

Enquête sur les TMS en milieu bureautique

Votre employeur a sollicité notre association de kinési-préventeurs pour l'accompagner dans une action de prévention des Troubles Musculo Squelettique (tendinite, mal de dos..), du risque physique et de la pénibilité.

En amont de cette action PAMAL (Prévention des Accidents et Maladies de l'Appareil Locomoteur) nous souhaiterions évaluer de façon anonyme les antécédents et les conditions de travail des salariés de l'entreprise. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir le bref questionnaire ci dessous

Nous vous remercions pour votre participation à cette enquête, au service du bien être de tous.

I/ Informations générales

1. **Métier exercé** :

2. **Sexe** Femme Homme

3. **Age**ans

4. **Vous êtes** : Droitier(e) Gaucher(e)

5. **Pathologie visuelle nécessitant une correction visuelle (lunettes, lentilles)** : oui non

6. **Quelle sont vos principales tâches** :

Saisie de données sur ordinateur

Traitement de texte

Dialogue téléphonique

Dialogue physique

Travail sur dossiers papier

Tâche créative, réunion

Autres précisez :

7. **Quelle est la nature de votre contrat de travail** ? CDI CDD intérimaire autre

8. **Depuis combien d'années travaillez-vous sur écran** :ans

9. **Quelle est en moyenne votre durée journalière de travail sur écran** ?

0-2 h

2-4 h

4-6 h

6-8 h

Plus de 8 h

Autre

10. **Avez-vous eu un arrêt de travail pour un problème locomoteur depuis votre embauche** ?

Oui Non

11. **Aviez-vous eu un arrêt de travail pour un problème locomoteur dans vos précédents emplois**

Oui Non

12. Avez-vous déjà été opéré pour un problème locomoteur

Oui Non

13. Avez-vous déjà eu recours à un kiné pour un problème locomoteur

Oui Non

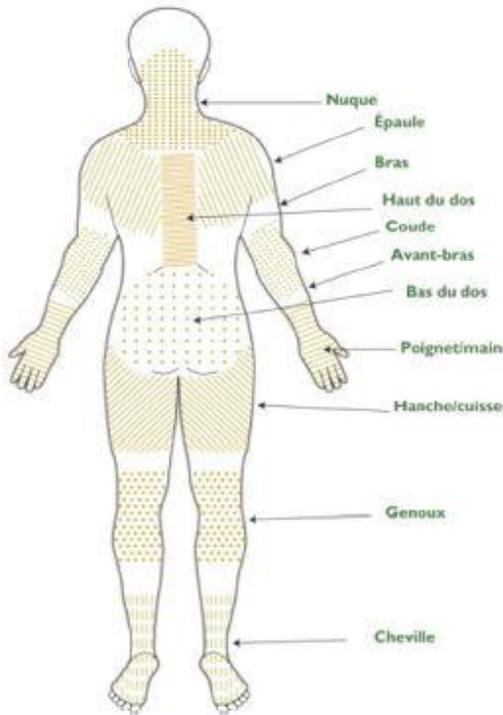
14. Prenez vous actuellement des médicaments (anti douleurs, anti-inflammatoires...) pour un problème locomoteur

Oui Non

II/ Localisation des douleurs

Avez vous eu, au cours des 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ?

Si oui droit gauche



15. Nuque : oui non

16. Haut du dos : oui non

17. Bas du dos : oui non

18. Épaule/bras : oui non

Si oui : Droit Gauche

19. Coude/avant bras : oui non

Si oui : Droit Gauche

20. Poignet/main : oui non

Si oui : Droit Gauche

21. Hanche/cuisse : oui non

Si oui : Droit Gauche

22. Genou/jambe : oui non

Si oui : Droit Gauche

23. Cheville/pied : oui non

Si oui : Droit Gauche

III/ Installation au poste de travail

24. Votre travail sur écran se fait-il :

- En alternance avec une activité de bureau et avec pause
- En alternance avec une activité de bureau mais sans pause
- En continu avec pause régulière
- En continu et sans pause régulière

25. Quittez-vous votre poste de travail pendant les pauses ? Souvent ou toujours parfois rarement ou jamais non concerné

26. Avez-vous des reflets sur votre écran ? non parfois souvent ou toujours

27. Avez-vous des zones éblouissantes dans votre champ visuel de travail ? Non parfois souvent ou toujours

28. Comment trouvez-vous le niveau sonore : correct parfois élevé toujours élevé

29. Comment trouvez-vous la température du local en été ? Correcte parfois élevée parfois basse

30. Le haut de votre écran est : Au niveau de vos yeux Plus bas que vos yeux Plus haut que vos yeux

31. Votre plan de travail est-il d'une taille : suffisante insuffisante

32. Votre plan de travail vous paraît-il : à bonne hauteur trop bas trop haut

33. Avez-vous un appui de l'avant-bras durant l'utilisation du clavier ? non oui, sur accoudoir oui, sur la table

34. Que pouvez-vous régler sur votre siège ?

34.1. Hauteur d'assise : non oui je connais oui j'utilise

34.2. Hauteur de dossier : non oui je connais oui j'utilise

34.3. Inclinaison du dossier :

Cran par cran (statique) : non oui je connais oui j'utilise

En continu avec ressort (dynamique) : non oui je connais oui j'utilise

34.4. Profondeur d'assise (longueur de cuisse) : non oui je connais oui j'utilise

35. Possédez – vous un porte document ? oui non

Si oui décrivez (pantographe, chevalet..) :

L'emplacement sur votre bureau :

36. Utilisez – vous 2 écrans ? oui non

37. Possédez-vous une lampe d'appoint sur votre bureau ? oui non

38. Le téléphone sur votre bureau est : Filaire mobile A casque

39. Ce téléphone se situe sur : votre gauche sur votre droite

IV/ Conditions de travail

Durant les 12 derniers mois, avez-vous ressenti :

40. Brûlures d'estomac ou digestion difficile : jamais ou rarement quelquefois assez souvent très souvent ou constamment

41. Nervosité, sensation de tension, de crispation : jamais ou rarement quelquefois assez souvent très souvent ou constamment

42. Anxiété ou état dépressif : jamais ou rarement quelquefois assez souvent très souvent ou constamment

43. Difficultés d'endormissement, insomnies : jamais ou rarement quelquefois assez souvent très souvent ou constamment

44. Si vous avez répondu positivement à une des questions ci-dessus sur vos conditions de travail, estimez vous que les causes de vos symptômes sont ?

D'origine professionnelle

D'origine privée

D'origine mixte

Pouvez-vous compter sur les personnes suivantes en cas de besoin ?

45. Votre supérieur hiérarchique immédiat : beaucoup assez un peu pas du tout

46. Vos collègues : beaucoup assez un peu pas du tout

47. Quel intérêt portez-vous à votre travail ?

aucun _____ énorme

48. Comment jugez-vous la complexité de votre travail

49. faible _____ forte

50. Comment jugez-vous votre niveau d'autonomie dans ce travail (choix de l'ordre dans lequel vous accomplissez vos tâches, vitesse de travail, organisation de travail, décisions qui concernent votre travail, ...) :

Peu d'autonomie _____ Tout à fait autonome