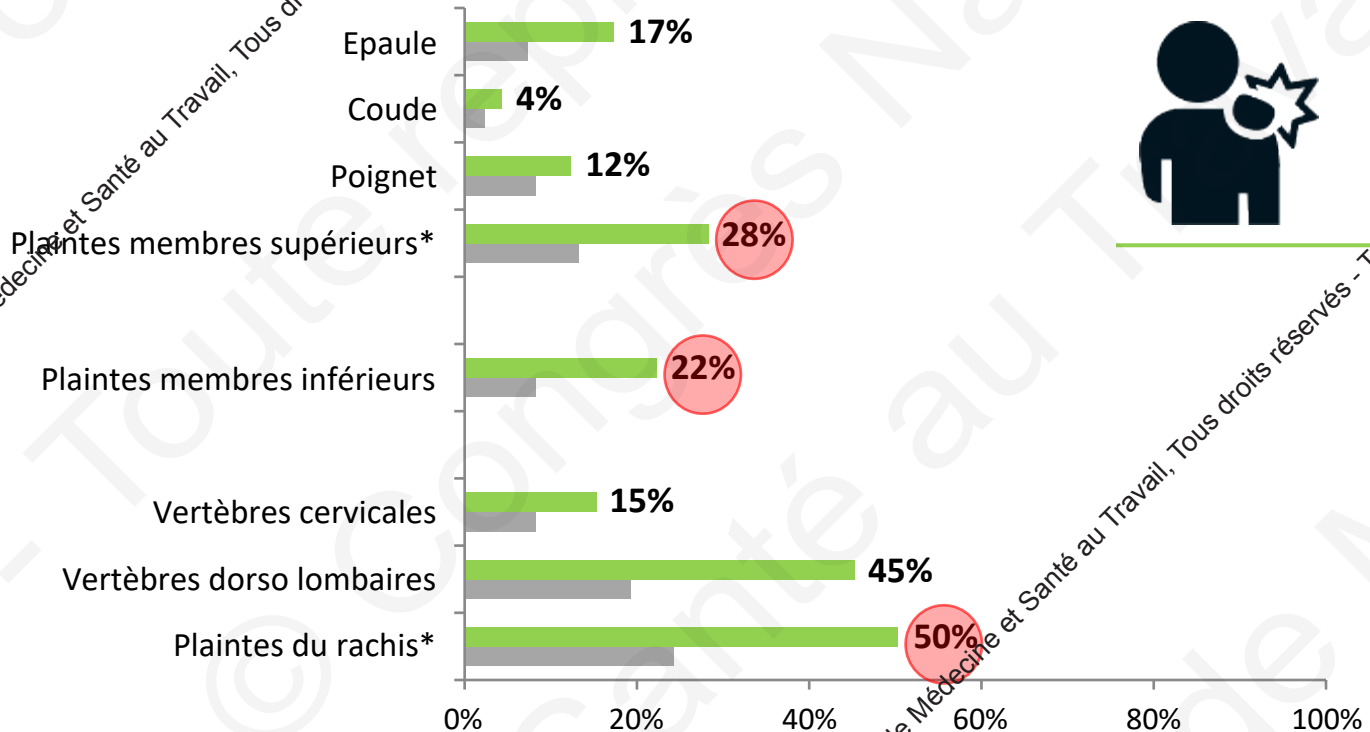
**PÔLE
SANTÉ
TRAVAIL**

Métropole Nord



PLAINTES MUSCULO SQUELETTIQUES

■ Salariés Drives ■ Employés libre service et magasiniers Evrest National



*Mb supérieurs et rachis = avoir au moins une plainte

*Troubles neuropsychiques = avoir les 3 plaintes : anxiété, troubles du sommeil et fatigue en même temps.



