

Exemple:





QUESTIONNAIRE DE SUIVI (volet général)
Ce questionnaire s'intéresse à votre santé et à votre devenir socio-professionnel depuis votre première participation au réseau de surveillance des troubles musculo-squelettiques des Pays de la Loire en 2002, 2003 ou 2004.
Nous vous remercions de bien vouloir y répondre avec précision. Afin d'assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions vous concernant. Pour cela, veillez à respecter les indications fournies au cours du questionnaire.
Conformément aux dispositions de la loi sur l'Informatique et les libertés, nous vous garantissons, comme lors de votre précédente participation, le respect de la stricte confidentialité des informations recueillies.
Une fois le questionnaire rempli, merci de nous le renvoyer par courrier à l'aide de l'enveloppe timbrée ci-jointe, ou à l'adresse indiquée au dos du questionnaire.
COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?
<ul> <li>Lorsque le questionnaire se présente sous la forme de petites cases, cochez celle qui correspond le mieux à votre réponse. Lorsque vous pouvez cocher plusieurs cases, cela vous est précisé.</li> </ul>
Exemple : 2. Êtes-vous ? Un homme ⊠ Une femme □
<ul> <li>Lorsque le questionnaire se présente sous la forme de cases à remplir, veuillez les compléter de la manière la plus précise possible.</li> </ul>

• Pour certaines questions, nous vous demandons de bien vouloir vous placer sur une échelle. Vous devez entourer le chiffre qui reflète le mieux ce que vous ressentez.

Par exemple, si vous vous jugez peu stressé, vous entourerez :

Pas du tout stressé |\_0\_|\_1\_|\_2\_3|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_|\_8\_|\_9\_|\_10\_| Très stressé

5. Quelle est votre taille ? |\_1\_|\_7\_|\_0\_| cm

1. À quelle date remplissez-vous ce	questionnaire?	_    <sub>-</sub> jour n	_ _  20 nois	007			
2. Êtes-vous ?		Un homm	e 🗆	Une fe	emme [	]	
3. Quelle est votre année de naissa	nce ?	19					
4. Êtes-vous ?		Droitier (è	re)□	Gauch	ner (ère) [	☐ Ambid	lextre□
5. Quelle est votre taille ?			cm				
6. Quel est votre poids?			kg				
7. Quel est le diplôme le plus élevé Pas de diplôme							П
Certificat d'études, diplôme de							
BEPC	_	,	,				
CAP, BEP							
Bac général, technique, ou pro							
Bac + 2							
Diplôme supérieur à Bac + 2							
Diplome Superiour a Dae 1 2							ш
8. Avez-vous eu, au cours des 12 c	lerniers mois. des	s problème	es (courb	atures. do	uleurs. aêi	ne. enaourd	issement)
au niveau des zones du corps suiva		•	•		_	•	ŕ
				- <b>,</b> ,			
Nuque		Oui	Non		Du côté droit	Du côté gauche	Des deux côtés
Épaule	Nuque / cou	🗆					
Haut du dos	Epaule / bras	🗆		Si oui :			
Bras	Coude/ avant-bra	as 🗆		Si oui :			
Bas du dos Avant-bras	Main / poignet	🗆		Si oui :			
Poignet - Main	Doigts	🗆		Si oui :			
Hanche - Cuisse	Haut du dos						
Genou	Bas du dos	🗆					
	Hanche / cuisse.			Si oui :			
Chavilla	Genou / jambe			Si oui :			

Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, passez directement à la question 12

Cheville / pied...... □

Si oui :

