

# 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 \(TMSLT\)?](#)

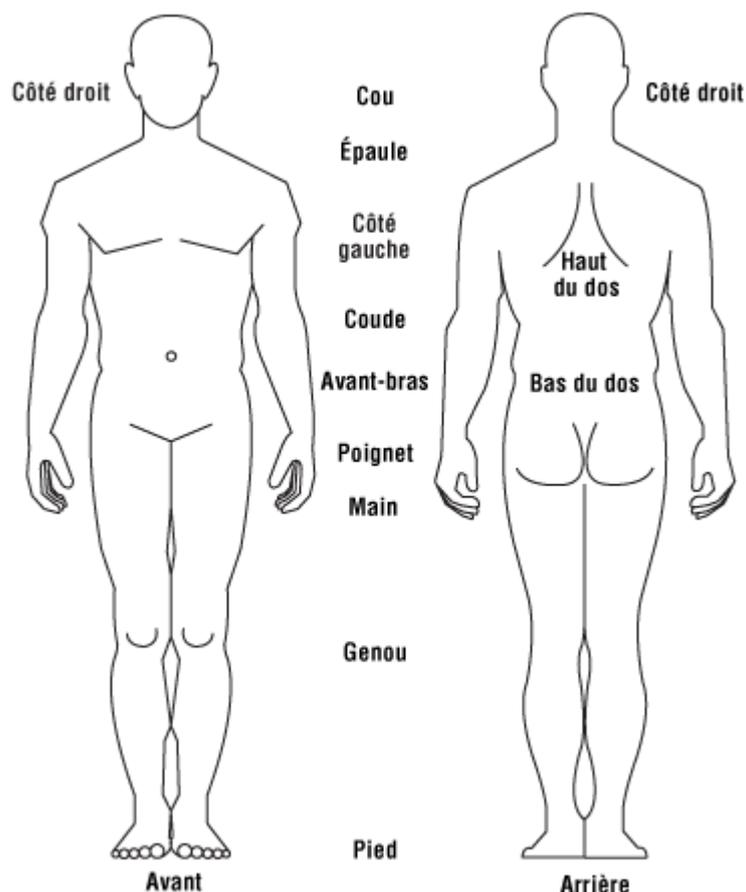
---

### 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?
a)	
b)	Quelles sont vos principales tâches au travail?
c)	Depuis combien de temps accomplissez-vous ces tâches?
2	Dans quelle position corporelle travaillez-vous principalement?
a)	
b)	Quels sont les outils avec lesquels vous travaillez le plus souvent?
c)	Devez-vous vous étirer souvent pour atteindre des objets?
d)	Manipulez-vous souvent des objets ou des outils au-dessus de la hauteur des épaules ou près du sol?
3	Faites-vous des mouvements répétitifs?
a)	
b)	Parmi les tâches que vous accomplissez, lesquelles trouvez-vous les plus difficiles?
c)	Avez-vous vécu des changements au travail récemment (p. ex. emploi, tâches, outils)?
4	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
<p>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.</p>			

<b>Douleur au cou</b>		
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.	
	a) 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? _____	
	b) 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	

### Douleur au cou

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

### Douleur aux épaules

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

### Douleur aux coudes

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

### Douleur aux poignets/avant-bras

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

### Douleur aux mains

Un peu

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.		
	a) 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? _____		
	b) 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? _____		
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?		
	<input type="checkbox"/> Pas du tout		

### Douleur dans le haut du dos

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

**Douleur dans la région lombaire**

Un peu

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.	
	a) 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? _____	
	b) 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? _____	
	c) Dans quelle mesure la douleur ou la gêne affecte-t-elle votre sommeil?	
	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

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

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

---

Fiche d'information confirmée à jour : 2025-03-26

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.