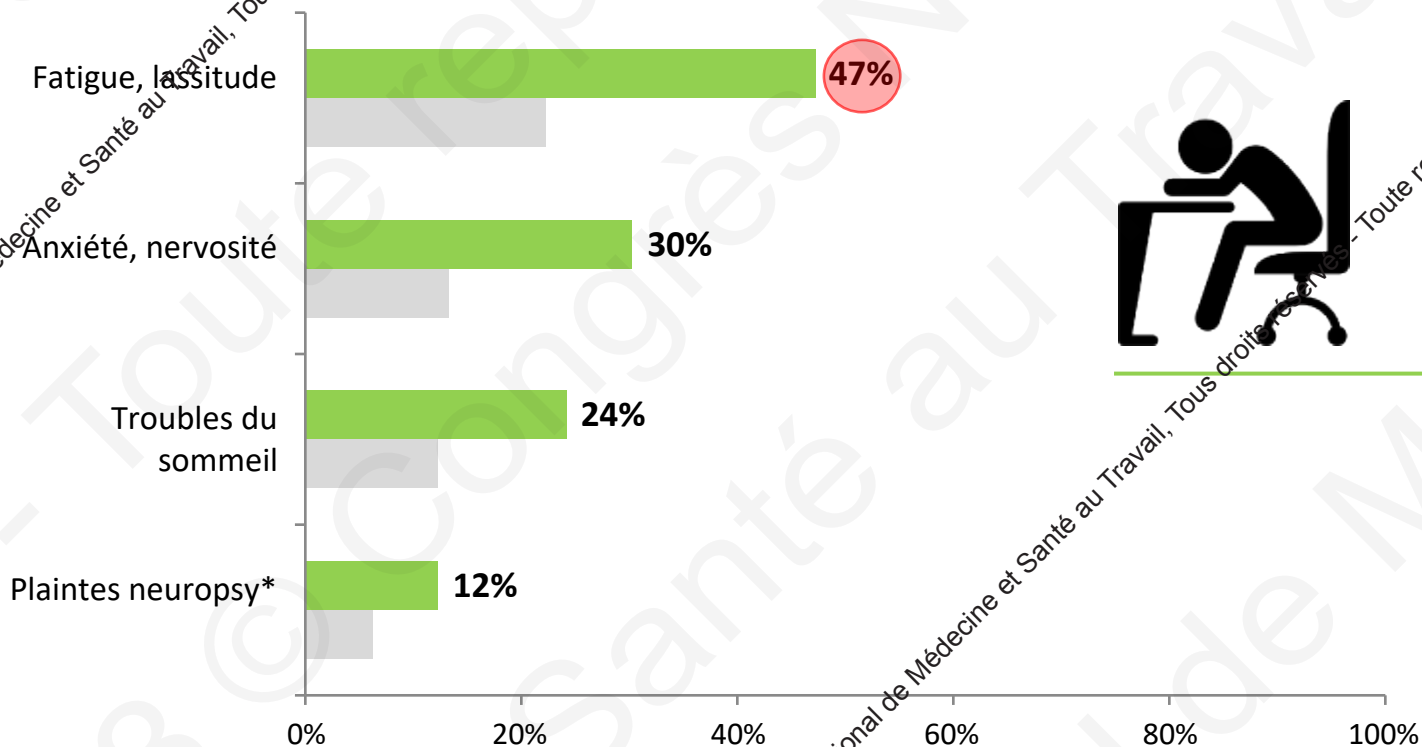
« Si je signe mon CDI, à 40 ans je n'ai plus de dos »

« On n'a pas le temps, on a tous mal au dos, partout »

« C'est physique, ça fatigue, le dos en prend un coup »