	Moins de 24 heures	1 à 7 jours	8 à 30 jours	Plus de 30 jours	En permanence
Nuque / cou					
Epaule / bras					
Coude/ avant-bras					
Main / poignet					
Doigts					
Haut du dos					
Bas du dos					
Hanche / cuisse					
Genou / jambe					
			П		
	□ douleurs du ba	□ as du dos (lomb	□ palgies) <b>au moin</b>	s un jour au d	cours des 12 d
Si vous avez souffert de de le se s'agissait-il de ?	douleurs du ba	as du dos (lomb	palgies) <b>au moin</b>	S un jour au d	cours des 12 d
Si vous avez souffert de dis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec	douleurs du ba	as du dos (lomb	balgies) <b>au moin</b>	Oui	Non
Si vous avez souffert de dis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec	douleurs du ba	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa	bas que le genou	Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule	des douleurs s des douleurs s des douleurs r	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée)	bas que le genou	Oui	Non
Si vous avez souffert de dis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec	douleurs du ba	as du dos (lomb	balgies) <b>au moin</b>	Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule	des douleurs s des douleurs s des douleurs r	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée)	bas que le genou	Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule	des douleurs s des douleurs r eur lombaire ai mbalgie	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée)	bas que le genou	Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule Autre type de lo	des douleurs s des douleurs s des douleurs r eur lombaire ai mbalgie	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée)	bas que le genou	Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule Autre type de lo	des douleurs s des douleurs s eur lombaire ai mbalgie	as du dos (lomb s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée)	bas que le genou	Oui  Oui	Non
Si vous avez souffert de de sis, s'agissait-il de ?  Sciatique, avec Sciatique, avec Lumbago (doule Autre type de lo	des douleurs s des douleurs s eur lombaire ai mbalgie	s'étendant plus ne dépassant pa guë localisée) urs des <b>12 dern</b> i Oui Non	bas que le genou as le genou	Oui Oui Ous:	Non

9. Durant ces 12 derniers mois, combien de temps, au total, avez-vous souffert ? Pour chacune des zones du

corps où vous avez souffert, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

Nuque / cou				Du côté droit	gauche	côt	és
Epaule / bras							
=			Si oui :				]
Coude/ avant-bras			Si oui :				]
Main / poignet			Si oui :				]
Doigts			Si oui :				]
Haut du dos							
Bas du dos							
Hanche / cuisse			Si oui :				]
Genou / jambe			Si oui :				]
			Si oui :				]
ous avez répondu NO		ces ques	tions, pass		·	N	lon
Cheville / pied  ous avez répondu NO  Si vous avez eu des d  Les douleurs étaient-e	ON à toutes louleurs de	s ces ques e (des) l'ép	tions, pass paule(s) au d	cours des <b>7 derni</b> e	ers jours, Oui		
ous avez répondu NO Si vous avez eu des d	ON à toutes louleurs de	ces ques (des) l'ép tuées lorso	tions, pass paule(s) au d que vous effo le ?	cours des <b>7 dernie</b> ectuez un mouven	Oui		lon
ous avez répondu NO Si vous avez eu des d Les douleurs étaient-e comme pour vous gra	ON à toutes louleurs de	tuées lorso par exemp de 4 jours	paule(s) au o	ectuez un mouven	Oui		
Comme pour vous gra	ON à toutes louleurs de	tuées lorso par exemp de 4 jours	paule(s) au o	ectuez un mouven	Oui		
Comme pour vous gra	on à toutes louleurs de elles accen atter le dos s duré plus	tuées lorso par exemp de 4 jours	paule(s) au o	ectuez un mouven	Oui nent		
Cous avez répondu NO  Si vous avez eu des d  Les douleurs étaient-e comme pour vous gra Les douleurs ont-elles  Si vous avez eu des d	elles accen atter le dos s duré plus	tuées lorso par exemp de 4 jours u (des) cou	que vous effe le ? ces 7 dernie	ectuez un mouven ers jours ?ers des 7 dernier e manuelle ?	Oui nent s jours,	Oui	No

12. Avez-vous eu, au cours des **7 derniers jours**, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement)

Nuque / cou	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Epaule / bras	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Coude/ avant-bras	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Main / poignet	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Doigts	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Haut du dos	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Bas du dos	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Hanche / cuisse	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Genou / jambe	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Cheville / pied	Ni gêne ni douleur	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	Gêne ou douleur intolérable
Pas	du tout stressé  _(	s du tout stressé, à 10, très stressé  D_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_   problème de santé important ou eu un accident gr	Très stressé rave ayant influé sur votre
Oui			
Si oui, préc	isez :		
Patho	ologie:		
Année	e:  _2_ _0_		
Oui□ Si oui, préc	Non □ isez :	ne déclaration de maladie professionnelle ?	
	e de la déclaration :	_2_ _0_	
20. Depuis 2002, a Oui□		nu travailleur handicapé?	

