

# ERGOROM - Enquête: Questionnaire MOYEN

## TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES DES MEMBRES SUPERIEURS

Analyste: ..... Date: .....

1. Entreprise: .....

2. Poste de travail: .....

### CARACTERISTIQUES GENERALES

3. Age: ..... (ans)
4. Poids: ..... (kg)
5. Taille: ..... (cm)
6. Sexe : homme<sup>0</sup> femme<sup>1</sup>
7. Etes-vous gaucher<sup>0</sup> droitier<sup>1</sup>
8. Etes-vous fumeur? NON<sup>0</sup> ANCIEN<sup>1</sup> OUI<sup>2</sup>  
(arrêt depuis plus de 6 mois)
9. Avez-vous des hobbies, activités extra professionnelles impliquant des efforts physiques ou autres: bricolage, construction, jardinage, tricot, crochet, activités ménagères importantes,...:  
pas du tout<sup>0</sup> < 5h/sem<sup>1</sup> > 5h/sem<sup>2</sup>

### ANTECEDENTS MEDICAUX

#### Au cours des 12 derniers mois:

10. Trouvez-vous que votre santé a été excellente<sup>0</sup> bonne<sup>1</sup> moyenne<sup>2</sup> mauvaise<sup>3</sup>
11. Avez-vous souffert d'une maladie ou d'un problème de santé nécessitant la prise régulière de médicaments? NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>
12. Avez-vous consulté un médecin ou un psychologue pour dépression? NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>
13. Avez-vous été absent au cours des 12 derniers mois? NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>  
Si OUI, cause: .....
14. Avez-vous, au cours de votre vie, été accidenté hors du travail ou au travail en ce qui concerne les membres supérieurs? NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>  
Si OUI, de quelle nature: .....

15. Avez-vous eu des problèmes durant les 12 derniers mois (douleur, inconfort) au niveau de la NUQUE ? NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>

Si OUI:

16. intensité de la gêne: un peu<sup>1</sup> assez<sup>2</sup> très douloureux<sup>3</sup>
17. fréquence des épisodes: <1 fois par semaine<sup>1</sup> >1 fois par semaine<sup>2</sup>

Avez-vous eu des problèmes durant les 12 derniers mois (douleur, inconfort) au niveau de

18. l'épaule droite NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>
19. l'épaule gauche NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>

Si OUI:

20. intensité de la gêne: un peu<sup>1</sup> assez<sup>2</sup> très douloureux<sup>3</sup>
21. fréquence des épisodes: <1 fois par semaine<sup>1</sup> >1 fois par semaine<sup>2</sup>

# ERGOROM - Enquête: Questionnaire MOYEN

Avez-vous eu des problèmes durant les 12 derniers mois (douleur, inconfort) au niveau du

22. coude droit NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>  
 23. coude gauche NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>

Si OUI:

24. intensité de la gêne: un peu<sup>1</sup> assez<sup>2</sup> très douloureux<sup>3</sup>  
 25. fréquence des épisodes: <1 fois par semaine<sup>1</sup> >1 fois par semaine<sup>2</sup>

Avez-vous eu des problèmes durant les 12 derniers mois (douleur, picotements, gêne, inconfort) au niveau du

26. poignet droit NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>  
 27. poignet gauche NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>

Si OUI:

28. intensité de la gêne: un peu<sup>1</sup> assez<sup>2</sup> très douloureux<sup>3</sup>  
 29. fréquence des épisodes: <1 fois par semaine<sup>1</sup> >1 fois par semaine<sup>2</sup>

30. Avez-vous eu des problèmes durant les 12 derniers mois (douleur, inconfort) au niveau du  
**BAS DU DOS ?** NON<sup>0</sup> OUI<sup>1</sup>

<b>ASTREINTES SOMATIQUES</b>	Æ jamais ou rarement	☹ parfois (1 x /mois)	☹ souvent (1 x /sem.)	☹☹ toujours (pls x /sem.)
31. Avez-vous des maux de tête?	1	2	3	4
32. Votre pouls est-il trop rapide ou irrégulier?	1	2	3	4
33. Ressentez-vous un poids, une tension ou des douleurs dans la poitrine?	1	2	3	4
34. Avez-vous des maux d'estomac?	1	2	3	4
35. Avez-vous des troubles du sommeil?	1	2	3	4
36. Vous sentez-vous anormalement fatigué, même après une bonne nuit de sommeil?	1	2	3	4

## POSTE DE TRAVAIL ACTUEL

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

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

Votre travail exige-t-il de façon habituelle?

39. des efforts de levage nuls<sup>1</sup> légers<sup>2</sup> moyens<sup>3</sup> lourds<sup>4</sup>  
 40. des efforts des poignets/mains nuls<sup>1</sup> légers<sup>2</sup> moyens<sup>3</sup> lourds<sup>4</sup>

Votre travail exige-t-il?