PLAINTES NEUROPSY

■ Employés libre service et magasiniers Evrest National ■ Salariés Drives



* Présenter les 3 plaintes en même temps



CARACTÉRISTIQUES ET ORGANISATION DE TRAVAIL



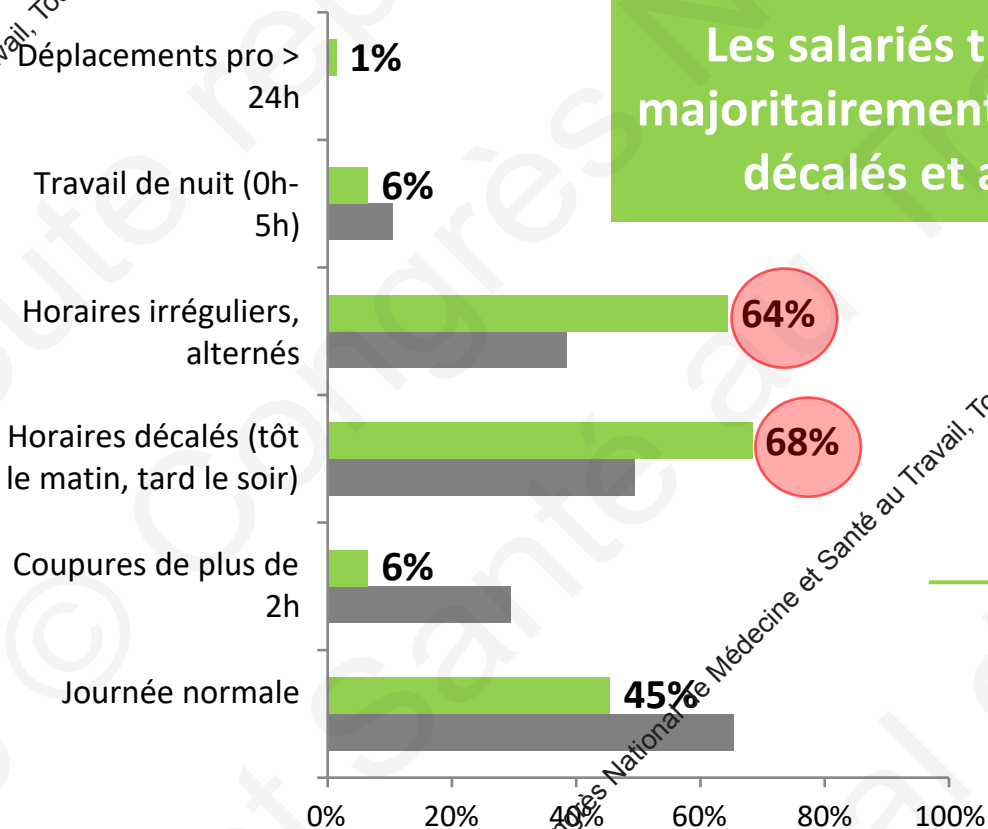
**PÔLE
SANTÉ
TRAVAIL**

Métropole Nord

Carsat Retraite
& Santé
au travail
Nord-Picardie

LES HORAIRES DE TRAVAIL

■ Salariés Drives ■ Employés libre service et magasiniers Evrest National



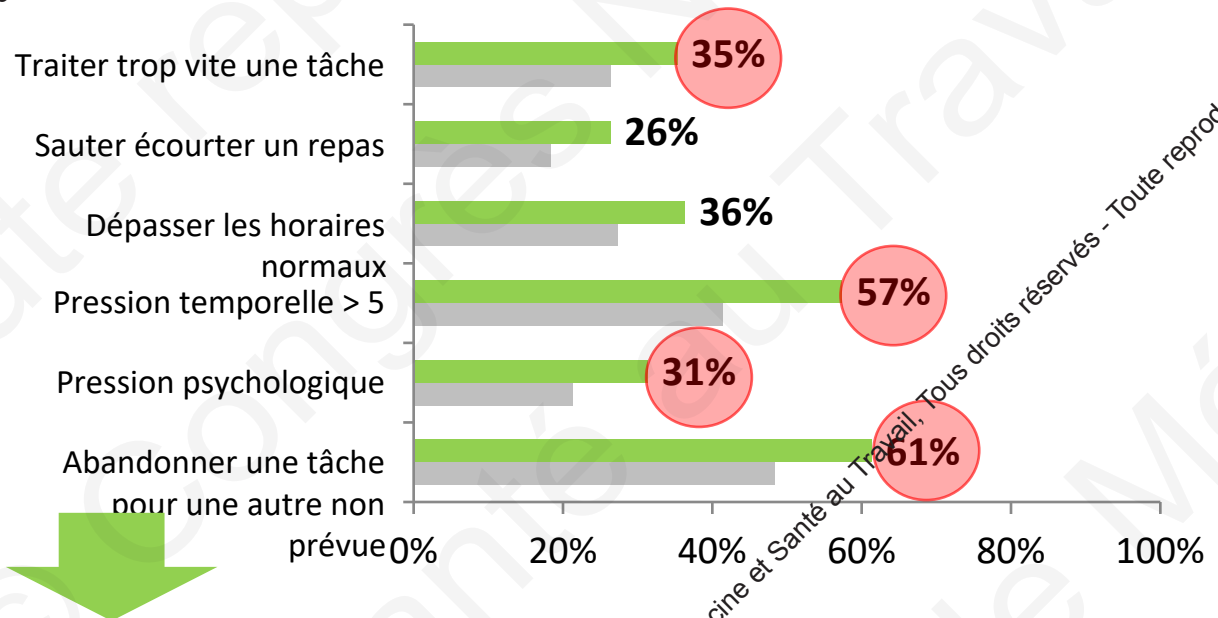
Les salariés travaillent majoritairement en horaires décalés et alternés



