

# **French Translations of Whole-Body Vibration Health Surveillance Questionnaires**

**Appendix W1D to Final Report  
May 2001**

**EC Biomed II concerted action BMH4-CT98-3251**

1. Pre-placement Health Surveillance  
Questionnaire
2. Periodic Health Surveillance  
Questionnaire

## **Annexe I**

**Note de l'animateur de groupe de travail : annexe à WP1W HsurvDoc (14 avril 2000)**

**Vibrations transmises à l'ensemble du corps :  
Questionnaire médical préalable à l'embauche**

## CHAPITRE 1 : État civil et informations générales

---

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de naissance \_\_\_\_\_ jour / mois / année      Sexe : M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_      Pays de naissance et d'enfance \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm      Poids : \_\_\_\_\_ kg

Situation de famille : Célibataire |\_||    Marié(e) |\_||    Divorcé(e) /Séparé(e) |\_||    Veuf (veuve) |\_||

---

1. Faites-vous régulièrement de l'exercice physique?    Oui |\_||    Non |\_||

2. Combien de fois par semaine suivez-vous un entraînement sportif ou un programme d'exercice énergétique ?

Jamais |\_||    Moins d'1 fois |\_||    de 1 à 2 fois |\_||    3 fois ou plus |\_||    Chaque jour |\_||

3. Fumez-vous ou utilisez-vous du tabac à chiquer ? Avez-vous déjà fumé ?    Oui |\_||    Non |\_||

3a. Si oui, quand avez-vous commencé à fumer régulièrement ? en 19\_\_\_\_

3b. Fumez-vous encore ?    Oui |\_||    Non |\_||

3c. Si vous ne fumez plus, quand avez-vous arrêté ? en 19\_\_\_\_

3d. Si vous fumez encore, combien avez-vous fumé ou combien fumez-vous ? \_\_\_\_\_

4. Buvez-vous des boissons alcoolisées ?    Oui |\_||    Non |\_|| (vin, bière, etc.)

4a. Combien de verres buvez-vous chaque semaine ?    |\_|| 1 à 3    |\_|| 4 à 6    |\_|| plus de 6

4b. Combien de verres buvez-vous chaque jour ?    |\_|| 0- à 1    |\_|| 2 à 3    |\_|| plus de 3

5. Quelle distance parcourez-vous chaque année au volant d'un véhicule à titre personnel ?

moins de 8000 km |\_||    de 8 à 24.000 km |\_||    plus de 24.000 km |\_||

6. Pendant combien d'années avez-vous fréquenté l'école ? \_\_\_\_\_ années

7. Quel(s) sport(s) pratiquez-vous chaque semaine ? \_\_\_\_\_

## CHAPITRE 2 : Parcours professionnel

---

### Emploi actuel (si vous travaillez)

1. Quel est votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_
2. Dans quelle branche (exemple : agriculture, construction navale, assurance, ...) exercez-vous votre emploi ? \_\_\_\_\_
3. Depuis combien d'années exercez-vous votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_ années
4. Dans votre emploi actuel, conduisez-vous ou avez-vous conduit des véhicules, quels qu'ils soient ?  
(voiture, bus, camionnette, camion, train, tramway, hélicoptère, etc.) Oui  Non

Si oui :

Type de véhicule	de - à	heures/jour	jours/semaine	semaines/an
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines

5. Quelles postures adoptez-vous lorsque vous conduisez ?

	Souvent	Occasionnellement	Jamais
penché en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec une torsion du tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
appuyé contre le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Etes-vous gêné par les vibrations ou les chocs dans votre travail ?

vibrations verticales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
vibrations avant-arrière	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
vibrations latérales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

7. Dans votre emploi, combien d'heures par jour êtes-vous assis(e) sans subir de vibrations ?

\_\_\_\_\_ heures

8. Votre emploi comporte-t-il de la manutention manuelle ?      Oui       Non   
 jusqu'à 5 kg       de 5 à 10kg       plus de 10 kg   
 fois/jour       fois/jour       fois/jour
9. Au cours d'une journée moyenne de travail, vous trouvez-vous dans l'une des situations suivantes ?  
 De manière prolongée ou de manière répétée, travaillez-vous :
- penché(e) en avant, en arrière ou sur le côté ?      Oui       Non   
 avec une torsion du tronc      Oui       Non   
 à la fois penché(e) et avec une torsion du tronc      Oui       Non
10. Dans votre travail, portez-vous, poussez-vous ou tirez-vous des charges de manière répétée, prolongée ou inconfortable ?      Oui       Non

