

# RÉALISATION DE SONDAGES DANS LE CADRE D'UNE ENQUÊTE

## Introduction

Les meilleures sources d'information sur les dangers en milieu de travail sont nos membres. Ils pourraient même être les seules sources, puisque la direction n'enregistre pas nécessairement les incidents, et encore moins les « quasi incidents ». En effectuant des sondages à intervalles réguliers, les sections locales peuvent obtenir les renseignements voulus, évaluer les mesures de prévention et sensibiliser le personnel du même coup.

## Préparation

Les sondages peuvent être effectués uniquement par le syndicat, mais ils seront plus faciles à réaliser avec le soutien de l'employeur. Quand celui-ci prend part au processus, on peut distribuer les questionnaires, les remplir et les recueillir durant les heures de travail, ce qui a pour effet d'augmenter le taux de participation<sup>1</sup>. Il faut toutefois remplir les conditions suivantes avant de procéder :

- l'employeur et le syndicat doivent être entièrement d'accord sur le fait que le sondage ne vise qu'à cerner les phénomènes dangereux pouvant conduire à des blessures et des maladies;
- l'employeur et le syndicat doivent convenir des questions qui seront posées;
- ce sont des bénévoles du syndicat qui seront chargés de distribuer et de recueillir les questionnaires durant les heures de travail;
- le sondage sera mené de façon à garantir la confidentialité des réponses de chaque participant;
- l'employeur ne pourra consulter les copies papier des questionnaires remplis et ne pourra accéder aux données brutes en découlant (seules des synthèses pourront lui être fournies pour assurer encore davantage la confidentialité des réponses);
- les résultats du sondage seront transmis à tous les employés.

Si l'employeur n'approuve pas le sondage, ou encore si les parties ne peuvent s'entendre sur les éléments ci-dessus ou sur les questions à poser, la section locale devrait effectuer son propre sondage. Celui-ci devra alors être réalisé hors des heures de travail, et il faudra prévoir plus de temps pour permettre à tous de répondre. Le comité de la santé et de la sécurité ou les dirigeants du syndicat peuvent se charger de l'élaboration et des plans de distribution des formulaires.

---

<sup>1</sup> Les sections locales qui envisagent de soumettre leur sondage en ligne devraient communiquer avec leur représentant régional en santé et en sécurité qui pourra les aider à le faire.

Une fois le sondage mis au point et approuvé, le comité de la santé et de la sécurité devrait rédiger une lettre en expliquant le but et fournissant des coordonnées des personnes à joindre en cas de questions. Si le sondage est effectué en collaboration avec l'employeur, cette lettre doit en outre préciser le temps alloué pour remplir le questionnaire durant les heures de travail.

## **Élaboration du sondage**

Lors de la mise au point du questionnaire, il faut prendre en compte la liste des phénomènes dangereux qui existent dans le milieu de travail visé. Quelques modèles sont fournis à la fin de ce document.

Les questionnaires peuvent être présentés sous forme écrite ou verbale, par l'intermédiaire d'entrevues individuelles. Il pourrait être préférable d'utiliser une version écrite si le syndicat cherche à obtenir des renseignements personnels ou de nature plus délicate. Une travailleuse pourrait par exemple hésiter à parler de sa peur d'un collègue en tête-à-tête avec un représentant syndical, mais se montrer plus disposée à décrire le problème sur un questionnaire anonyme. Les entrevues peuvent de leur côté se révéler utiles pour organiser les forces, puisqu'elles encouragent les gens à parler de leurs tâches et de leurs conditions de travail, tout en permettant aux membres de la base de rencontrer leurs représentants. Les sondages oraux peuvent également constituer une façon de rejoindre les personnes éprouvant des difficultés au chapitre de la littéracie. S'il y a plusieurs membres qui parlent ou lisent dans une autre langue, il pourrait en outre être avantageux de faire traduire le questionnaire pour eux.

## **Maximisation de la participation**

Demandez à chacun des membres du comité de la santé et de la sécurité de se charger de distribuer les questionnaires dans des services, des unités fonctionnelles ou des endroits particuliers. Pour faire en sorte que les gens les remplissent, limitez le délai de réponse à quelques jours seulement. Priez ensuite la personne qui a distribué le document d'en recueillir la version remplie.

Avant de distribuer les questionnaires, que l'employeur participe ou non, il pourrait être avantageux d'organiser une réunion syndicale spéciale pour expliquer le but du sondage, le traitement des résultats, les questions de confidentialité, etc. On recommande également de faire appel à un spécialiste en santé et sécurité ou à un conseiller du SFCP lorsqu'on élabore le sondage.

## **Confidentialité**

Aux fins de réalisation d'enquêtes, la majorité des sondages porteront sur les symptômes. Il est important que les membres aient le sentiment que leurs renseignements personnels seront protégés, et que seules les personnes qui doivent les connaître auront accès aux données

brutes. Toutes les données divulguées doivent être présentées sous la forme d'ensembles de manière qu'aucun membre ne soit identifiable individuellement.

## **Traitement des résultats**

Une fois les questionnaires recueillis et les résultats compilés, le comité de la santé et de la sécurité ou les responsables de la section locale devraient organiser une réunion pour en discuter. On pourra ainsi mettre le doigt sur les secteurs problématiques, de même que sur les causes de violence et les facteurs susceptibles d'en augmenter les phénomènes dangereux, tout en entamant la planification de mesures correctives que le syndicat pourrait adopter.

## **Remarque sur les données démographiques**

Les profils démographiques (réponses regroupées par âge, sexe, etc.) nous permettent de déterminer des tendances en ce qui concerne les phénomènes dangereux au travail qui autrement pourraient nous échapper. Étant donné que plusieurs de ces phénomènes dangereux peuvent affecter différemment les travailleurs, la répétition de ces schémas s'avèrent très importantes.

De nombreux membres hésitent à répondre à des questions de nature plus personnelle, surtout dans de petits milieux de travail où ils pourraient être facilement identifiés (si par exemple dans une usine donnée, une seule personne est âgée de moins de 35 ans). On conseille donc de ne pas en poser, à moins qu'elles soient nécessaires pour une raison bien précise. Le cas échéant, mettez ces questions à la fin du questionnaire, en expliquant pourquoi la section locale les requiert, et utilisez autant que possible des plages de réponses potentielles.

## Exemples de questions démographiques et de situations (Non exhaustives) :

### Quel est l'intitulé de votre poste?

---

#### Quel âge avez-vous?

- De 19 à 25 ans
- De 26 à 35 ans
- De 36 à 45 ans
- De 46 à 55 ans
- De 56 à 65 ans
- Plus de 65 ans

#### Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre poste actuel?

- Entre 0 et 5 années
- Entre 6 et 10 années
- Entre 11 et 15 années
- Entre 16 et 20 années
- Entre 21 et 25 années
- Plus de 25 années

#### Quelle est votre principale identité de genre?

- Femme
- Homme
- Transgenre
- Transsexuel/Transsexuelle
- Intersexuel/Intersexuelle
- Bispirituel/Bispirituelle
- Homme trans
- Femme trans
- Genre non-conformiste /Queer/Androgyne
- Autre : préciser \_\_\_\_\_

#### Est-ce que vous considérez être: (cochez ce qui s'applique)

- Blanc/Blanche
- Chinois/Chinoise
- Noir/Noire
- Philippin/Philippine
- Latino-Américain/Latino-Américaine
- Arabe
- Coréen/Coréenne
- Japonais/Japonaise
- Asiatique de l'Ouest (Iranien/Iranienne, Afghan/Afghane, etc.
- Asiatique du Sud (Indien/Indienne, Pakistanais/Pakistanaise, Sri Lankais/Sri Lankaise, etc.
- Asiatique du Sud-Est (Vietnamien/Vietnamienne, Cambodgien/Cambodgienne, Malaisien/Malaisienne, Laotien/Laotienne, etc.
- Autochtone/Indigène/membre des Premières Nations/Métis
- Autre : préciser \_\_\_\_\_

#### Êtes-vous une personne autochtone, c'est-à-dire un ou une membre d'une Première Nation (Indien/Indienne d'Amérique du Nord), un Métis ou une Métisse ou encore un ou une Inuk?