LES CONTRAINTES DE TEMPS ET CONTRAINTES PSYCHOLOGIQUES

% Assez souvent + % Très souvent

■ Employés libre service et magasiniers Evrest National ■ Salariés Drives

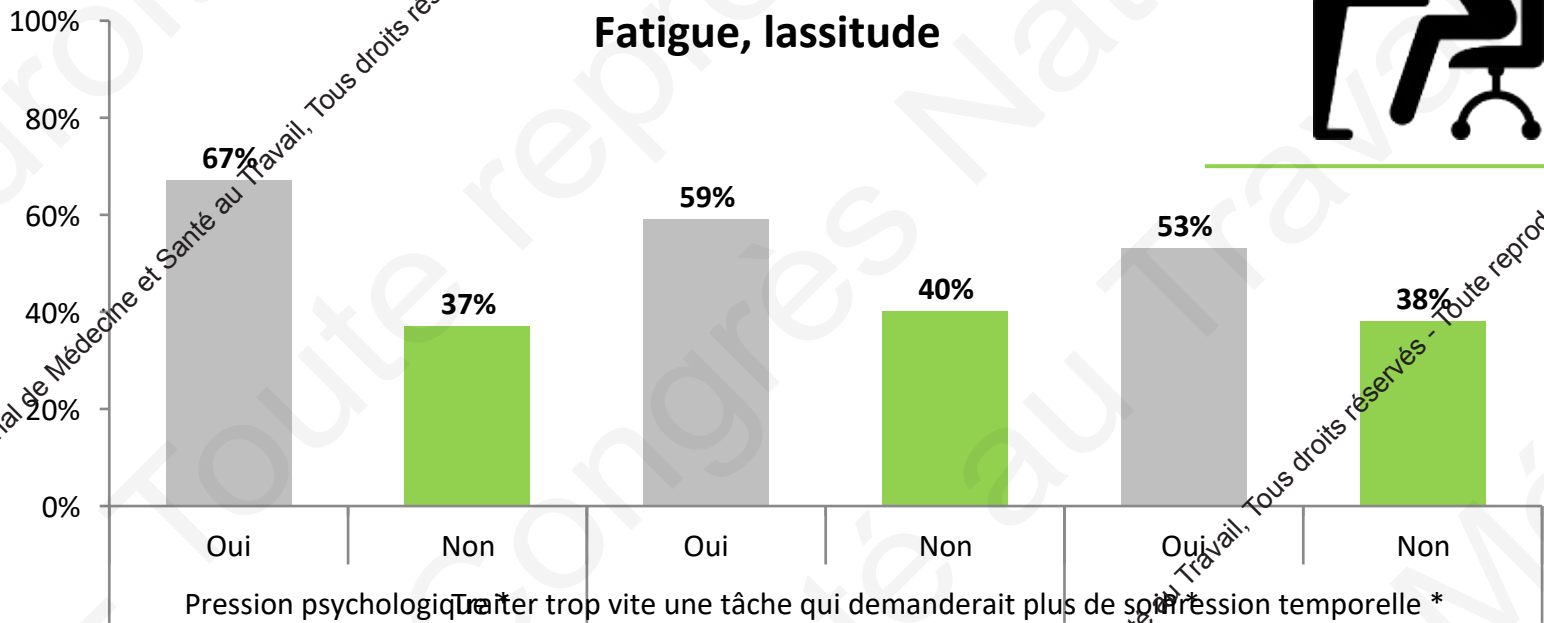


Parmi eux, cet abandon de tâche :

- Perturbe le travail : (**51% répondants** - 58% - réf.ELS)
- Aspect négatif du travail : (**60% répondants** - 62% - réf.ELS)

LES LIENS ENTRE LE TRAVAIL ET LA SANTÉ

Fatigue, lassitude

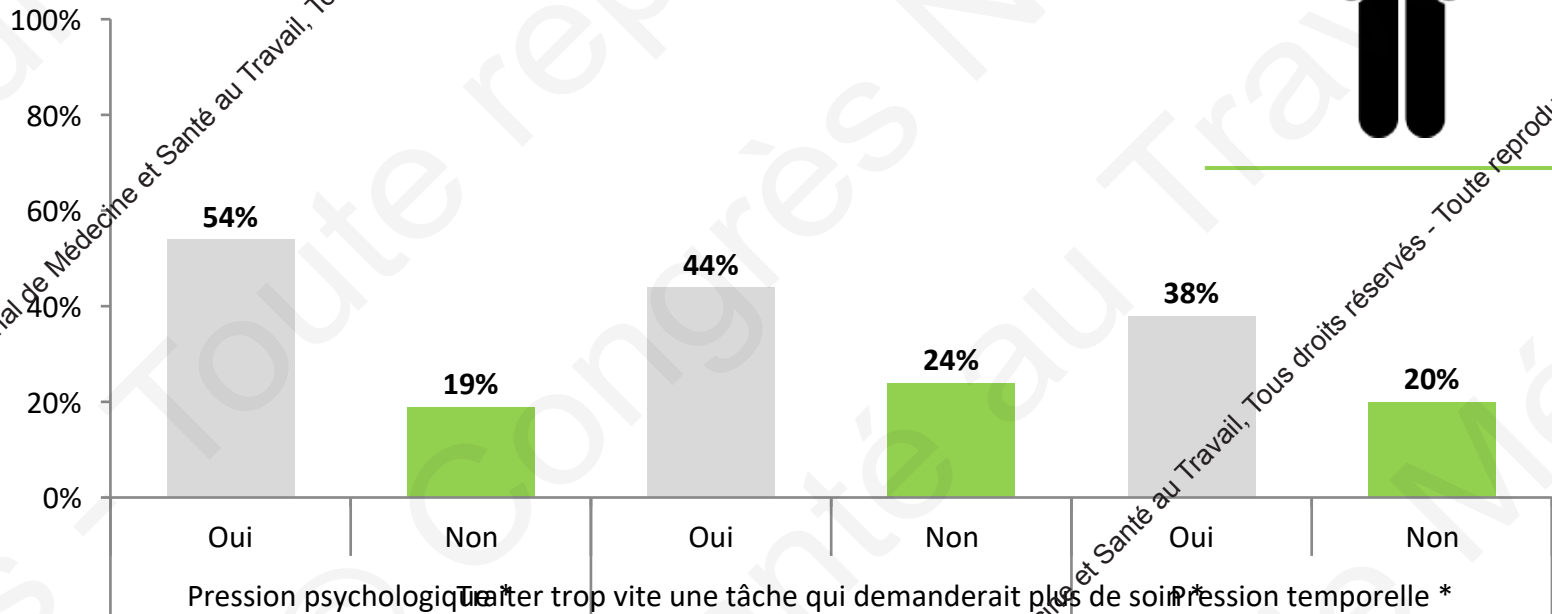
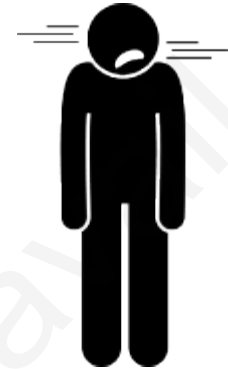