11. Votre emploi exige-t-il d'autres tâches contraignantes pour le bas du dos ou le cou ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Emploi(s) antérieur(s)**

12. Quel(s) emploi(s) avez-vous exercé(s) précédemment ?
- \_\_\_\_\_ pendant \_\_\_\_\_ années  
 \_\_\_\_\_ pendant \_\_\_\_\_ années  
 \_\_\_\_\_ pendant \_\_\_\_\_ années  
 \_\_\_\_\_ pendant \_\_\_\_\_ années

13. Dans vos emplois précédents, avez-vous conduit des véhicules tels que poids lourds, bus, chariots élévateurs, engins de terrassement, etc. ?      Oui       Non

Si oui :

véhicule

\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne  
\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne  
\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne  
\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne  
\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne  
\_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ , pendant \_\_\_\_\_ heures / jour en moyenne

14. Votre(vos) emploi(s) précédent(s) impliquait-il(impliquaient-ils) :

une position assise prolongée ? Oui  Non

des efforts physiques importants ? Oui  Non

15. Dans votre(vos) emploi(s) précédent(s), avez-vous déjà souffert de douleurs lombaires ?

Oui  Non

16. Au cours de vos temps libres (en dehors du travail), conduisez-vous régulièrement ou avez-vous conduit régulièrement ? Oui  Non

Si oui :

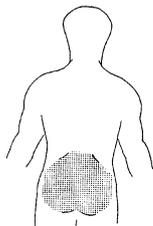
Type de véhicule	de - à	heures/jour	jours/semaine	semaines/an
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines
_____	19__ - 19__	___ heures	___ jours	___ semaines

### CHAPITRE 3 : Antécédents médicaux

---

Les questions de ce chapitre portent sur les problèmes que vous avez pu avoir au niveau des différentes parties de votre corps à certaines périodes de votre vie. **Si vous n'avez jamais eu de problème ou de mal de dos, ignorez ce chapitre et passez à la page 7.**

### 3.1 : REGION LOMBAIRE

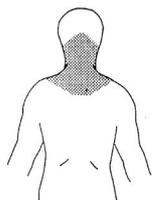


	<b>Durant les 7 derniers jours</b>		<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) mal de dos uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des jambes uniquement (d) douleur/ symptômes au niveau du dos et des jambes		(a) sans objet / pas de douleur (b) mal de dos uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des jambes uniquement (d) douleur/ symptômes au niveau du dos et des jambes	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 6-10 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois problèmes permanents
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause du mal de dos ou des douleurs au niveau des jambes ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun	1-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois plus de 6 mois
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ? *	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà au moins une fois eu un traumatisme au niveau du dos ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de mal de dos pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, combien de temps ?
	Oui		Oui	

\* i.e. hernie/protrusion discale, sténose rachidienne, syndrome des facettes, spondylose, spondylolisthésis, syndrome radiculaire

### 3.2 : COU

(Si vous n'avez jamais eu de problème ou de douleur de cou, ignorez ce chapitre et passez à la page 8).



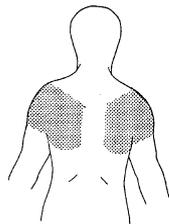
	Durant les 7 derniers jours		Durant les 12 derniers mois	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) douleur du cou uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des bras uniquement (d) douleur / symptômes au niveau du cou et des bras		(a) sans objet / pas de douleur (b) douleur du cou uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des bras uniquement (d) douleur / symptômes au niveau du cou et des bras	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois problèmes permanents
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause des douleurs du cou / douleurs des bras ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun	1-4 semaines 1-3 mois plus de 6 mois
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ? *	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà au moins une fois eu un traumatisme au niveau du cou <sup>1</sup> ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de douleurs du cou pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, combien de temps ?
	Oui		Oui	

\* i.e. hernie / protrusion discale, syndrome radiculaire, syndrome du défilé thoraco-brachial

<sup>1</sup> NdT: le texte anglais dit "dos"

### 3.3 : ÉPAULES

(Si vous n'avez jamais eu de problème d'épaule / de douleurs de l'épaule, ignorez ce chapitre et passez à la page 9).



