



1. À quelle date remplissez-vous ce questionnaire ? |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 2007  
*jour mois*

2. Êtes-vous ? Un homme .....  Une femme .....

3. Quelle est votre année de naissance ? 19|\_\_|\_\_|

4. Êtes-vous ? Droitier (ère) ...  Gaucher (ère) ..  Ambidextre .....

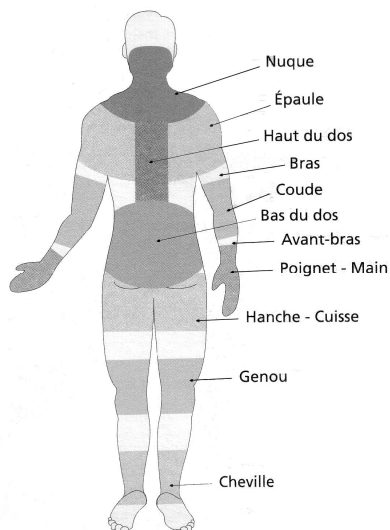
5. Quelle est votre taille ? |\_\_|\_\_|\_\_| cm

6. Quel est votre poids ? |\_\_|\_\_|\_\_| kg

7. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- Pas de diplôme .....
- Certificat d'études, diplôme de fin d'études obligatoire (DFEO) .....
- BEPC .....
- CAP, BEP .....
- Bac général, technique, ou professionnel .....
- Bac + 2 .....
- Diplôme supérieur à Bac + 2 .....

8. Avez-vous eu, au cours des **12 derniers mois**, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ? *Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondant*

	Oui	Non		Du côté droit	Du côté gauche	Des deux côtés
						
Nuque / cou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Epaule / bras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bas du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hanche / cuisse...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou / jambe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheville / pied.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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*

	Moins de 24 heures	1 à 7 jours	8 à 30 jours	Plus de 30 jours	En permanence
Nuque / cou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epaule / bras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanche / cuisse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou / jambe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheville / pied.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Si vous avez souffert de douleurs du bas du dos (lombalgies) **au moins un jour au cours des 12 derniers mois**, s'agissait-il de ?

	Oui	Non
Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre type de lombalgie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. À cause de vos douleurs ou gêne au cours des **12 derniers mois**, avez-vous :

	Oui	Non	
Eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail ?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez le nombre total de <b>jours</b> :  _ _ _
Consulté un médecin ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez le nombre de <b>fois</b> :  _ _ _
Consulté un kinésithérapeute ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez le nombre de <b>fois</b> :  _ _ _

12. Avez-vous eu, au cours des **7 derniers jours**, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ? *Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante*

	Oui	Non		Du côté droit	Du côté gauche	Des deux côtés
Nuque / cou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Epaule / bras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bas du dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hanche / cuisse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou / jambe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheville / pied.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

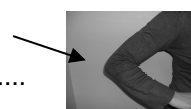
**Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, passez directement à la question 17.**

13. **Si vous avez eu des douleurs de (des) l'épaule(s)** au cours des **7 derniers jours**,

	Oui	Non
Les douleurs étaient-elles accentuées lorsque vous effectuez un mouvement comme pour vous gratter le dos par exemple ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les douleurs ont-elles duré plus de 4 jours ces 7 derniers jours ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Si vous avez eu des douleurs du (des) coude(s)** au cours des **7 derniers jours**,

	Oui	Non
Les douleurs étaient-elles intermittentes, liées à l'activité manuelle ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les douleurs étaient-elles directement localisées à la face externe du coude ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les douleurs ont-elles duré plus de 4 jours ces 7 derniers jours ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15. **Si vous avez eu des douleurs, des fourmillements ou un engourdissement de la (des) main(s)** au cours des **7 derniers jours**,

	Oui	Non
S'agissait-il de fourmillements ou de douleurs intermittentes dans au moins deux des trois premiers doigts (pouce, index, majeur) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les symptômes étaient-ils présents la nuit ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les symptômes ont-ils duré plus de 4 jours ces 7 derniers jours ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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*

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

17. À quel niveau situez-vous votre état de stress sur l'échelle suivante ? *Entourez le chiffre correspondant à l'état dans lequel vous vous situez de 0, pas du tout stressé, à 10, très stressé*

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

18. Depuis 2002, avez-vous connu un problème de santé important ou eu un accident grave ayant influé sur votre état de santé actuel ?

Oui .....    Non .....

**Si oui, précisez :**

Pathologie : .....

.....

Année :    |\_2\_|\_0\_|\_||\_|

19. Depuis 2002, avez-vous effectué une déclaration de maladie professionnelle ?

Oui .....    Non .....

**Si oui, précisez :**

Nom de la pathologie: .....

.....