16. Comment évaluez-vous l'intensité de ce(s) problème(s) au moment où vous remplissez le questionnaire,

sur l'échelle ci-dessous ? Pour chacune des zones du corps, entourez la case correspondante

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Bien meilleur que l'an dernier   Plutôt meilleur   A peu près pareil   Plutôt moins bon   Beaucoup moins bon   Beaucoup moins bon    Beaucoup moins bon    Beaucoup moins bon    Beaucoup moins bon    Dui, beaucoup limité(e) en raison de votre état de santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e) l	21. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :			
Bonne	Excellente			
Médiocre	Très bonne□			
22. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?  Bien meilleur que l'an dernier	Bonne			
22. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?  Bien meilleur que l'an dernier	Médiocre□			
Bien meilleur que l'an dernier	Mauvaise□			
Bien meilleur que l'an dernier   Plutôt meilleur	22. Par rapport à l'année dernière à la même époque, co	mment trouvez-vo	ous votre état	de santé en ce
Plutôt meilleur	moment ?			
A peu près pareil	·			
Plutôt moins bon				
23. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.    Oui, beaucoup   Oui, un peu   Ilmité(e)   Non, pas du tout   Ilmité(e)				
23. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.    Oui, beaucoup   Oui, un peu   Non, pas du tout   limité(e)   limité(e)				
elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.    Oui, beaucoup   Ilimité(e)   Non, pas du tout   Ilimité(e)   Ilimité(e)	Beaucoup moins bon			
limité(e)   limi	22 Voici una lista disativitée que vous pouvez queix à faire dens		IAS IOURS POIL	r chacune d'entre
1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	·	santé actuel.		
passer l'aspirateur, jouer aux boules	·	santé actuel.  Oui, beaucoup	Oui, un peu	•
4. Monter plusieurs étages par l'escalier	elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de  1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un	Santé actuel.  Oui, beaucoup  limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
5. Monter un étage par l'escalier	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	Santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e) □
6. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	Santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e) □
7. Marcher plus d'un km à pied	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	Santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
8. Marcher plusieurs centaines de mètres	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
9. Marcher <b>une centaine de mètres</b>	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
10. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)
	1. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	santé actuel.  Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	limité(e)

	Oui	Non
1. Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles ?		
2. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité ?		
3. Avez-vous dû arrêter de faire <b>certaines</b> choses ?		
4. Avez-vous eu des <b>difficultés</b> à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?		
25. Au cours de ces <b>4 dernières semaines</b> , et en raison de votre <b>état émotionnel</b> (con nerveux(se) ou déprimé(e)),	nme vous s	entir triste
·	Oui	Non
Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles ?		
2. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité ?		
3. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?		
Pas du tout       □         Un petit peu       □         Moyennement       □         Beaucoup       □         Enormément       □		
27. Au cours de ces <b>4 dernières semaines</b> , quelle a été l'intensité de vos <b>douleurs physiqu</b>	ues ?	
Nulle□		
Très faible□		
Faible□		
Moyenne□		
Grande□		
Très grande□		
28. Au cours de ces <b>4 dernières semaines</b> , dans quelle mesure vos <b>douleurs physiques</b> dans votre travail ou vos activités domestiques ?  Pas du tout	vous ont-ell	es limité(e
Beaucoup		
Enormément		

24. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des mom	ents où :					
·	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?						
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?						
30. Au cours de ces 4 dernières semaines, émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie so connaissances ?  En permanence	ciale et vos re	lations av	ec les auti	res, votre far	mille, vos am	is, vos
	Totalen vraie					lement usse
Je tombe malade plus facilement que les autr	es 🗆					
2. Je me porte aussi bien que n'importe qui	🗆					
3. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	🗆					
4. Je suis en excellente santé					<b>_</b>	

29. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de

Dans la suite du questionnaire, nous allons aborder vos conditions de travail. Il est nécessaire pour nous de connaître la situation dans laquelle vous vous trouvez actuellement, par rapport à celle dans laquelle vous étiez en 2002. Merci de vous situer dans l'une des quatre situations ci-dessous.

2) Vous êtes dans la même entreprise, mais vous avez changé de poste(s) de travail □	
3) Vous avez changé d'entreprise	
Précisez en quelle année.	
Année :  _2_ _0_	
4) Vous n'êtes pas en activité	
Précisez votre situation actuelle ci-dessous, puis passez directement à la page 16	ì <u>.</u>
Retraité(e) ou préretraité(e)	
Chômeur ou à la recherche d'un emploi□	
En arrêt volontaire d'activité (par ex. congé parental, année sabbatique) □	
En invalidité	
En arrêt maladie□	
Autre, précisez	
33. Dans quel département travaillez-vous actuellement ? Notez le numéro du département. Ex : 49 pour Maine et Loire	_
34. Quel est votre contrat de travail actuel ? Cochez une seule case	
34. Quel est votre contrat de travail actuel ? Cocnez une seule case  Emploi sans limite de durée (CDI)	
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.) 🗆
Emploi sans limite de durée (CDI)	c.)

37. Quelle est la taille de votre entrepr	rise?	
Moins de 10 salariés	□ De 50 à 199 salariés □	
De 10 à 49 salariés	.□ 200 salariés et plus□	
38. Êtes-vous ? Cochez une seule cas	se	
Manœuvre ou ouvrier(ère) spéc	cialisé(e)	
Ouvrier(ère) qualifié(e) ou haute	ement qualifié(e) ou technicien(ne) d'atelier	
Directeur général ou adjoint au	directeur	
Technicien(ne), dessinateur(rice	e), VRP	
Instituteur(rice), assistant(e) soo	cial(e), infirmier(ère), autre personnel de catégorie B de la fonc	tion
, , ,		
Professeur et personnel de caté	égorie A de la fonction publique	
•	merce, agent de service, aide soignant(e), gardien(ne) d'enfant	
,	O de la fonction publique	
· •		
	es tâches ou activités que vous devez accomplir dans votre em des courriers, accueil téléphonique, renseignements divers)	ploi actuel ?
41 Quel nombre d'heures de travail a	Ne pas remplir PCS	
41. Quel nombre uneures de travair a	vez vous chestus lors de la definiere semante travalles :	1100103
42. Votre durée de travail hebdomada	ire est-elle variable? Oui□ Non□	
43. Travaillez-vous en équipe postée '	? Une seule réponse	
Oui, en équipe alternante (en 2 x	8, en 3 x 8 ou plus)□	
Oui, en équipe fixe		
Non	□	
44. Quand vous embauchez le matin d	ou en début de poste, savez-vous quelles sont les tâches que	vous aurez à
effectuer au cours de votre journée de	e travail ?	
Jamais	□ Souvent□	
Rarement	□ Toujours □	

45. Travaillez-vous avec des	collegues qui se trouvent e	en situation precaire (CDD, interimaires) ?
Jamais	Souvent	
Rarement	Toujours	
46. Occupez-vous différents	postes ou fonctions (polyva	lence) au cours de votre travail ?
Presque jamais / jama	s	
1 à 3 jours par mois		
1 jour par semaine		
2 à 4 jours par semain	<b></b> □	
Tous les jours		
47. Certains éléments de vot	e salaire dépendent-ils de	la quantité ou de la qualité de votre travail ?
Oui□ Non	🗆	
Les que		rtent à une journée typique de travail 12 DERNIERS MOIS
18 Comment évaluez-vous	l'intensité des efforts nhys	siques de votre travail au cours d'une journée typique de
		oix sur l'échelle graduée de 6 à 20 ci-dessous, qui va de
« pas d'effort du tout » à « é		
6 Pas d'effo	rt du tout	
7 Extrêmen	ent léger	
8		
9 Très lége		
10		
11 Léger 12		
13 Un peu di	ır	
14		
15 Dur		
16		
17 Très dur		
18		
19 Extrêmen	ent dur	
20 Epuisant		
49. Votre travail nécessite-t-i	habituellement de répéter	les mêmes actions plus de 2 à 4 fois environ par minute?
Jamais	De 2 à 4 h	eures par jour □
Moins de 2 heures par	jour□ Plus de 4 h	eures par jour □

50. Pouvez-vous interrompre votre	travail o	u changei	r de tâche d	ou d'activité pen	dant 10 minutes	s ou plus chaque
heure ?						
Jamais	□	Souvent				
Rarement		Toujours.				
51. Au cours d'une journée typique	de travai	l:				
			Non ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures/jour)	Souvent (2 à 4 heures/jour)	Toujours ou presque toujours
Devez-vous vous pencher <b>en avant</b> ou de manière prolongée ?						
Devez-vous vous pencher <b>sur le cô</b> ou de manière prolongée ?						
52. Au cours d'une journée typique	de travai	I, combien	de temps p	assez-vous à po	orter une charge	qui pèse :
		·	Jamais ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures/jour)	Souvent (2 à 4 heures/jour)	Toujours ou la plupart du temps
Moins de 10 kg ?						
10 à 25 kg ?						
Plus de 25 kg ?						
53. Au cours d'une journée typique	de travai	l, manipule	Jamais ou presque jamais	Rarement un ob Rarement (moins de 2 heures/jour)	Souvent (2 à 4 heures/jour)	ge qui pèse :  Toujours ou la plupart du temps
1 à 4 kg ?						
Plus de 4 kg ?						
54. Au cours d'une journée typique automoteur ?  Non ou presque jamais □  55. Au cours d'une journée typique	Moins	de 4 heur	uisez-vous res par jour	-	antier, un tracte de 4 heures par	
			Jamais ou presque jamais	Rarement	Souvent	Toujours ou la plupart du temps
Utilisez-vous des outils vibrants ou la (es) main(s) sur des machines vib		•				
Manipulez-vous des objets froids (mou travaillez-vous au froid (moins de						

56. Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous :				
	Non ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures/jour)	Souvent (2 à 4 heures/jour)	Toujours ou presque toujours
Un écran d'ordinateur ou de contrôle ?	. 🗆			
Un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue d'entrée de données (crayon optique, scanner, douchette, etc.) ?				
57. Combien de temps devez-vous adopter les posit	ions suivantes	au cours d'un	e journée typic	que de travail :
	Jama ou pres jama	sque (moins de		La plupart du temps (plus de 4 heures par jour)
Pencher la tête <b>en avant</b> régulièrement ou de manière prolongée ?				
Pencher la tête <b>en arrière</b> régulièrement ou de manière prolongée ?				
Travailler avec un ou deux bras en l'air (au-dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée ?				
Attraper régulièrement des objets derrière le dos ?				
Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée ?				
Fléchir le(s) coude(s) régulièrement ou de manière prolongée ?				
Tourner la main comme pour visser ?				
Tordre le poignet ?				
Presser ou prendre fermement des objets ou des pièces entre le pouce et l'index ?				

qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. 1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives Pas du tout d'accord...... □ D'accord..... Tout à fait d'accord ......□ Pas d'accord ...... □ 3. Mon travail me demande d'être créatif Pas d'accord ...... □ Pas du tout d'accord...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 5. Mon travail demande un haut niveau de compétence Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail D'accord ..... □ Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ Tout à fait d'accord ......□ 7. Dans mon travail, j'ai des activités variées Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord .......□ 8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 10. Mon travail demande de travailler très vite Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... □ Tout à fait d'accord ......□ 11. Mon travail demande de travailler intensément D'accord ..... Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ Tout à fait d'accord ......□ 12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ D'accord ..... Tout à fait d'accord ......□ 13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail D'accord ..... □ Pas du tout d'accord...... □ Pas d'accord ...... □ Tout à fait d'accord ......□

58. Les questions suivantes se rapportent à votre travail habituel au cours des 12 derniers mois. Cochez la case

14. Je reçois des ordres contradio	toires de la part d'autres	s personnes	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord	Tout à fait d'accord□
15. Mon travail nécessite de longu	ies périodes de concenti	ration intense	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
16. Mes tâches sont souvent inter	rompues avant d'être ac	hevées, nécessitant de	les reprendre plus tard
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
17. Mon travail est très « bousculé	· »		
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
18. Attendre le travail de collègue	s ou d'autres départeme	nts ralentit souvent mo	n propre travail
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
19. Mon supérieur se sent concer	né par le bien-être de ses	s subordonnés	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord	Tout à fait d'accord□
20. Mon supérieur prête attention	à ce que je dis		
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
21. Mon supérieur m'aide à mener	ma tâche à bien		
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
22. Mon supérieur réussit facileme	ent à faire collaborer ses	subordonnés	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord	Tout à fait d'accord□
23. Les collègues avec qui je trava	aille sont des gens profe	ssionnellement compét	ents
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
24. Les collègues avec qui je trava	aille me manifestent de l'	'intérêt	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord	Tout à fait d'accord□
25. Les collègues avec qui je trava	aille sont amicaux		
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□
26. Les collègues avec qui je trava	aille m'aident à mener le	s tâches à bien	
Pas du tout d'accord □	Pas d'accord □	D'accord □	Tout à fait d'accord□

## Merci de votre participation!

N'oubliez pas de nous renvoyer ce questionnaire à l'aide de l'enveloppe ci-jointe, ou à l'adresse suivante :

Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail (LEEST), Médecine E - CHU - 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex

Si vous avez des remarques éventuelles concernant votre santé ou votre travail, n'hésitez pas à les inscrire ci-dessous.

Si vous avez récemment changé d'adresse ou envisagez de le faire, merci d'indiquer ci-dess	sous vos nouvelles
coordonnées afin que nous puissions vous contacter si besoin (ces données ne seront pas	s informatisées):
Nom :	
Prénom :	
Adresse:	
Code postal :	
Commune:	