

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES DES MEMBRES SUPERIEURS

Analystes: Date:

1. Entreprise:

2. Poste de travail:

3. N° d'enregistrement:

CARACTERISTIQUES GENERALES

4. Age: (ans)
5. Poids: (kg)
6. Taille: (cm)
7. Sexe : homme⁰ femme¹
8. Etes-vous gaucher⁰ droitier¹
9. Etes-vous fumeur? NON⁰ ANCIEN¹ OUI²
(arrêt depuis plus de 6 mois)
10. Avez-vous actuellement des activités sportives (min 1x/sem): NON⁰ OUI¹
11. Si OUI, pratiquez-vous un sport sollicitant surtout les bras (sport de raquette, ...):
NON⁰ <1 x/sem¹ ≥ d'1 x/sem²
12. Avez-vous des hobbies, activités extra professionnelles impliquant des efforts physiques ou autre: bricolage, construction, jardinage, tricot, crochet, activités ménagères importantes,...:
pas du tout⁰ < 5h/sem¹ > 5h/sem²

ANTECEDENTS MEDICAUX

Au cours des 12 derniers mois:

13. Trouvez-vous que votre santé a été excellente⁰ bonne¹ moyenne² mauvaise³
14. Avez-vous souffert d'une maladie ou d'un problème de santé nécessitant la prise régulière de médicaments? NON⁰ OUI¹
15. Avez-vous consulté un médecin ou un psychologue pour dépression? NON⁰ OUI¹
16. Avez-vous été absent au cours des 12 derniers mois? NON⁰ OUI¹
Si OUI, cause:
17. Avez-vous présenté des problèmes ou modifications hormonales? (uniquement pour les femmes, ex.: ménopause, grossesse et opération gynécologique) NON⁰ OUI¹
18. Avez-vous, au cours de votre vie, été accidenté hors du travail ou au travail en ce qui concerne les membres supérieurs? NON⁰ OUI¹
Si OUI, de quelle nature:

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

Avez-vous eu des problèmes (douleur, inconfort) au niveau de la *NUQUE* ?

- | | | | |
|-----|-----------------------------|------------------|------------------|
| 19. | durant les 12 derniers mois | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 20. | durant les 7 derniers jours | NON ⁰ | OUI ¹ |

Si OUI dans les 12 derniers mois:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 21. <i>intensité de la gêne:</i> | un peu ¹ | assez ² | très douloureux ³ |
| 22. <i>durée de la gêne:</i> | disparaît ¹
après ± 2h | disparaît ²
le lendemain | persiste + ³
longtemps |
| 23. <i>fréquence des épisodes:</i> | <1 fois par semaine ¹ | | >1 fois par semaine ² |
| 24. <i>nature:</i> | | | |

Avez-vous eu des problèmes (douleur, inconfort) au niveau des *EPAULES* ?

- | | | | | |
|-----|-----------------------------|---------------|------------------|------------------|
| 25. | durant les 12 derniers mois | épaule droite | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 26. | | épaule gauche | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 27. | durant les 7 derniers jours | épaule droite | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 28. | | épaule gauche | NON ⁰ | OUI ¹ |

Si OUI dans les 12 derniers mois:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 29. <i>intensité de la gêne:</i> | droite | un peu ¹ | assez ² | très douloureux ³ |
| 30. | gauche | un peu ¹ | assez ² | très douloureux ³ |
| 31. <i>durée de la gêne:</i> | droite | disparaît ¹
après + 2h | disparaît ²
le lendemain | persiste + ³
longtemps |
| 32. | gauche | disparaît ¹
après + 2h | disparaît ²
le lendemain | persiste + ³
longtemps |
| 33. <i>fréquence des épisodes:</i> | droite | <1 fois par semaine ¹ | | >1 fois par semaine ² |
| 34. | gauche | <1 fois par semaine ¹ | | >1 fois par semaine ² |
| 35. <i>nature:</i> | droite: | | | |
| 36. | gauche: | | | |

Avez-vous eu des problèmes (douleur, inconfort) au niveau des *COUDES* ?