De la fatigue et de la lassitude plus fréquemment ressenties chez les salariés ayant une pression psychologique et une pression temporelles fortes.

* $p < 0.05$

LES LIENS ENTRE LE TRAVAIL ET LA SANTÉ

Anxiété, nervosité



On observe le même constat pour l'anxiété et la nervosité.

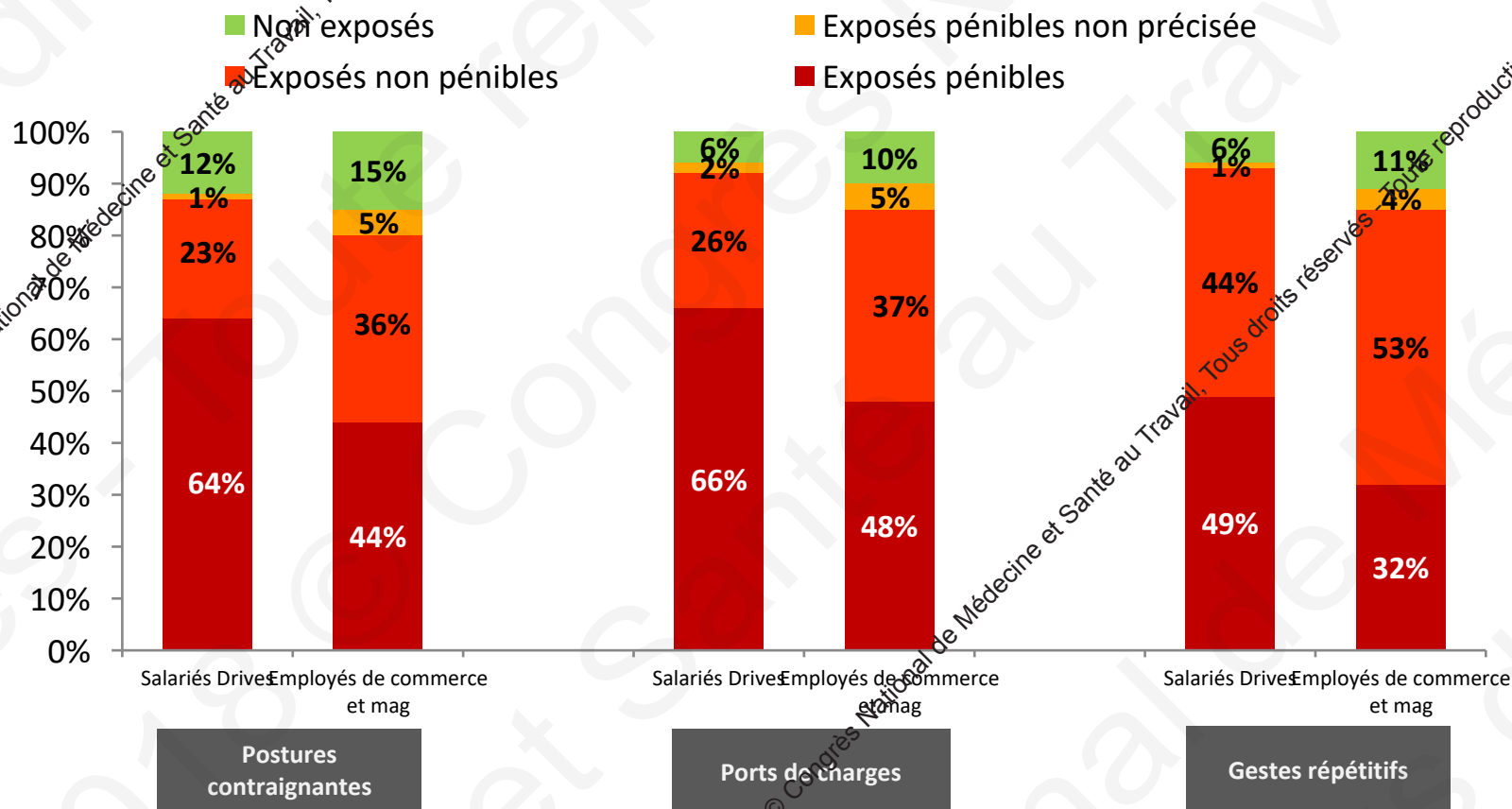
* $p < 0.05$

CONTRAINTES PHYSIQUES

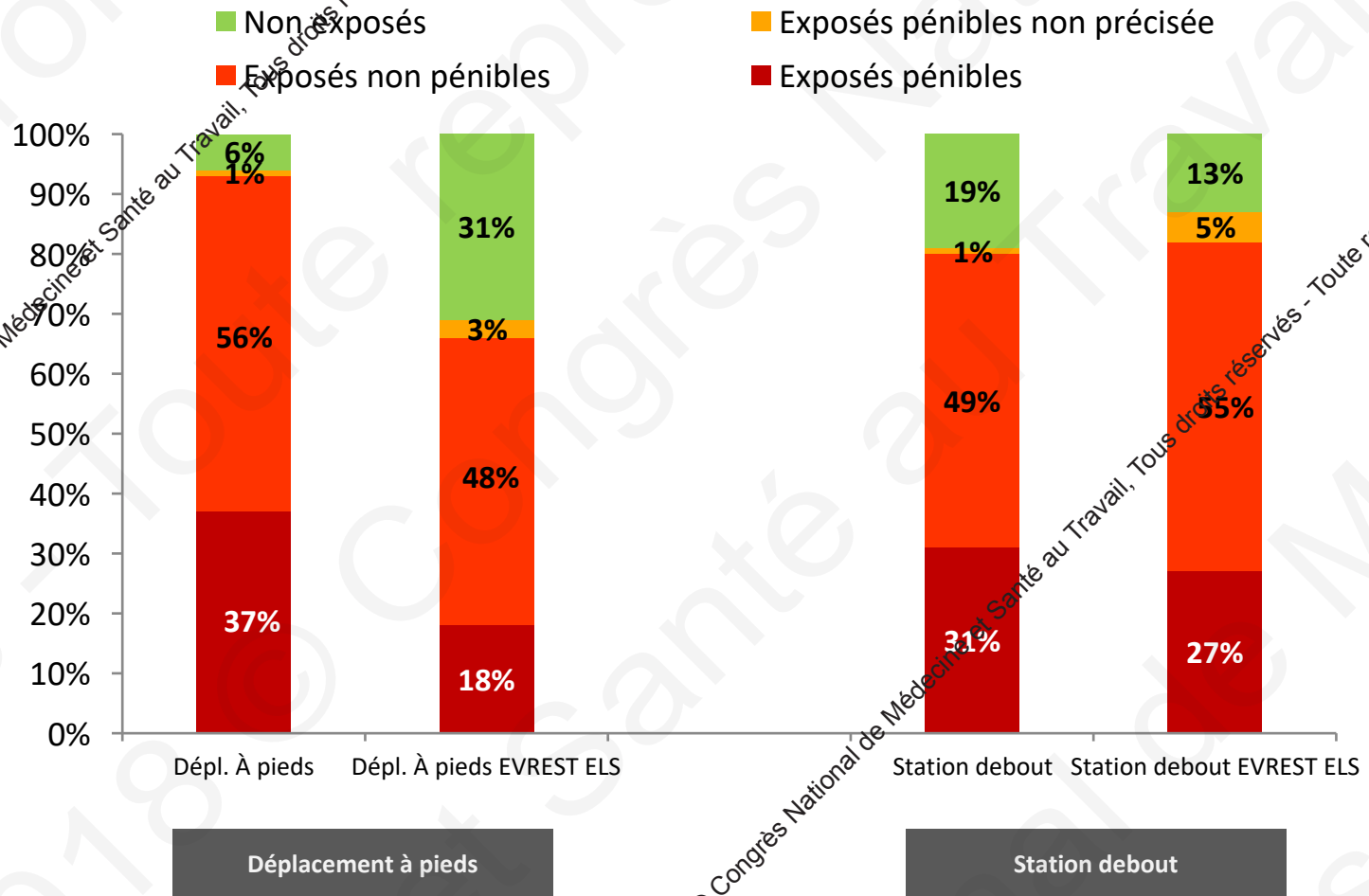


CONTRAINTES PHYSIQUES (1/2)