Année de la déclaration :    |\_2\_|\_0\_|\_||\_|

20. Depuis 2002, avez-vous été reconnu travailleur handicapé?

Oui .....    Non .....

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.

21. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente .....
- Très bonne .....
- Bonne .....
- Médiocre .....
- Mauvaise .....

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 ....
- Plutôt meilleur .....
- A peu près pareil .....
- Plutôt moins bon .....
- Beaucoup 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 limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
1. <b>Efforts physiques importants</b> tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Efforts physiques modérés</b> tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soulever et porter les courses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Monter <b>plusieurs étages</b> par l'escalier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Monter <b>un étage</b> par l'escalier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marcher <b>plus d'un km</b> à pied.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marcher <b>plusieurs centaines de mètres</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Marcher <b>une centaine de mètres</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
1. Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous dû arrêter de faire <b>certaines</b> choses ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

	Oui	Non
1. Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire <b>avec autant de soin et d'attention</b> que d'habitude ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Au cours de ces **4 dernières semaines**, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Pas du tout .....
- Un petit peu .....
- Moyennement.....
- Beaucoup.....
- Enormément .....

27. Au cours de ces **4 dernières semaines**, quelle a été l'intensité de vos **douleurs physiques** ?

- Nulle.....
- Très faible .....
- Faible .....
- Moyenne .....
- Grande.....
- Très grande .....

28. Au cours de ces **4 dernières semaines**, dans quelle mesure vos **douleurs physiques** vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout .....
- Un petit peu .....
- Moyennement.....
- Beaucoup.....
- Enormément .....

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 ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Au cours de ces **4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où votre **état de santé physique ou émotionnel**, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- En permanence .....
- Une bonne partie du temps .....
- De temps en temps .....
- Rarement.....
- Jamais .....

31. Indiquez, pour **chacune** des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
1. Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me porte aussi bien que n'importe qui.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis en excellente santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

32. Actuellement:

1) Vous êtes dans la même entreprise, toujours au(x) même(s) poste(s) de travail .....

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.**

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

Emploi sans limite de durée (CDI) .....

Sous contrat à durée déterminée (CDD) ou autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, etc.) ....

Intérimaire (placé par une agence d'intérim) .....

Fonctionnaire .....

Contrat de formation à l'emploi en alternance (ou apprenti(e)) .....

Contrat de mesure pour l'emploi (ou stagiaire) .....

35. Quelle est votre ancienneté dans l'emploi actuel ?

Moins de 1 an .....       Entre 3 et 10 ans .....

Entre 1 et 2 ans .....       Plus de 10 ans .....

36. Dans quel secteur d'activité travaillez-vous actuellement ? Cochez une seule case

Agriculture .....       Secteur privé non agricole .....       Secteur public .....

37. Quelle est la taille de votre entreprise ?

- Moins de 10 salariés..... De 50 à 199 salariés.....  
De 10 à 49 salariés..... 200 salariés et plus.....

38. Êtes-vous ? *Cochez une seule case*

- Manœuvre ou ouvrier(ère) spécialisé(e) .....  
Ouvrier(ère) qualifié(e) ou hautement qualifié(e) ou technicien(ne) d'atelier .....  
Agent de maîtrise .....  
Directeur général ou adjoint au directeur .....  
Technicien(ne), dessinateur(rice), VRP .....  
Instituteur(rice), assistant(e) social(e), infirmier(ère), autre personnel de catégorie B de la fonction publique .....  
Ingénieur ou cadre .....  
Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique .....  
Employé(e) de bureau, de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardien(ne) d'enfant, personnel de catégories C ou D de la fonction publique.....  
Autre cas (précisez en clair) : .....

39. Quel emploi occupez-vous actuellement ? *Précisez en clair l'intitulé (exemple : secrétariat dans une entreprise commerciale)*

---

---

---

40. Pouvez-vous décrire les principales tâches ou activités que vous devez accomplir dans votre emploi actuel ? *(exemple : accueil des clients, frappe des courriers, accueil téléphonique, renseignements divers)*

---

---

---

Ne pas remplir PCS |\_|\_|\_|\_|\_|

41. Quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué lors de la dernière semaine travaillée ? |\_|\_| heures

42. Votre durée de travail hebdomadaire 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 ou en début de poste, savez-vous quelles sont les tâches que vous aurez à effectuer au cours de votre journée de travail ?

- Jamais ..... Souvent.....  
Rarement..... Toujours .....

45. Travaillez-vous avec des collègues qui se trouvent en situation précaire (CDD, intérimaires) ?

- Jamais .....      Souvent .....  
Rarement .....      Toujours .....

