



# EVREST par l'IDEST

**Journée SMTMP du 28 avril 2017**  
**Christine Turroques Infirmière**



**SAMSI**  
T o u l o u s e

La santé au Travail



# EVREST 2017

Nom naiss  Prénom  Sexe M/F   Date naiss   
 Dép. naissance  Salarié  Contrat : CDI ou assimilé  Autre  PCS-ESE   
 Entreprise  NAF2008  Nb salariés   
 Etablissement de type : Privé  Public   
 Atelier (facultatif)  | 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 ?  Oui,  Non   
 Si oui, était-ce pour raison médicale ?  Oui,  Non

2. Travaillez-vous à temps plein ?  Oui,  Non

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ?  Oui,  Non   
 Avez-vous régulièrement :  
 - Des coupures de plus de 2 heures  Oui,  Non   
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard 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 coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)



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

Si oui, diriez-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,	Plutôt Non,	Plutôt oui,	Oui tout à fait,
- Votre travail vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Non jamais,	Oui parfois,	Oui 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

## 7. Etes-vous exposé à :

	Oui,	Non,	Oui,	Non,	Oui,	Non,	Oui,	Non,
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Risque infectieux	<input type="checkbox"/>
							Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves...)	<input type="checkbox"/>

## Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?  Oui,  Non   
 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 (nbre de cig/jour) Non fumeur  Ancien fumeur,  Moins de 5 cig  5 à 15 cig  > 15 cig   
 Café (nbre de tasses/jour) Pas de café  1 à 4 tasses,  Plus de 4 tasses

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),  Nom IdEST

Dernier entretien systématique (ou d'embauche) il y a :  année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien <1 an)

		Poid : ___ kg Taille : ___ cm	Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	(Colonne libre, facultatif)
<b>Cardio respiratoire</b>						
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
<b>Neuro-psychique</b>						
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Digestif</b>		Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Ostéo-articulaire</b>						
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Dermatologie</b>		Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Troubles de l'audition</b>		Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Questionnaire réalisé dans le cadre du protocole Evrest

# Choix des salariés

- A minima salariés nés en octobre (enquête nationale)
- VIP périodique et SI
- VIP initiale (si embauche  $\geq$  2 mois)
- Avec le MT choix d'élargir la réalisation du questionnaire dans une entreprise/service/secteur

*Toujours veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de salariés pour préserver l'anonymat*

# Lors VIP périodique (1)

- Impression du questionnaire par le logiciel métier
- Transmission du questionnaire lors de l'arrivée du salarié à l'accueil
- Information en salle d'attente (affiche/plaquette)
- 5 mns de temps dédié

## Lors VIP périodique (2)

- Mise à jour DMST (fiche administrative) et création de la VIP
- Informations rapides sur le questionnaire (envoi information par mail)
- Vérification du questionnaire (visualisation des manquants, précision des croix « au milieu »....)
- Echanges sur certaines réponses/ saisie des informations utiles sur Stéthro

## Lors VIP périodique (3)

- Renseignements de la partie médicale ( ajout dans DMST, traitement, symptômes...)
- Compléments et /ou précisions sur la trame de la VIP (travail/ressenti/vaccination...)
- Prévention et sensibilisation

# Lors VIP initiale (1)

- Date d'embauche  $\geq$  2 mois
- Information rapide sur le dispositif(+par mail)
- Questionnaire complété par l'IDEST (Veiller à ne pas induire les réponses)
- Saisie en parallèle des données utiles dans DMST

# Evrest en centre extérieur

- Affichage et informations
- Questionnaire complété avec le salarié par l'IDEST
- Autres organisations possibles en fonction des moyens (accueil, salle d'attente...)



# Saisies des données

- Vérification de la partie administrative
- Saisie sur la base EVREST (code médecin)
- Création du document PDF et intégration dans le DMST

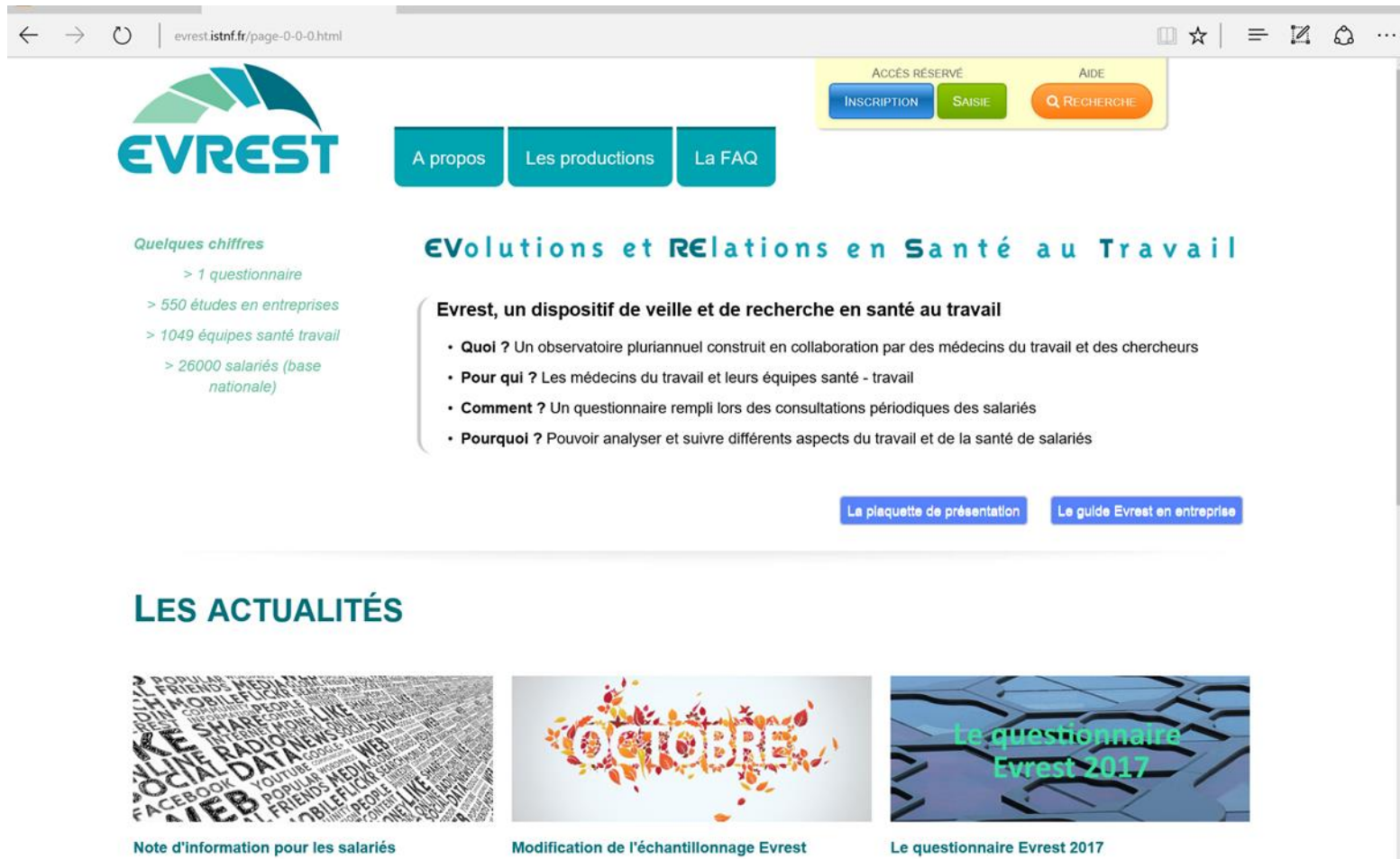
# Résultats

- Utilisation des résultats pour les débriefing, les rapports annuels, CHSCT.....
- Statistiques simples et comparaisons possibles avec le national, régional /CSP/ .....
- Données sur tableau EXCEL pour aller plus loin, dans la croisée des données

# Conclusion

- Données individuelles et collectives enrichies transmises au médecin du travail
- Exploitation des résultats pour convaincre l'employeur (et /ou les salariés) à mettre en place des actions de prévention
- Suivi de l'évolution et/ou évaluation des actions (questionnaire refait et comparaison...)

# Nouveau site



The screenshot shows the Evrest website homepage. At the top left is the Evrest logo. To its right are navigation buttons: 'A propos', 'Les productions', and 'La FAQ'. Further right is a yellow box with 'ACCÈS RÉSERVÉ' and 'AIDE' labels, containing buttons for 'INSCRIPTION', 'SAISIE', and 'RECHERCHE'. Below the logo, a section titled 'Quelques chiffres' lists statistics: '> 1 questionnaire', '> 550 études en entreprises', '> 1049 équipes santé travail', and '> 26000 salariés (base nationale)'. The main heading is 'Evolutions et Relations en Santé au Travail'. Below it is a sub-heading 'Evrest, un dispositif de veille et de recherche en santé au travail' followed by a bulleted list of details. At the bottom of this section are two buttons: 'La plaquette de présentation' and 'Le guide Evrest en entreprise'. A 'LES ACTUALITÉS' section follows, featuring three image-based news items with captions: 'Note d'information pour les salariés' (with a word cloud image), 'Modification de l'échantillonnage Evrest' (with a colorful autumn-themed graphic), and 'Le questionnaire Evrest 2017' (with a blue geometric pattern image).

← → ↻ | evrest.istnf.fr/page-0-0-0.html

ACCÈS RÉSERVÉ AIDE

INSCRIPTION SAISIE RECHERCHE

**EVREST**

A propos Les productions La FAQ

**EVolutions et RELations en Santé au Travail**

**Evrest, un dispositif de veille et de recherche en santé au travail**

- **Quoi ?** Un observatoire pluriannuel construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs
- **Pour qui ?** Les médecins du travail et leurs équipes santé - travail
- **Comment ?** Un questionnaire rempli lors des consultations périodiques des salariés
- **Pourquoi ?** Pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés

La plaquette de présentation Le guide Evrest en entreprise

**LES ACTUALITÉS**

POPULAR FRIENDS MOBILE PEOPLE SHARING RADIO NEWS SOCIAL DATA YOUTUBE FACEBOOK POPULAR FRIENDS MOBILE PEOPLE SHARING RADIO NEWS SOCIAL DATA YOUTUBE FACEBOOK

Note d'information pour les salariés

Modification de l'échantillonnage Evrest

Le questionnaire Evrest 2017

Merci de votre  
attention