Note: Les Premières Nations (Indiens et indiennes d'Amérique du Nord) incluent les indiens et les indiennes inscrits et non-inscrits.

- Non, je ne suis pas une personne autochtone
- Oui, je suis membre d'une Première Nation (Indien/Indienne d'Amérique du Nord)
- Oui, je suis Métis/Métisse
- Oui, je suis Inuk

**Est-ce que vous considérez être : (cochez ce qui s'applique)**

- Une personne ayant un handicap physique
- Une personne ayant une difficulté d'apprentissage
- Une personne ayant un problème de santé mentale
- Une personne ayant une faible vision ou une incapacité visuelle
- Une personne malentendante
- Une personne qui est culturellement sourde
- Une personne ayant un handicap qui n'est pas mentionné plus haut : précisez...

**Est-ce qu'une condition physique ou condition mentale ou un problème de santé limite la quantité de travail ou les tâches que vous pouvez effectuer au travail?**

- Oui, parfois
- Oui, souvent
- Non

**Est-ce que vous considérez être : (cochez ce qui s'applique)**

- Une personne hétérosexuelle
- Une personne lesbienne
- Une personne bisexuelle
- Une personne gaie
- Une personne queer
- Une personne bispirituelle
- Autre : préciser \_\_\_\_\_

## Modèle de sondage sur les malaises des travailleurs (source <https://www.iwh.on.ca>)

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom de l'emploi \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Années \_\_\_\_ Mois  
 Quart Heures travaillées Temps d'occupation de CET emploi

Autres emplois que vous avez occupés au cours de la dernière année (pendant plus de 2 semaines) **Remarque** : Si plus de 2 emplois, indiquez ceux que vous avez occupés le plus longtemps.

\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Semaines  
 Lieu Dép. Nom de l'emploi Temps d'occupation de CET emploi

\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Semaines  
 Lieu Dép. Nom de l'emploi Temps d'occupation de CET emploi

1. Avez-vous ressenti de la douleur ou des malaises liés à votre emploi au cours de la dernière année?

Oui  Non (Si la réponse est Non, vous pouvez arrêter ici)

2. Si la réponse est Oui, veuillez coter le niveau du malaise ressenti au cours du dernier MOIS en cochant la case appropriée à l'aide d'une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucun malaise et 10, le pire malaise ressenti.

Pas de malaise	Pire malaise ressenti		Pas de malaise	Pire malaise ressenti
↓	↓		↓	↓
0	10		0	10
□	□	Cou	□	□
□	□	Épaule Gauche	□	□
□	□	Coude/Avant-bras Gauche	□	□
□	□	Poignet/Main Gauche	□	□
□	□	Hanche/Cuisse/Fesse Gauche	□	□
□	□	Genou Gauche	□	□
□	□	Cheville/Pied Gauche	□	□
□	□	Haut du bos	□	□
□	□	Épaule Droite	□	□
□	□	Coude/Avant-bras Droit	□	□
□	□	Bas du dos	□	□
□	□	Poignet/Main Droite	□	□
□	□	Hanche/Cuisse/Fesse Droite	□	□
□	□	Genou Droit	□	□
□	□	Cheville/Pied Droit	□	□

## Modèle de sondage sur le stress (source <http://www.usdaw.org.uk>)

	Jamais	Parfois	Souvent
<b>1. Avez-vous déjà souffert d'un des maux suivants?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la poitrine/palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indigestion ou nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal à la nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité de se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <b>2. Est-ce que certains de ces éléments vous causent des problèmes au travail?</b>			
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éclairage faible ou inadéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaleur excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Froid excessif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire de travail surpeuplée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussière ou émanations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvais entretien de l'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <b>3. Est-ce que certains de ces éléments vous causent des problèmes?</b>			
Quart de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heures inadéquates des pauses ou des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heures asociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge de travail très lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répartition inéquitable du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail répétitif/ennuyeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des échéances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insécurité de l'emploi, p. ex., danger de redondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-utilisation des compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Parfois	Souvent
<b>4. En ce qui concerne les relations de travail, certains de ces éléments vous causent-ils des problèmes?</b>			
Mauvaises relations avec le superviseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaises relations avec des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement ou discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement impersonnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de communication de la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail avec le public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Quel contrôle avez-vous l'impression d'avoir sur votre travail? Est-ce que vous sentez que :</b>			
Vous pouvez planifier votre propre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pouvez participer à la prise de décisions pour votre propre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez un certain contrôle sur le rythme/ le contenu de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'avez aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Avez-vous l'impression :</b>			
d'être sous-payé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'être sous-évalué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
que votre bon travail est apprécié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. En général, quelle est votre impression à propos de votre travail? (Cochez un seul choix)</b>			
Je suis pleinement heureux et j'aime mon travail		<input type="checkbox"/>	
Je suis parfois insatisfait mais j'aime mon travail en général		<input type="checkbox"/>	
Je n'aime pas mon travail la plupart du temps		<input type="checkbox"/>	
Mon travail ne m'intéresse pas du tout		<input type="checkbox"/>	
<b>8. Si vous vous sentez stressé, veuillez cocher votre principal facteur de stress :</b>			
Problèmes au travail		<input type="checkbox"/>	
Problèmes à la maison		<input type="checkbox"/>	



**9. Veuillez, s'il vous plaît, faire liste de ce que vous pensez être :**

(a) Les principales causes de stress dans votre emploi

---

---

---

---

---

(b) Les effets de ces éléments sur vous-même et les autres travailleurs

---

---

---

---

---

(c) Les étapes à suivre afin d'améliorer la situation

---

---

---

---

---

## Sondage de la qualité de l'air

Certain(e) employé(e)s se sont plaint(e)s des conditions qui existent à leur lieu de travail.

Afin de d'aider à cerner les problèmes votre syndicat vous sollicite afin de remplir le questionnaire suivant. Les réponses récoltées demeureront confidentielles et seule une vue d'ensemble des résultats sera partagée avec votre employeur.

		Fréquence	La condition se manifeste-t-elle seulement lorsque êtes sur votre le lieu de travail, et s'améliorer quand vous en partez?
<b>Maux de tête</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Yeux:</b> Vos yeux présentent-ils certains des symptômes suivants:	<input type="checkbox"/> Vue embrouillée	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Douleurs	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Qui coulent	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Rouges	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Secs	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Système digestif:</b> Présentez-vous certains des symptômes suivants:	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Malaises	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Indigestions	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Ulcères	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

		<b>Fréquence</b>	<b>La condition se manifeste-t-elle seulement lorsque êtes sur votre le lieu de travail, et s'améliorer quand vous en partez?</b>
<b>Voies respiratoires:</b> Présentez-vous certains des symptômes suivants:	<input type="checkbox"/> Essoufflement	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Sècheresse du nez	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Congestion	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Ecoulement du nez	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Maux de nez	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Saignement du nez	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Gorge sèche	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Peau:</b> Présentez-vous les symptômes suivants :	<input type="checkbox"/> Sueurs	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Démangeaison de la peau	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Sécheresse de la peau	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

		<b>Fréquence</b>	<b>La condition se manifeste-t-elle seulement lorsque êtes sur votre le lieu de travail, et s'améliorer quand vous en partez?</b>
<b>Jambes:</b> Présentez-vous les symptômes suivants :	<input type="checkbox"/> Faiblesses dans les jambes	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Maux de jambe	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Dos:</b> Présentez-vous certains des symptômes suivants :	<input type="checkbox"/> Douleurs au dos	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous sentez-vous fatigué(e)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> Hebdomadairement <input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Décrivez votre poste de travail ainsi que les tâches que vous accomplissez?

---



---

Quel pourcentage de votre semaine passez-vous au travail?

0-20%    
 20-40%    
 40-60%    
 60-80%    
 80-100%

Présentez-vous d'autres symptômes qui peuvent être reliés à votre travail?

---



---

Avez-vous d'autres commentaires à propos de vos conditions de travail?

---



---

:aa/md/sepb 491