	<b>Durant les 7 derniers jours</b>		<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) douleurs de l'épaule uniquement (c) symptômes au niveau mains / bras uniquement (d) douleurs / symptômes au niveau des épaules et des bras		(a) sans objet / pas de douleur (b) douleurs de l'épaule uniquement (c) symptômes au niveau mains / bras uniquement (d) douleurs / symptômes au niveau des épaules et des bras	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 6-10 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines problèmes permanents 1-3 mois 3-6 mois
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause des douleurs de l'épaule / des bras ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun	1-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois plus de 6 mois
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà <u>au moins une fois</u> eu un traumatisme au niveau des épaules ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de douleurs de l'épaule pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, combien de temps ?
	Oui		Oui	

### 3.4 : Autres parties du corps

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, à un moment ou un autre, eu des problèmes (tels que douleur sourde, douleur vive, inconfort, engourdissement) au niveau des :

#### Coudes

Non  Oui

coude droit

coude gauche

les deux coudes

#### Poignets / mains

Non  Oui

poignet / main droits

poignet / main gauches

les deux poignets / les deux mains

#### Haut du dos Hanches / cuisses / fesses

Non  Oui

hanche droite

hanche gauche

les deux hanches

#### Genoux

#### Chevilles / pieds

Non  Oui

genou droit

genou gauche

les deux genoux

Non  Oui

cheville / pied droits

cheville / pied gauches

les deux chevilles / les deux pieds

### 3.5 : Autres troubles

Avez-vous souffert des troubles suivants ?

	Etes-vous concerné(e)?		Avez-vous déjà reçu un traitement ?	
	Oui	Non	Oui	Non
Hernie inguinale	Oui	Non	Oui	Non
Troubles digestifs (mal à l'estomac, gastrite, ulcère à l'estomac, problèmes intestinaux)	Oui	Non	Oui	Non
Problèmes circulatoires (varices, hémorroïdes, hypertension, problèmes cardiaques)	Oui	Non	Oui	Non
Syndrome de Raynaud d'origine vibratoire (doigts blancs et/ou froids)	Oui	Non	Oui	Non
Troubles urinaires (inflammation de la prostate, trouble rénal)	Oui	Non	Oui	Non
Troubles vestibulaires (vertiges)	Oui	Non	Oui	Non
<b>Questions concernant les femmes :</b>				
Nombre de grossesses			normales/anormales ?	
Avez-vous fait des fausses-couches ?	Oui	Non		
Souffriez-vous de troubles des règles avant l'exposition aux vibrations ?	Oui	Non		

### 3.6 : Intensité de la douleur et degré d'incapacité

(Uniquement si vous avez souffert de douleurs du dos, du cou ou de l'épaule au cours des 12 derniers mois)

#### Intensité de la douleur

1. Sur une échelle de 0 à 10, comment classeriez-vous les douleurs dont vous avez souffert au cours des 7 derniers jours? 0 correspond à "aucune douleur" et 10 à "la douleur maximale imaginable".

	Aucune douleur							Douleur maximale imaginable			
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été l'intensité de vos douleurs, exprimée sur une échelle de 0 à 10 ? 0 correspond à "aucune douleur" et 10 à "la douleur maximale imaginable".

	Aucune douleur							Douleur maximale imaginable			
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### Degré d'incapacité

3. Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu effectuer vos activités habituelles (travail, école ou travaux ménagers) pour les raisons suivantes :

<b>Mal de dos</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+
<b>Douleur du cou</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+
<b>Douleur de l'épaule</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+

4. Au cours des 12 derniers mois, à quel point votre capacité à travailler (travaux ménagers compris) a-t-elle été modifiée par vos douleurs dans le dos / le cou / les épaules ? 0 correspond à "aucune modification" et 10 à "modification extrême".

	Aucune modification							Modification extrême			
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Au cours des 12 derniers mois, à quel point votre capacité à participer à des activités récréatives, sociales ou familiales a-t-elle été modifiée par vos douleurs dans le dos / le cou / les épaules ? 0 correspond à "aucune modification" et 10 à "modification extrême".