- | | | | | |
|-----|-----------------------------|--------------|------------------|------------------|
| 37. | durant les 12 derniers mois | coude droit | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 38. | | coude gauche | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 39. | durant les 7 derniers jours | coude droit | NON ⁰ | OUI ¹ |
| 40. | | coude gauche | NON ⁰ | OUI ¹ |

Si OUI dans les 12 derniers mois:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 41. <i>intensité de la gêne:</i> | droit | un peu ¹ | assez ² | très douloureux ³ |
| 42. | gauche | un peu ¹ | assez ² | très douloureux ³ |
| 43. <i>durée de la gêne:</i> | droit | disparaît ¹
après + 2h | disparaît ²
le lendemain | persiste + ³
longtemps |
| 44. | gauche | disparaît ¹
après + 2h | disparaît ²
le lendemain | persiste + ³
longtemps |
| 45. <i>fréquence des épisodes:</i> | droit | <1 fois par semaine ¹ | | >1 fois par semaine ² |
| 46. | gauche | <1 fois par semaine ¹ | | >1 fois par semaine ² |
| 47. <i>nature:</i> | droite: | | | |
| 48. | gauche: | | | |

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

Avez-vous eu des problèmes (douleur, picotements, gêne, inconfort) au niveau des *POIGNETS/MAINS*?

49. durant les 12 derniers mois poignet droit NON⁰ OUI¹
 50. poignet gauche NON⁰ OUI¹
 51. durant les 7 derniers jours poignet droit NON⁰ OUI¹
 52. poignet gauche NON⁰ OUI¹

Si OUI dans les 12 derniers mois:

53. *intensité de la gêne:* droit un peu¹ assez² très douloureux³
 54. gauche un peu¹ assez² très douloureux³
 55. *durée de la gêne:* droit disparaît¹ disparaît² persiste +³
 après + 2h le lendemain longtemps
 56. gauche disparaît¹ disparaît² persiste +³
 après + 2h le lendemain longtemps
 57. *fréquence des épisodes:* droit <1 fois par semaine¹ >1 fois par semaine²
 58. gauche <1 fois par semaine¹ >1 fois par semaine²
 59. *nature:* droite:
 60. gauche:

Avez-vous eu des problèmes (douleur, inconfort) au niveau du *BAS DU DOS* ?

61. durant les 12 derniers mois NON⁰ OUI¹
 62. durant les 7 derniers jours NON⁰ OUI¹

ASTREINTES SOMATIQUES

	Æ jamais ou rarement	☺ parfois (1 x /mois)	☹ souvent (1 x /sem.)	☹☹ toujours (pls x /sem.)
63. Avez-vous des maux de tête?	1	2	3	4
64. Votre pouls est-il trop rapide ou irrégulier?	1	2	3	4
65. Avez-vous des vertiges?	1	2	3	4
66. Avez-vous des nausées?	1	2	3	4
67. Ressentez-vous un poids, une tension ou des douleurs dans la poitrine?	1	2	3	4
68. Avez-vous des maux d'estomac?	1	2	3	4
69. Avez-vous des troubles du sommeil?	1	2	3	4
70. Vous sentez-vous anormalement fatigué, même après une bonne nuit de sommeil?	1	2	3	4

POSTE DE TRAVAIL ACTUEL

71. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette entreprise? ans

72. Depuis combien de temps effectuez-vous votre travail actuel? ans

Votre travail exige-t-il de façon habituelle?

73. des efforts de levage nuls¹ légers² moyens³ lourds⁴
 74. des efforts des poignets/mains nuls¹ légers² moyens³ lourds⁴
 75. des efforts statiques des bras nuls¹ légers² moyens³ lourds⁴

Votre travail exige-t-il?

76. la répétition de mouvements identiques jamais¹ parfois² souvent³ toujours⁴
 77. l'utilisation d'outils vibrants jamais¹ parfois² souvent³ toujours⁴
 78. des postures inconfortables des bras jamais¹ parfois² souvent³ toujours⁴

79. Votre travail entraîne-t-il une fatigue importante en fin de journée au niveau des poignets/mains?
 non⁰ <1x/sem¹ >1x/sem²

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

POSTES DE TRAVAIL ANTERIEURS

80. Quels étaient vos postes de travail antérieurs?

- | | | | |
|---------|--------|-------|-----|
| 1. | durée: | | ans |
| 2. | durée: | | ans |
| 3. | durée: | | ans |
| 4. | durée: | | ans |

Les travaux exigeaient-ils de façon habituelle?

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 81. des efforts de levage | nuls ¹ | légers ² | moyens ³ | lourds ⁴ |
| 82. des efforts des poignets/mains | nuls ¹ | légers ² | moyens ³ | lourds ⁴ |
| 83. des efforts statiques des bras | nuls ¹ | légers ² | moyens ³ | lourds ⁴ |

Votre travail exigeait-il?

- | | | | | |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 84. la répétition de mouvements identiques | jamais ¹ | parfois ² | souvent ³ | toujours ⁴ |
| 85. l'utilisation d'outils vibrants | jamais ¹ | parfois ² | souvent ³ | toujours ⁴ |
| 86. des postures inconfortables des bras | jamais ¹ | parfois ² | souvent ³ | toujours ⁴ |

87. Votre travail entraînait-il une fatigue importante en fin de journée au niveau des poignets/mains?
 non⁰ <1x/sem¹ >1x/sem²

FORCES MAXIMALES DE PREHENSION

	Essai 1	Essai 2	Essai 3	Moyenne (kg)
88. FMV droite				
89. FMV gauche				

ANGLES MAXIMAUX

POIGNET DROIT	Degrés	POIGNET GAUCHE	Degrés
90. déviation cubitale		91. déviation cubitale	
92. déviation radiale		93. déviation radiale	
94. extension		95. extension	
96. flexion		97. flexion	

PERCEPTION ET APPRECIATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

98. Devez-vous vous dépêcher pour faire votre travail?
 Pas d'avis¹ Pas du tout² Un peu³ Assez⁴ Beaucoup⁵
99. Cela vous convient-il?
 1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹☺ 4 = ☺ 5 = ☺☺
100. Pouvez-vous vous arrêter et vous reposer un instant quand vous le voulez? (en dehors de vos pauses repas)
 Pas d'avis¹ Pas du tout² Un peu³ Assez⁴ Beaucoup⁵
101. Cela vous convient-il?
 1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹☺ 4 = ☺ 5 = ☺☺
102. Faites-vous des heures supplémentaires?
 Pas d'avis¹ Pas du tout² Un peu³ Assez⁴ Beaucoup⁵
103. Cela vous convient-il?
 1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹☺ 4 = ☺ 5 = ☺☺

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

104. Etes-vous isolé à votre poste de travail (sans collègues aux alentours ou sans pouvoir leur parler à cause du bruit ou autre)?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Beaucoup ⁵
105. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
106. Est-ce que vous vous aidez entre collègues dans votre travail?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Beaucoup ⁵
107. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
108. Est-ce qu'il y a des problèmes avec les outils, les machines ou le logiciel? (pannes, défauts de fabrication)	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Beaucoup ⁵
109. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
110. Votre travail est-il monotone (routinier) ?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
111. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
112. Etes-vous autonome (indépendant, libre) dans votre travail?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
113. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
114. Votre travail est-il physiquement fatigant?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
115. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
116. Votre travail est-il mentalement fatigant (demande-t-il de l'attention, de la concentration)?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
117. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
118. Votre emploi est-il menacé économiquement? (sécurité d'emploi)	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
119. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
120. Si vous commettez des erreurs, est-ce que cela risque d'entraîner un arrêt important de la production, un refus définitif du produit, ou des problèmes graves pour les équipements et les personnes?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Beaucoup ⁵
121. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺

ERGOROM - Enquête: Questionnaire LONG

122. Dans quelle mesure votre travail est-il contrôlé?	Pas d'avis ¹	Pas du tout ²	Un peu ³	Assez ⁴	Très ⁵
123. Cela vous convient-il?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
124. Les relations (entente) avec vos collègues vous satisfont-elles?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
125. Les relations avec vos supérieurs vous satisfont-elles?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
126. Etes-vous satisfait de votre travail actuel?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
127. Vous sentez-vous apprécié dans votre travail?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
128. Vous sentez-vous tendu, crispé, stressé?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