46. Occupez-vous différents postes ou fonctions (polyvalence) au cours de votre travail ?

- Presque jamais / jamais .....  
1 à 3 jours par mois .....  
1 jour par semaine .....  
2 à 4 jours par semaine .....  
Tous les jours .....

47. Certains éléments de votre salaire dépendent-ils de la quantité ou de la qualité de votre travail ?

- Oui .....      Non .....

**Les questions suivantes se rapportent à une journée typique de travail  
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**

48. Comment évaluez-vous l'intensité des efforts physiques de votre travail au cours d'une journée typique de travail ? **Entourez le chiffre** correspondant à votre choix sur l'échelle graduée de 6 à 20 ci-dessous, qui va de « pas d'effort du tout » à « épuisant »

- 6      Pas d'effort du tout  
7      Extrêmement léger  
8  
9      Très léger  
10  
11      Léger  
12  
13      Un peu dur  
14  
15      Dur  
16  
17      Très dur  
18  
19      Extrêmement dur  
20      Epuisant

49. Votre travail nécessite-t-il habituellement de répéter les mêmes actions plus de 2 à 4 fois environ **par minute** ?

- Jamais .....      De 2 à 4 heures par jour .....  
Moins de 2 heures par jour .....      Plus de 4 heures par jour .....

50. Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ?

Jamais ..... Souvent.....

Rarement..... Toujours .....

51. Au cours d'une journée typique de travail :

	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> régulièrement ou de manière prolongée ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devez-vous vous pencher <b>sur le côté</b> régulièrement ou de manière prolongée ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Au cours d'une journée typique de travail, combien de temps passez-vous à porter 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 ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 à 25 kg ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 25 kg ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Au cours d'une journée typique de travail, manipulez vous régulièrement un objet ou 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
1 à 4 kg ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 4 kg ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Au cours d'une journée typique de travail, conduisez-vous un engin de chantier, un tracteur ou un chariot automoteur ?

Non ou presque jamais..... Moins de 4 heures par jour ..... Plus de 4 heures par jour .....

55. Au cours d'une journée typique de travail :

	Jamais ou presque jamais	Rarement	Souvent	Toujours ou la plupart du temps
Utilisez-vous des outils vibrants ou devez-vous poser la (es) main(s) sur des machines vibrantes ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulez-vous des objets froids (moins de 15°C) ou travaillez-vous au froid (moins de 15°C) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue d'entrée de données (crayon optique, scanner, douchette, etc.) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Combien de temps devez-vous adopter les positions suivantes **au cours d'une journée typique de travail** :

	Jamais ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures par jour)	Souvent (2 à 4 heures par jour)	La plupart du temps (plus de 4 heures par jour)
Pencher la tête <b>en avant</b> régulièrement ou de manière prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pencher la tête <b>en arrière</b> régulièrement ou de manière prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler avec un ou deux bras en l'air (au-dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attraper régulièrement des objets derrière le dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fléchir le(s) coude(s) régulièrement ou de manière prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourner la main comme pour visser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tordre le poignet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presser ou prendre fermement des objets ou des pièces entre le pouce et l'index ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Les questions suivantes se rapportent à votre travail habituel **au cours des 12 derniers mois**. Cochez la case 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.....  Pas d'accord .....  D'accord.....  Tout à fait d'accord .....

**3. Mon travail me demande d'être créatif**

Pas du tout d'accord.....  Pas 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**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  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**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  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**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord.....  Tout à fait d'accord .....

**14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

**15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

**16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, 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 collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

**19. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses 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 facilement 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 travaille sont des gens professionnellement compétents**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

**24. Les collègues avec qui je travaille 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 travaille sont amicaux**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

**26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien**

Pas du tout d'accord.....  Pas d'accord .....  D'accord .....  Tout à fait d'accord .....

Les questions suivantes se rapportent plus particulièrement à votre **pathologie de l'épaule** et ont pour but d'apprécier les répercussions socio-professionnelles de votre pathologie. Elles seront complétées par le nouvel examen clinique que vous réaliserez avec votre médecin du travail au cours de l'année 2007.

59. En quelle année ont débuté vos problèmes d'épaule ?                   |\_|\_|\_|\_|

60. De quel(s) côté(s) souffrez-vous de l'épaule ?

Du côté droit .....     Du côté gauche .....     Des deux côtés .....

61. Le début de vos symptômes à l'épaule a été :

Brutal .....     Progressif .....

62. Depuis 2002, avez-vous le sentiment que vos symptômes à l'épaule ont :

Augmenté .....     Diminué .....     Sont restés identiques ....

63. À cause de vos douleurs ou gêne à l'épaule **au cours des 12 derniers mois**, avez-vous :

Oui    Non

Eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail ? .....         Si Oui, précisez le nombre total de **jours** : |\_|\_|\_|\_|

Consulté un médecin généraliste ou spécialiste ? ..         Si Oui, précisez le nombre de **fois** : |\_|\_|\_|\_|

Consulté un kinésithérapeute ? .....         Si Oui, précisez le nombre de **fois** : |\_|\_|\_|\_|

64. De quels traitements bénéficiez-vous (ou avez-vous bénéficié) pour votre problème à l'épaule ? *Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

Oui    Non

Antalgiques (anti-douleur).....    

Anti-inflammatoires .....    

Kinésithérapie .....    

Infiltrations .....    

Chirurgie .....         Si Oui, en quelle année ? |\_|\_|\_|\_|

Autre .....         Si Oui, précisez : .....

65. Avez-vous bénéficié d'un aménagement de vos conditions de travail en raison de votre problème à l'épaule ?

Oui .....     Non .....

66. Depuis 2002, avez-vous effectué une déclaration de maladie professionnelle pour votre épaule ?

Oui .....     Non .....

**Si oui, précisez :**

Année de la déclaration : |\_|\_2\_|\_0\_|\_|\_|\_|

Côté concerné :            Epaule droite .....     Epaule gauche .....

Les questions suivantes s'intéressent à ce que vous ressentez et à vos possibilités d'accomplir certaines activités. Veuillez répondre à **toutes** les questions en considérant vos possibilités **au cours des 7 derniers jours**. Si vous n'avez pas eu l'occasion de pratiquer certaines de ces activités au cours des 7 derniers jours, veuillez entourer la réponse qui vous semble la plus exacte si vous aviez dû faire cette tâche. Le côté n'a pas d'importance. Veuillez répondre en fonction du résultat final, sans tenir compte de la façon dont vous arrivez.

67. Veuillez évaluer votre capacité à réaliser les activités suivantes **au cours des 7 derniers jours**. Cochez une seule réponse par ligne.

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Dévisser un couvercle serré ou neuf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ecrire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tourner une clé dans une serrure.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Préparer un repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ouvrir un portail ou une lourde porte en la poussant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Placer un objet sur une étagère au-dessus de votre tête.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jardiner, s'occuper des plantes (fleurs et arbustes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Faire un lit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Porter des sacs de provisions ou une mallette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Porter un objet lourd (supérieur à 5 kg).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Changer une ampoule en hauteur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se laver ou se sécher les cheveux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se laver le dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Enfiler un pull-over.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Couper la nourriture avec un couteau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Activités de loisir sans gros effort (jouer aux cartes, tricoter, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule, du bras ou de la main (bricolage, tennis, golf, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Activités de loisir nécessitant toute la liberté de mouvement (badminton, lancer de balle, pêche, Frisbee, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Déplacements (transports).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Vie sexuelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. **Pendant les 7 derniers jours**, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main ont-ils gêné dans vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? *Cochez une seule réponse.*

- Pas du tout .....
- Légèrement .....
- Moyennement.....
- Beaucoup.....
- Extrêmement .....

69. Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles en raison de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main ? *Cochez une seule réponse.*

- Pas du tout limité .....
- Légèrement limité .....
- Moyennement limité .....
- Très limité .....
- Incapable .....

70. Veuillez évaluer la sévérité des symptômes suivants **durant les 7 derniers jours**. *Cochez une réponse sur chacune des lignes*

	Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
1. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main en pratiquant une activité particulière..... Précisez cette activité : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Picotements ou fourmillements douloureux de l'épaule, du bras ou de la main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faiblesse du bras, de l'épaule ou de la main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Raideur du bras, de l'épaule ou de la main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? *Cochez une seule réponse.*

- Pas du tout .....
- Un peu .....
- Moyennement.....
- Très perturbé .....
- Insomnie complète .....

72. « Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras ou de ma main »

- Pas d'accord du tout.....
- Pas d'accord.....
- Ni d'accord ni pas d'accord .....
- D'accord.....
- Tout à fait d'accord .....

Les questions suivantes concernent la gêne occasionnée par votre épaule, votre bras ou votre main **au cours de votre travail**. Cochez la réponse qui, sur chacune des lignes, décrit le plus précisément vos possibilités **durant les 7 derniers jours**. Si vous n'avez pas pu travailler pendant cette période ou si vous n'êtes plus en activité, considérez comme « impossible » les quatre propositions suivantes.

73. Avez-vous eu des difficultés :

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Pour travailler en utilisant votre technique habituelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pour travailler comme d'habitude à cause de la douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pour travailler aussi bien que vous le souhaitez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pour passer le temps habituellement consacré à votre travail.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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-dessous vos nouvelles coordonnées afin que nous puissions vous contacter si besoin (ces données ne seront pas informatisées) :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....