	Aucune modification							Modification extrême			
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **Annexe II**

**Note de l'animateur de groupe de travail : annexe à WP1W HsurvDoc (14 avril 2000)**

**Vibrations transmises à l'ensemble du corps :  
Questionnaire de surveillance médicale périodique**

## CHAPITRE 1 : État civil et informations générales

---

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de naissance \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
Sexe : M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Pays de naissance  
et d'enfance \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Situation de famille : Célibataire |\_| Marié(e) |\_| Divorcé(e) /Séparé(e) |\_| Veuf (veuve) |\_|

---

3. Faites-vous régulièrement de l'exercice physique? Oui |\_| Non |\_|

4. Combien de fois par semaine suivez-vous un entraînement sportif ou un programme d'exercice énergique ?

Jamais |\_| Moins d'1fois |\_| 1 à2 fois |\_| 3 fois ou plus |\_| Chaque jour |\_|

4. Fumez-vous ou utilisez-vous du tabac àchiquer ? Avez-vous déjàfumé ? Oui |\_| Non |\_|

3a. Si oui, quand avez-vous commencé àfumer régulièrement ? en 19\_\_\_\_

3b. Fumez-vous encore ? Oui |\_| Non |\_|

3c. Si vous ne fumez plus, quand avez-vous arrêté ? en 19\_\_\_\_

3d. Si vous fumez encore, combien avez-vous fumé ou combien fumez-vous ? \_\_\_\_\_

6. Buvez-vous des boissons alcoolisées ? Oui |\_| Non |\_| (vin, bière, etc.)

4a. Combien de verres buvez-vous chaque semaine ? |\_| 1 à3 |\_| 4 à6 |\_| plus de 6

4b. Combien de verres buvez-vous chaque jour ? |\_| 0 à1 |\_| 2 à3 |\_| plus de 3

7. Quelle distance parcourez-vous chaque année au volant d'un véhicule àtitre personnel ? :

moins de 8000 km|\_| de 8 à24.000 km |\_| plus de 24.000 km |\_|

8. Pendant combien d'années avez-vous fréquenté l'école ? \_\_\_\_\_ années

9. Quel(s) sport(s) pratiquez-vous chaque semaine ? \_\_\_\_\_

## CHAPITRE 2 : Votre environnement de travail

---

1. Quel est votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_

2. Depuis combien d'années exercez-vous votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_ années

3. Quel mode de transport utilisez-vous pour vous rendre à votre travail ?

Voiture  Bus  Train  Bicyclette  Marche à pied

4. Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à votre travail ?

Moins de 20 minutes  20-40 minutes  40-60 minutes  plus de 1 heure

5. Dans votre emploi actuel, quel type de véhicule conduisez-vous ou avez-vous déjà conduit ?  
(voiture, bus, camionnette, camion, train, tramway, hélicoptère, etc.)

Type de véhicule	de - à	heures/jour	jours/semaine	semaines/an
_____	19__ - 19__	__ heures	__ jours	__ semaines
_____	19__ - 19__	__ heures	__ jours	__ semaines
_____	19__ - 19__	__ heures	__ jours	__ semaines
_____	19__ - 19__	__ heures	__ jours	__ semaines
_____	19__ - 19__	__ heures	__ jours	__ semaines

6. Sur quel type de surface roulez-vous habituellement ?

enrobé / béton :

bon état  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

mauvais état  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

dalles industrielles

en béton préfabriqué  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

pavés (pavés réguliers)  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

voie / rail  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

tout terrain  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

piste de chantier  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

autres (à préciser)  non  oui \_\_\_ heures/jour ; type de véhicule : \_\_\_\_\_

7. Dans quel environnement conduisez-vous habituellement ?

	% temps	véhicule
grandes routes	_____	_____
routes secondaires	_____	_____
voies urbaines	_____	_____
mixte	_____	_____

8. Quel est votre style de conduite normal (votre vitesse) ?

souple  lent  rapide  accélérations/freinages

9. Sur quel type de siège conducteur êtes-vous régulièrement assis ?

type \_\_\_\_\_

Comporte-t-il une suspension ? Oui  Non

Type de suspension ?

mécanique

pneumatique

hydraulique

Votre siège est-il réglable ? Oui  Non

Réglez-vous votre siège ? Oui  Non  sans objet

Vous a-t-on indiqué comment régler votre siège ? Oui  Non

Utilisez-vous une boîte de vitesses : Automatique  Manuelle

10. Votre siège comporte-t-il un bon appui lombaire ? Oui  Non

Utilisez-vous un appui lombaire séparé (ceinture) lors de la conduite ? Oui  Non

Votre siège a-t-il des accoudoirs ? Oui  Non

Utilisez-vous les accoudoirs lorsque vous conduisez ?  
Oui  Non  sans objet

11. Quelles postures adoptez-vous lorsque vous conduisez ?

	Souvent	Occasionnellement	Jamais
penché(e) en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec une torsion du tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
appuyé(e) contre le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Combien de fois votre véhicule est-il secoué au point que vous décollez de votre siège ?

jamais

moins de 5 fois par jour

plus de 5 fois par jour, mais moins de 5 fois par heure

plus de 5 fois par heure, mais moins de 5 fois par minute

plus de 5 fois par minute

13. Combien de fois votre siège talonne-t-il tandis que vous conduisez ?

jamais

moins de 5 fois par jour

plus de 5 fois par jour, mais moins de 5 fois par heure

plus de 5 fois par heure, mais moins de 5 fois par minute

plus de 5 fois par minute

14. Etes-vous gêné par les vibrations s ou les chocs dans votre travail ?

vibrations verticales      Oui       Non

vibrations avant-arrière      Oui       Non

vibrations latérales      Oui       Non

15. Dans votre emploi, combien d'heures par jour êtes-vous assis(e) sans subir de vibrations ?

\_\_\_\_\_ heures

Combien jours par semaine êtes-vous assis(e) ? \_\_\_\_\_ jours

Combien de semaines par an êtes-vous assis(e) ? \_\_\_\_\_ semaines

16. Devez-vous rester souvent et/ou pendant de longs moments dans une posture en torsion du tronc sans subir être exposé à des vibrations ?      Oui       non
17. Dans votre emploi, au cours d'une journée normale, combien d'heures passez-vous debout ou à marcher ? \_\_\_\_\_ heures  
 Combien de jours par semaine travaillez-vous ? \_\_\_\_\_ jours  
 Combien de semaines par an travaillez-vous ? \_\_\_\_\_ semaines
18. Votre emploi comporte-t-il de la manutention manuelle ?      Oui       Non   
 jusqu'à 5 kg       de 5 à 10kg       plus de 10 kg   
 fois /jour       fois /jour       fois /jour
19. Soulevez-vous des charges dans des postures inconfortables ?  
 (penché/torsion du tronc)      Oui       Non
20. Si, dans votre emploi, vous conduisez et vous soulevez des charges, les soulevez-vous immédiatement après avoir conduit ?  
 Rarement       Occasionnellement       Souvent
21. Au cours d'une journée moyenne de travail, vous trouvez-vous dans l'une des situations suivantes ?  
 De manière prolongée ou répétée, travaillez-vous :  
 penché(e) en avant, en arrière ou sur le côté      Oui       Non   
 avec une torsion du tronc      Oui       Non   
 à la fois penché(e) et avec une torsion du tronc      Oui       Non
22. Dans votre travail, portez-vous, poussez-vous ou tirez-vous des charges de manière répétée, prolongée ou inconfortable ?      Oui       Non

23. Votre emploi exige-t-il d'autres tâches contraignantes pour le bas du dos ou le cou ?

---

---

24. Combien de pauses faites-vous habituellement au cours d'une journée de travail (c'est-à-dire en sortant de votre véhicule) ? \_\_\_\_\_

25. Quelle est la durée de vos pauses ? \_\_\_\_\_ minutes

26. Que faites-vous pendant vos pauses ?

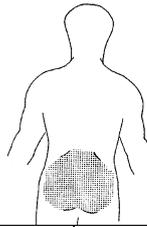
vous marchez |\_\_| vous restez assis(e) |\_\_| vous restez debout |\_\_| autre |\_\_|

---

### CHAPITRE 3 : Antécédents médicaux

Les questions de ce chapitre portent sur les problèmes que vous avez pu avoir au niveau des différentes parties de votre corps à certaines périodes de votre vie. **Si vous n'avez jamais eu de problème ou de mal de dos, ignorez ce chapitre et passez à la page 9.**

### 3.1 : REGION LOMBAIRE

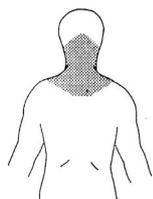


	<b>Durant les 7 derniers jours</b>		<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) mal de dos uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des jambes uniquement (d) douleur/ symptômes au niveau du dos et des jambes		(a) sans objet / pas de douleur (b) mal de dos uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des jambes uniquement (d) douleur/ symptômes au niveau du dos et des jambes	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 6-10 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois problèmes permanents
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause du mal de dos ou des douleurs au niveau des jambes ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun 1-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois plus de 6 mois	
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ? *	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà au moins une fois eu un traumatisme au niveau du dos ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de mal de dos pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, pendant combien de temps ?
	Oui		Oui	

\* i.e. hernie / protrusion discale, sténose rachidienne, syndrome des facettes, spondylose, spondylolisthésis,

### 3.2 : COU

(Si vous n'avez jamais eu de problème de cou ou de douleur de cou, ignorez ce chapitre et passez à la page 10).