41. la répétition de mouvements identiques jamais<sup>1</sup> parfois<sup>2</sup> souvent<sup>3</sup> toujours<sup>4</sup>  
 42. l'utilisation d'outils vibrants jamais<sup>1</sup> parfois<sup>2</sup> souvent<sup>3</sup> toujours<sup>4</sup>  
 43. des postures inconfortables des bras jamais<sup>1</sup> parfois<sup>2</sup> souvent<sup>3</sup> toujours<sup>4</sup>

44. Votre travail entraîne-t-il une fatigue importante en fin de journée au niveau des poignets/mains?  
non<sup>0</sup> <1x/sem<sup>1</sup> >1x/sem<sup>2</sup>

## POSTES DE TRAVAIL ANTERIEURS

45. Quels étaient vos postes de travail antérieurs?

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

## ERGOROM - Enquête: Questionnaire MOYEN

Les travaux exigeaient-ils de façon habituelle?

- |                                    |                   |                     |                     |                     |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 46. des efforts de levage          | nuls <sup>1</sup> | légers <sup>2</sup> | moyens <sup>3</sup> | lourds <sup>4</sup> |
| 47. des efforts des poignets/mains | nuls <sup>1</sup> | légers <sup>2</sup> | moyens <sup>3</sup> | lourds <sup>4</sup> |

Votre travail exigeait-il?

- |  |                     |                      |                      |                       |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 48. la répétition de mouvements identiques | jamais <sup>1</sup> | parfois <sup>2</sup> | souvent <sup>3</sup> | toujours <sup>4</sup> |
| 49. l'utilisation d'outils vibrants        | jamais <sup>1</sup> | parfois <sup>2</sup> | souvent <sup>3</sup> | toujours <sup>4</sup> |
| 50. des postures inconfortables des bras   | jamais <sup>1</sup> | parfois <sup>2</sup> | souvent <sup>3</sup> | toujours <sup>4</sup> |

51. Votre travail entraînait-il une fatigue importante en fin de journée au niveau des poignets/mains?
- |                  |                      |                      |
|------------------|----------------------|----------------------|
| non <sup>0</sup> | <1x/sem <sup>1</sup> | >1x/sem <sup>2</sup> |
|------------------|----------------------|----------------------|

### PERCEPTION ET APPRECIATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

52. Devez-vous vous dépêcher pour faire votre travail?

- |                         |                          |                     |                    |                       |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

53. Pouvez-vous vous arrêter et vous reposer un instant quand vous le voulez? (en dehors de vos pauses repas)

- |                         |                          |                     |                    |                       |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

54. Faites-vous des heures supplémentaires?

- |                         |                          |                     |                    |                       |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

55. 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 <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

56. Est-ce que vous vous aidez entre collègues dans votre travail?

- |                         |                          |                     |                    |                       |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

57. Est-ce qu'il y a des problèmes avec les outils, les machines ou le logiciel? (pannes, défauts de fabrication)

- |                         |                          |                     |                    |                       |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

58. Votre travail est-il monotone (routinier) ?

- |                         |                          |                     |                    |                   |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Très <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

59. Etes-vous autonome (indépendant, libre) dans votre travail?

- |                         |                          |                     |                    |                   |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Très <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

60. Votre travail est-il physiquement fatigant?

- |                         |                          |                     |                    |                   |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Très <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

61. Votre travail est-il mentalement fatigant (demande-t-il de l'attention, de la concentration)?

- |                         |                          |                     |                    |                   |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Très <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

62. Votre emploi est-il menacé économiquement? (sécurité d'emploi)

- |                         |                          |                     |                    |                   |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Pas d'avis <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Très <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

63. 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 <sup>1</sup> | Pas du tout <sup>2</sup> | Un peu <sup>3</sup> | Assez <sup>4</sup> | Beaucoup <sup>5</sup> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

## ERGOROM - Enquête: Questionnaire MOYEN

64. Dans quelle mesure votre travail est-il contrôlé?	Pas d'avis <sup>1</sup>	Pas du tout <sup>2</sup>	Un peu <sup>3</sup>	Assez <sup>4</sup>	Très <sup>5</sup>
65. Les relations (entente) avec vos collègues vous satisfont-elles?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
66. Les relations avec vos supérieurs vous satisfont-elles?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
67. Etes-vous satisfait de votre travail actuel?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
68. Vous sentez-vous apprécié dans votre travail?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺
69. Vous sentez-vous tendu, crispé, stressé?	1 = ☹☹	2 = ☹	3 = ☹	4 = ☺	5 = ☺☺