

Troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT)

Liste de vérification des antécédents médicaux : enquête sur les symptômes révélateurs de troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT)

Sur cette page

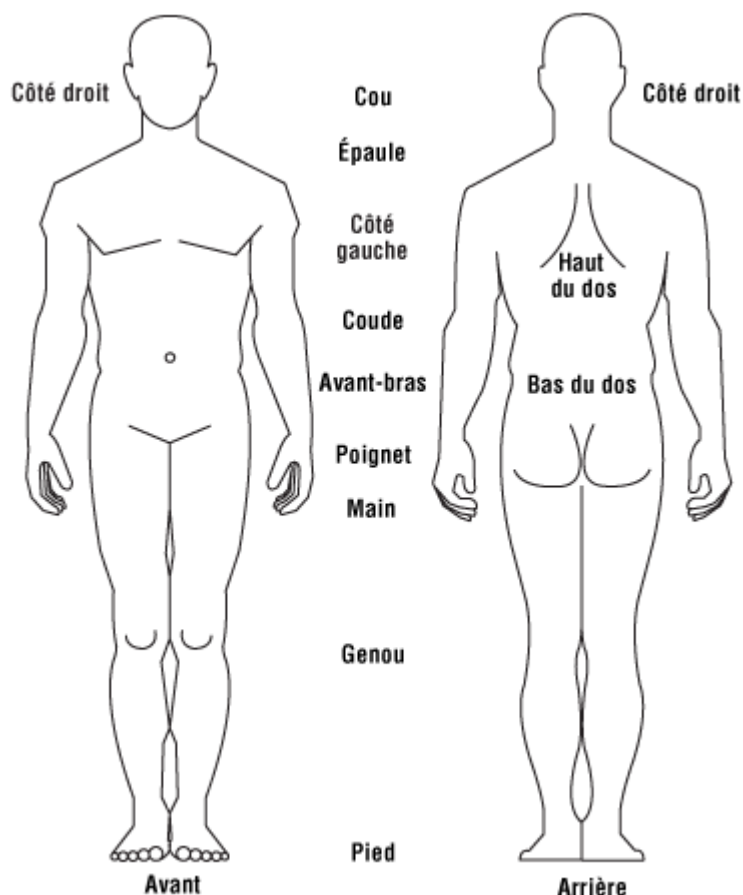
[Qu'est-ce qu'une enquête sur les troubles musculo-squelettiques liés au travail \(TMSLT\)?](#)

Qu'est-ce qu'une enquête sur les troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT)?

Une des démarches associées à un programme d'ergonomie efficace axé sur la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT) consiste à interroger les travailleurs sur leur état de santé. Une enquête sur les symptômes aide à découvrir quand les travailleurs ressentent de l'inconfort, de la douleur ou une incapacité pouvant découler des activités exécutées en milieu de travail.

Modèle d'enquête sanitaire

1.	Quel est le titre de votre poste actuel?
2.	Quelles sont vos principales tâches au travail?
3.	Depuis combien de temps accomplissez-vous ces tâches?
4.	Dans quelle position corporelle travaillez-vous principalement?
5.	Quels sont les outils avec lesquels vous travaillez le plus souvent?
6.	Devez-vous vous étirer souvent pour atteindre des objets?
7.	Manipulez-vous souvent des objets ou des outils au-dessus de la hauteur des épaules ou près du sol?
8.	Faites-vous des mouvements répétitifs?
9.	Parmi les tâches que vous accomplissez, lesquelles trouvez-vous les plus difficiles?
10.	Avez-vous vécu des changements au travail récemment (p. ex. emploi, tâches, outils)?
11.	Dans le diagramme suivant, les parties du corps sont montrées de façon approximative. Veuillez indiquer, s'il y a lieu, où vous éprouvez de la douleur ou de la gêne. Ombrez les parties où vous avez, au cours de l'année dernière, ressenti de la douleur ou de la gêne qui a duré deux jours ou plus et qui était attribuable à votre travail. Si vous n'ombrez aucune partie, passez à la question n°46.



Type de douleur			
5.	Au cours de l'année dernière, avez-vous éprouvé de la douleur ou de la gêne attribuable à votre travail et qui a duré deux jours ou plus dans les régions suivantes :		
	a) Cou	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	b) Épaules	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	c) Coudes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	d) Poignets/avant-bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	e) Mains	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	f) Haut du dos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	g) Région lombaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	h) Pieds	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous répondez « non » à toutes ces questions, passez à la question n°46. Si vous répondez « oui » à l'un ou à plusieurs des points a) à h), veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant à la partie ou aux parties concernées du corps.			

Douleur au cou

6.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
7.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
8.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
9.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière :		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout _____ jours		
10.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer une activité vous absenter, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur aux épaules

11.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
12.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
13.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
14.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
15	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur aux coudes		
16.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne?	
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille <input type="checkbox"/> Pire
17.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :	
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille <input type="checkbox"/> Pire
18.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :	
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille <input type="checkbox"/> Pire
19.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours	
20.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.	
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	
	<input type="checkbox"/> Un peu	
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur	
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____	
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	
	<input type="checkbox"/> Un peu	
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur	
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____	
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur aux poignets/avant-bras

21.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
22.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
23.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
24.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
25.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités vous absenter, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur aux mains

26.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne?		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
27.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
28.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
29.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
30.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur dans le haut du dos

31.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
32.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
33.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
34.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
35.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur dans la région lombaire

36.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne?		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
37.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
38.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
39.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
40.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

<input type="checkbox"/>	Un peu
<input type="checkbox"/>	Toutes les nuits

Douleur aux pieds

41.	Pensez-vous que votre travail aggrave la douleur ou la gêne:		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
42.	Lorsque vous êtes chez vous, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
43.	Après une semaine d'absence, la douleur ou la gêne est :		
	<input type="checkbox"/> Moindre	<input type="checkbox"/> Pareille	<input type="checkbox"/> Pire
44.	La douleur ou la gêne vous a-t-elle obligé(e) à vous absenter du travail l'année dernière?		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Dans l'affirmative, combien de jours en tout? _____ jours		
45.	Dans quelle mesure votre douleur ou votre gêne a-t-elle affecté votre travail, votre vie personnelle et votre sommeil au cours de l'année dernière? Veuillez marquer d'un « X » les cases appropriées.		
	1) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre travail?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû m'absenter du travail à cause de la douleur		
	Si vous avez dû vous absenter, combien de jours d'absence avez-vous dû prendre au cours de l'année dernière? _____		
	2) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre vie personnelle?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		
	<input type="checkbox"/> Un peu		
	<input type="checkbox"/> J'ai dû cesser d'exercer des activités à cause de la douleur		
	Si vous avez dû cesser d'exercer des activités, pendant combien de jours avez-vous dû vous abstenir au cours de l'année dernière? _____		
	3) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

	<input type="checkbox"/> Un peu
	<input type="checkbox"/> Toutes les nuits
Autres problèmes de santé	
46.	Souffrez-vous d'autres problèmes de santé associés à votre travail?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dans l'affirmative, veuillez décrire:

Date de la dernière modification de la fiche d'information : 2020-02-07

Avertissement

Bien que le CCHST s'efforce d'assurer l'exactitude, la mise à jour et l'exhaustivité de l'information, il ne peut garantir, déclarer ou promettre que les renseignements fournis sont valables, exacts ou à jour. Le CCHST ne saurait être tenu responsable d'une perte ou d'une revendication quelconque pouvant découler directement ou indirectement de l'utilisation de cette information.