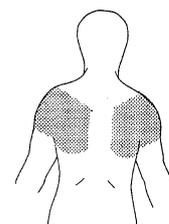
	<b>Durant les 7 derniers jours</b>		<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) douleur du cou uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des bras uniquement (d) douleur / symptômes au niveau du cou et des bras		(a) sans objet / pas de douleur (b) douleur du cou uniquement (c) douleur / symptômes au niveau des bras uniquement (d) douleur / symptômes au niveau du cou et des bras	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 6-10 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois problèmes permanents
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause des douleurs du cou / douleurs des bras ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun	1-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois plus de 6 mois
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ? *	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà au moins une fois eu un traumatisme au niveau du cou <sup>2</sup> ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de douleurs du cou pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, combien de temps ?
	Oui		Oui	

<sup>2</sup> NdT: le texte anglais dit "dos"

\* i.e. hernie /protrusion discale, syndrome radiculaire i, syndrome du défilé thoraco-brachial.

### 3.3: ÉPAULES

(Si vous n'avez jamais eu de problème d'épaule / de douleurs de l'épaule, ignorez ce chapitre et passez à la page 12).



	<b>Durant les 7 derniers jours</b>		<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1. Avez-vous eu des douleurs / des problèmes ?	(a) jamais (b) rarement (c) souvent		(a) jamais (b) rarement (c) souvent	
2. Quels types de problèmes avez-vous eus ? (entourez toutes les réponses valables)	(a) sans objet / pas de douleur (b) douleurs de l'épaule uniquement (c) symptômes au niveau mains / bras uniquement (d) douleurs / symptômes au niveau des épaules et des bras		(a) sans objet / pas de douleur (b) douleurs de l'épaule uniquement (c) symptômes au niveau mains / bras uniquement (d) douleurs / symptômes au niveau des épaules et des bras	
3. Combien d'épisodes douloureux / à problèmes avez-vous connus ?	0	1 2-3 plus de 4	0 1 2-5 6-10 plus de 10	
4. Quelle était typiquement la durée de ces épisodes ?	sans objet	heures 1-2 jours problèmes permanents	sans objet	heures 1-2 jours 3-6 jours 2-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois problèmes permanents
5. Combien de temps avez-vous dû cesser le travail à cause des douleurs de l'épaule / des bras ?	aucun	1-2 jours 3-4 jours plus de 5 jours	aucun	1-4 semaines 1-3 mois 3-6 mois plus de 6 mois
6. Un médecin a-t-il établi un diagnostic (vous a-t-il dit ce qui n'allait pas) ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
7. Avez-vous déjà au moins une fois eu un traumatisme au niveau des épaules ayant nécessité une visite médicale ?	Non	Quel type de traumatisme ?	Quand s'est-il produit ?	
	Oui			
8. Quel traitement votre médecin vous a-t-il prescrit (médicaments anti-inflammatoires, traitement contre la douleur, kinésithérapie, chirurgie, autre) ?	aucun	Précisez	aucun	Précisez
	Oui		Oui	
9. Vos douleurs sont-elles provoquées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
10. Vos douleurs sont-elles aggravées par certains mouvements ou certaines activités ?	Non	Précisez	Non	Précisez
	Oui		Oui	
11. Souffrez-vous habituellement de douleurs de l'épaule pendant ou juste après avoir conduit un véhicule ?	Non	Typiquement, combien de temps ?	Non	Typiquement, combien de temps ?
	Oui		Oui	

### 3.4 : Autres parties du corps

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, à un moment ou un autre, eu des problèmes (tels que douleur sourde, douleur vive, inconfort, engourdissement) au niveau des :

#### Coudes

Non      Oui  
     coude droit  
     coude gauche  
     les deux coudes

#### Poignets / mains

Non      Oui  
     poignet / main droits  
     poignet / main gauches  
     les deux poignets / les deux mains

#### Haut du dos

Non      Oui  
   

#### Hanches / cuisses / fesses

Non      Oui  
     hanche droite  
     hanche gauche  
     les deux hanches

#### Genoux Chevilles / pieds

Non      Oui  
     genou droit  
     genou gauche  
     les deux genoux

Non      Oui  
     cheville / pied droits  
     cheville / pied gauches  
     les deux chevilles / les deux pieds

### 3.5: Autres troubles

Avez-vous souffert des troubles suivants ?