Les salariés Drives déclarent plus souvent être exposés à des contraintes physiques ressenties comme pénibles/difficiles que les employés de commerce

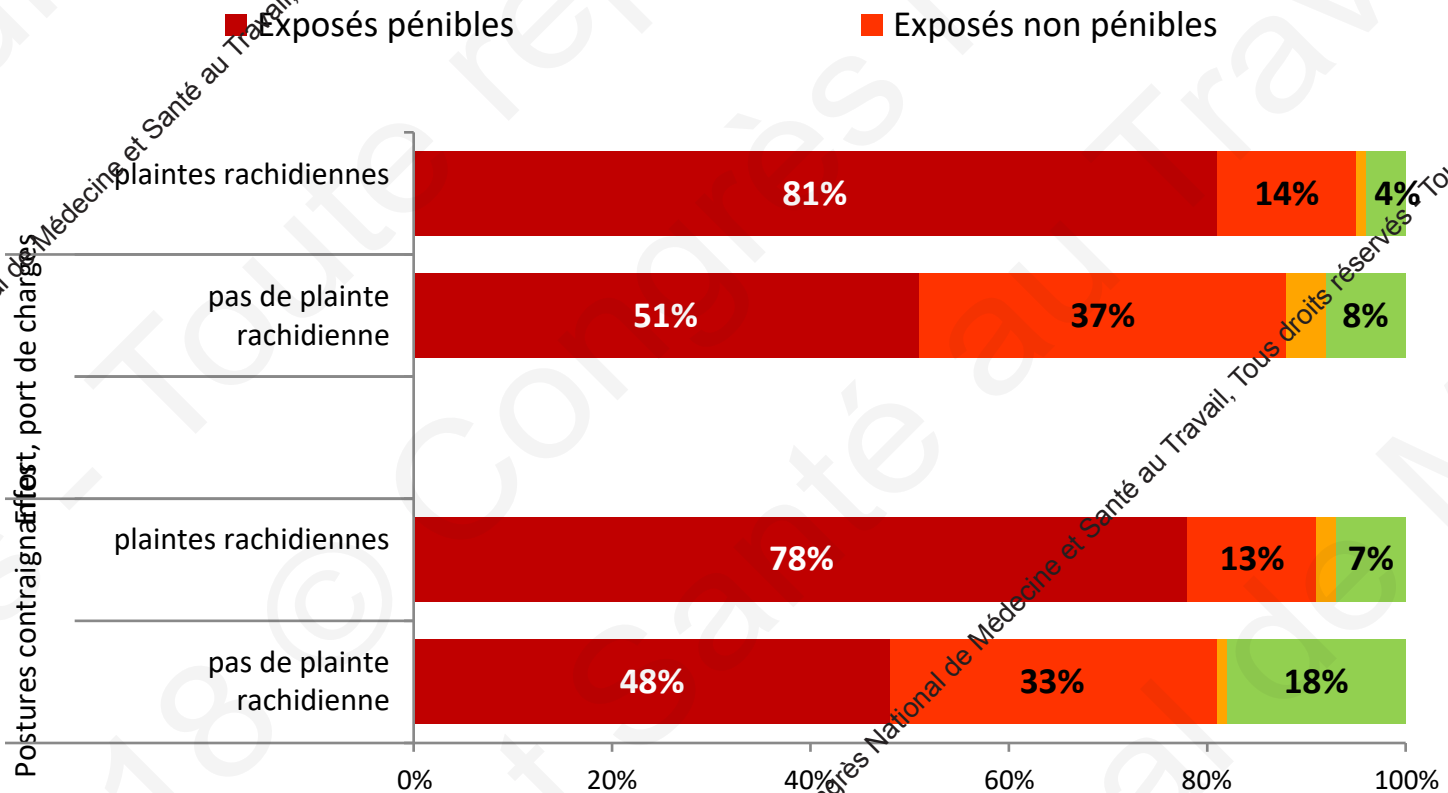


CONTRAINTES PHYSIQUES (2/2)



CONTRAINTES PHYSIQUES ET SANTÉ

Les salariés exposés aux contraintes physiques pénibles déclarent plus de plaintes au niveau du rachis





QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES



**PÔLE
SANTÉ
TRAVAIL**

Métropole Nord

Carsat Retraite
& Santé
au travail
Nord - Picardie



LIEU DE PRÉPARATION DES COMMANDES

- Principalement en entrepôt

91%

LA PRÉPARATION DES COMMANDES

- En 2 temps
(surgelé, frais, petit PGC / volumineux)

91%

L'OUTIL PRINCIPAL UTILISÉ ET LA PÉNIBILITÉ

- Terminal de saisie au poignet

91%

LA PRISE DE RÉFÉRENCE AU NIVEAU DES RACKS

- En dessous du niveau des genoux et/ou
au dessus du niveau des épaules :

63%



« Je monte sur les étagères car il faut aller vite et on n'a pas le temps d'aller chercher l'escabeau »

EN TANT QUE SALARIÉ AU DRIVE, VOUS ASSUREZ PRINCIPALEMENT :

- Préparation, Livraison **45%**
- Approvisionnements, préparation, livraison (surgelé, frais, petit PGC / volumineux) **38%**

TYPE DE CHARIOT UTILISÉ

- Chariot caddy type enseigne de bricolage: **46%**
- Chariot à fond constant **24%**
- Chariot avec bac encastrable et timon **20%**

DIFFICULTÉ À MANIPULER CES CHARIOTS

- Parfois ou Souvent/Toujours **50 %**



VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ EN ZONE DE LIVRAISON ?

- Oui : **87 %**

PARTICIPATION DU CLIENT DANS LA DÉPOSE DANS LE COFFRE

- Souvent ou toujours : **43 %**
- EST-CE ?
- Plutôt un avantage : **96%**



Conclusions

Population très jeune essentiellement masculine.
Travail en horaires décalés et alternés.



AU NIVEAU DE LA SANTÉ

- **1 salarié sur 2** se plaint de **douleurs rachidiennes**
- **28%** ont des **douleurs aux membres supérieurs**
- **Presque 1 salarié sur 2** ressent de la **fatigue / lassitude**

Conclusions

AU NIVEAU DES CONDITIONS DE TRAVAIL

- Fortes **PRESSION TEMPORELLE ET PSYCHOLOGIQUE** qui influent sur la santé des salariés
- **MANUTENTIONS MANUELLES** importantes **ressenties comme difficiles et/ou pénibles**
- Prise des références située dans une **ZONE INCONFORTABLE** (au dessous des genoux et au dessus des épaules) pour près d'1 salarié sur 2.
- Très bon **COLLECTIF DE TRAVAIL** (entraide et coopération)
- Expositions aux intempéries et aux poussières/fumées.
- **INFLUENCE DE LA TAILLE DE LA STRUCTURE** sur le ressenti des salariés et les plaintes repérées

Et après ?

Métrie Angulations Principes opérationnels

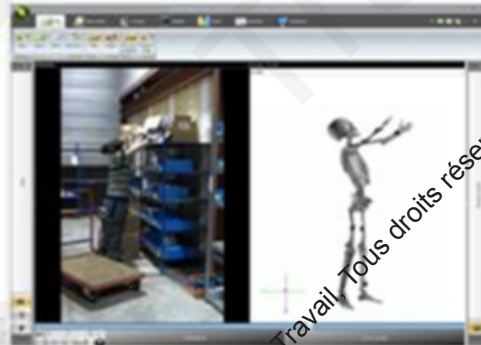
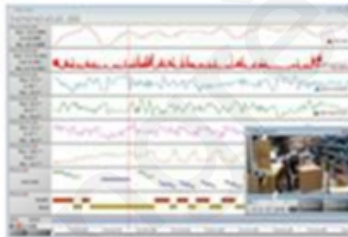
1) Instrumentation

(capteurs + récepteur + caméscope + logiciel)



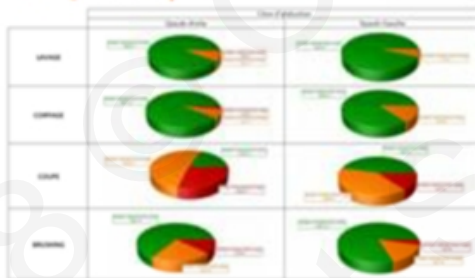
2) Acquisition et synchronisation

(données angulaires, temporalité, vidéo)



3) Post-codage et Analyse

(quantitative, intensité et temporalité)





35^{ème} CONGRÈS
DE MÉDECINE
ET SANTÉ
AU TRAVAIL



5 AU 8 JUIN 2018

PALAIS DES CONGRÈS CHANOT

MARSEILLE

MERCI

à toutes les équipes participantes

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa