

Date du jour : __/__/__

Nom du Médecin: _____

SST: _____

SAISIE 

EVREST 2021

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 Suivi individuel renforcé : oui non
Atelier (facultatif) | | | | | | | | Champ libre (facultatif) | | | |
Entretien réalisé en présentiel distanciel

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 ? Oui₁ Non₀
Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui₁ Non₀
2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui₁ Non₀
3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? Oui₁ Non₀
Avez-vous régulièrement :
- Des coupures de plus de 2 heures Oui₁ Non₀
- Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui₁ Non₀
- Des horaires irréguliers ou alternés Oui₁ Non₀
- Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui₁ Non₀
- Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui₁ Non₀
4. Contrainte de temps :
- a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :
- Dépasser vos horaires normaux Jamais₀ Rarement₁ Assez souvent₂ Très souvent₃
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause
- Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin
- Travailler chez vous sur vos temps de repos, de congés
- b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)
Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)
- c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?
Oui₁ Non₀
Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui₁ Non₀
- est un aspect positif de votre travail Oui₁ Non₀

5. Appréciations sur votre travail :

- | | Non pas du tout ₀ | Plutôt Non ₁ | Plutôt oui ₂ | Oui tout à fait ₃ |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - 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 ₀	Oui parfois ₁	Oui souvent ₂	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"/>

7. Etes-vous exposé à :

	Oui ₁	Non ₀		Oui ₁	Non ₀		Oui ₁	Non ₀		Oui ₁	Non ₀
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"/>
Ray. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ? Oui₁ Non₀
 Si oui, était-ce : Oui₁ Non₀
 en rapport avec votre travail actuel Oui₁ Non₀
 en rapport avec un futur poste Oui₁ Non₀
2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ? Oui₁ Non₀

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui₁ Non₀
2. Consommation usuelle :
 - Tabac (nb de cig/jour) Non fumeur ₀ Ancien fumeur ₁ < 5 cig ₂ 5 à 15 cig ₃ > 15 cig ₄
 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 Jamais ou 1 x / mois ₀ 2 à 4 x / mois ₁ 2 à 3 x / semaine ₂ 4 x / semaine ou plus ₃
 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 Non concerné (non buveur) ₀ 1 ou 2 ₁ 3 ou 4 ₂ 5 ou 6 ₃ 7 à 9 ₄ 10 ou plus ₅
3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ? Oui₁ Non₀

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

Questionnaire renseigné par : le médecin₁ l'infirmier(e)₂ Nom IdEST

Dernier entretien santé-travail (hors reprise, à la demande, ...) il y a : ≤1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans ou + jamais

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 <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Neuro-psychique					
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Ostéo-articulaire					
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _

Vécu de la crise sanitaire au travail (à remplir par le salarié)

Complément au questionnaire Evrest

1. Actuellement, vous travaillez :

Sur site exclusivement ₁ Sur site et en télétravail ₂ En télétravail exclusivement ₃

→ Si vous êtes sur site exclusivement, ou sur site et en télétravail :

- Compte tenu des mesures sanitaires mises en place sur votre site, vous sentez vous en sécurité quand vous venez au travail ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃
- Les mesures sanitaires mises en place sur site rendent elles votre travail plus difficile ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃

→ Si vous êtes en télétravail exclusivement, ou sur site et en télétravail :

- Les conditions de ce télétravail sont-elles satisfaisantes :

	Non, pas du tout ₀	Plutôt non ₁	Plutôt oui ₂	Oui tout à fait ₃
Matériel (ordinateur, réseau, espace de travail...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation du temps et des horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liens avec l'entourage professionnel (collègues, hiérarchie, clients...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pendant que vous télé-travaillez, êtes-vous sollicité·e par votre entourage (enfants, conjoint...) ?
Jamais ₀ Rarement ₁ Assez souvent ₂ Très souvent ₃ Non concerné·e ₉
- Aviez-vous déjà effectué du télétravail dans cette entreprise avant la crise sanitaire ? Oui ₁ Non ₀

2. Les impacts de la crise sanitaire sur votre rapport au travail

- Du fait de la crise sanitaire, avez-vous le sentiment que votre travail :

	Non, pas du tout ₀	Plutôt non ₁	Plutôt oui ₂	Oui tout à fait ₃
Perd (ou a perdu) de son sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gagne (ou a gagné) en intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du fait de la crise sanitaire, craignez-vous de vivre un changement non désiré dans votre situation de travail ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

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

(Q1)
..... | _ | _ |

(Q2)
..... | _ | _ |

(Q3)
..... | _ | _ |

(Q4)
..... | _ | _ |

(Q5)
..... | _ | _ |

(Q6)
..... | _ | _ |

(Q7)
..... | _ | _ |

(Q8)
..... | _ | _ |

(Q9)
..... | _ | _ |

(Q10)
..... | _ | _ |