	Etes-vous concerné(e)?		Avez-vous déjà reçu un traitement ?	
	Oui	Non	Oui	Non
Hernie inguinale	Oui	Non	Oui	Non
Troubles digestifs (mal à l'estomac, gastrite, ulcère à l'estomac, problèmes intestinaux)	Oui	Non	Oui	Non
Problèmes circulatoires (varices, hémorroïdes, hypertension, problèmes cardiaques)	Oui	Non	Oui	Non
Syndrome de Raynaud d'origine vibratoire (doigts blancs et/ou froids)	Oui Non		Oui Non	
Troubles urinaires (inflammation de la prostate, trouble rénal)	Oui	Non	Ou	Non
Troubles vestibulaires (vertiges)	Oui	Non	Oui	Non
<b>Questions concernant les femmes :</b>			normales/anormales ?	
Nombre de grossesses				
Avez-vous fait des fausses-couches ?	Oui	Non		
Souffriez-vous de troubles des règles avant l'exposition aux vibrations ?	Oui	Non		

### 3.6 : Intensité de la douleur et degré d'incapacité

(Uniquement si vous avez souffert de douleurs du dos, du cou ou de l'épaule au cours des 12 derniers mois)

#### Intensité de la douleur

2. Sur une échelle de 0 à 10, comment classeriez-vous les douleurs dont vous avez souffert au cours des 7 derniers jours ? 0 correspond à "aucune douleur" et 10 à "la douleur maximale imaginable".

	Aucune douleur						Douleur maximale imaginable					
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été l'intensité de vos douleurs, exprimée sur une échelle de 0 à 10 ? 0 correspond à "aucune douleur" et 10 à "la douleur maximale imaginable".

	Aucune douleur						Douleur maximale imaginable					
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

#### Degré d'incapacité

4. Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu effectuer vos activités habituelles (travail, école ou travaux ménagers) pour les raisons suivantes :

<b>Mal de dos</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+
<b>Douleur du cou</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+
<b>Douleur de l'épaule</b>	Nombre de jours :	0	1-6	7-14	15-30	31+

4. Au cours des 12 derniers mois, à quel point votre capacité à travailler (travaux ménagers compris) a-t-elle été modifiée par vos douleurs dans le dos / le cou / les épaules ? 0 correspond à "aucune modification" et 10 à "modification extrême".

	Aucune modification						Modification extrême					
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Au cours des 12 derniers mois, à quel point votre capacité à participer à des activités récréatives, sociales ou familiales a-t-elle été modifiée par vos douleurs dans le dos / le cou / les épaules ? 0 correspond à "aucune modification" et 10 à "modification extrême".

	Aucune modification						Modification extrême					
<b>Dos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Cou</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Epaules</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

### 3.7 : Questionnaire d'évaluation de l'atteinte de la capacité fonctionnelle par la lombalgie

Ces questions concernent la manière dont la douleur affecte votre vie quotidienne. Nous souhaiterions savoir si vous êtes actuellement dans l'une des situations indiquées ci-après.

**(Si vous n'avez pas souffert spécifiquement de mal de dos au cours des 12 derniers mois, allez directement à la page suivante)**

Aujourd'hui, êtes-vous dans l'une ou l'autre des situations suivantes ?

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. A cause de mon dos, je reste pratiquement tout le temps à la maison                          | oui | non |
| 2. Je change souvent de position pour soulager mon dos  | oui | non |
| 3. A cause de mon dos, je marche plus lentement que d'habitude                                  | oui | non |
| 4. A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison | oui | non |
| 5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers                          | oui | non |
| 6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer                                | oui | non |
| 7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour me lever d'une chaise normale | oui | non |
| 8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place            | oui | non |
| 9. A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude                               | oui | non |
| 10. A cause de mon dos, je ne reste debout que de courts moments                                | oui | non |
| 11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller                       | oui | non |
| 12. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit                        | oui | non |
| 13. J'ai mal au dos presque tout le temps   | oui | non |
| 14. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise                                     | oui | non |
| 15. A cause de mon dos, je n'ai pas beaucoup d'appétit  | oui | non |
| 16. A cause de mon dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)                  | oui | non |
| 17. A cause de mon dos, je ne peux marcher que sur de courtes distances                         | oui | non |
| 18. A cause de mon dos, je dors moins bien  | oui | non |
| 19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller  | oui | non |
| 20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée                   | oui | non |
| 21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison                            | oui | non |
| 22. A cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur             | oui | non |
| 23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude                    | oui | non |
| 24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps                                     | oui | non |

### 3.8 Questionnaire sur la relation entre la lombalgie et l'activité

Quel effet a eu ou a encore toute activité ou tout travail sur votre mal de dos ?

