



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 Non
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Non
 - Des horaires irréguliers ou alternés Non
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) 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
 - Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

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"/>	Risque infectieux	<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"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves...)	<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"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<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)

		Poids : ___ 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)
Cardio-respiratoire							
RAS	- appareil respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- appareil cardio-vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- HTA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
Neuro-psychique							
RAS	- fatigue, lassitude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	Digestif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
Ostéo-articulaire							
RAS	- épaule	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- coude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- poignet / main	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- membres inférieurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- vertèbres cervicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	- vertèbres dorso-lombaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	Dermatologie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			
RAS	Troubles de l'audition	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_ _			

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...)

Merci de votre
attention