Merci de réagir à TOUS les énoncés ci-après et d'indiquer si vous êtes d'accord ou non en entourant le chiffre correspondant sur l'échelle qui va de 1 "pas du tout d'accord" à 5 "entièrement d'accord".

<u>RELATION ENTRE ACTIVITE ET MAL DE DOS</u>	Pas d'accord			D'accord	
1. Mes douleurs étaient causées par l'activité physique	1	2	3	4	5
2. L'activité physique aggrave/aggravait les douleurs	1	2	3	4	5
3. L'activité physique pourrait être mauvaise pour mon dos	1	2	3	4	5
4. <u>Je ne devrais pas</u> avoir d'activités physiques car cela pourrait aggraver mes douleurs	1	2	3	4	5
5. <u>Je ne peux pas</u> avoir d'activités physiques car cela aggrave ou pourrait aggraver mes douleurs	1	2	3	4	5

<u>RELATION ENTRE TRAVAIL NORMAL ET MAL DE DOS</u>	Pas d'accord			D'accord	
6. Mes douleurs sont dues à mon travail ou à un accident du travail	1	2	3	4	5
7. Mon travail aggrave mes problèmes	1	2	3	4	5
8. J'ai fait une demande d'indemnisation pour mes douleurs	1	2	3	4	5
9. Mon travail est beaucoup trop dur pour moi	1	2	3	4	5
10. Mon travail aggrave ou a aggravé mes douleurs	1	2	3	4	5
11. Mon travail pourrait être mauvais pour mon dos	1	2	3	4	5
12. Je <u>ne devrais pas</u> travailler normalement quand j'ai mal	1	2	3	4	5
13. Je <u>ne peux pas</u> travailler normalement quand j'ai mal	1	2	3	4	5
14. Je devrais éviter de travailler normalement jusqu'à ce que mes douleurs aient été traitées	1	2	3	4	5
15. Je ne pense pas pouvoir un jour effectuer mon travail actuel <u>normalement</u>	1	2	3	4	5

## CHAPITRE 4 : Satisfaction au travail

---

Nous donnons ci-dessous une série d'énoncés qui nous aideront à comprendre votre situation générale au travail.

Merci de réagir à **TOUS** les énoncés ci-après et d'indiquer si vous êtes d'accord ou non en entourant le chiffre correspondant sur l'échelle qui va de 1 "pas du tout d'accord" à 5 "entièrement d'accord".

N'oubliez pas que votre(vos) employeur(s) et votre chef direct NE verront PAS vos réponses.

	Pas d'accord			D'accord	
1. J'apprécie mon travail	1	2	3	4	5
2. Mon emploi répond à mes attentes	1	2	3	4	5
3. Je peux demander l'aide d'un camarade de travail quand j'ai des problèmes	1	2	3	4	5
4. Mon travail me procure de la satisfaction	1	2	3	4	5
5. J'apprécie la plupart de mes camarades de travail	1	2	3	4	5
6. Mon travail est mentalement contraignant	1	2	3	4	5
7. J'apprécie les tâches que j'ai à effectuer dans mon travail	1	2	3	4	5
8. Mes camarades de travail et moi discutons les choses ensemble	1	2	3	4	5
9. Mon travail comporte une part importante de concentration mentale	1	2	3	4	5
10. Je suis heureux dans mon travail	1	2	3	4	5
11. Mon travail comporte une part importante de responsabilité	1	2	3	4	5
12. Je recommanderais mon travail et mon entreprise à un ami	1	2	3	4	5
13. Mon travail me cause des soucis	1	2	3	4	5
14. Si je devais recommencer, je choisirais le même travail, dans la même entreprise	1	2	3	4	5
15. Mes camarades de travail acceptent et soutiennent les idées nouvelles que j'apporte	1	2	3	4	5

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !