

# Etude distribution alimentaire - questionnaire salarié

## Partie à remplir par le médecin du travail

1 - Médecin ayant fait compléter le questionnaire :  
(nom, prénom ou cachet)

2 - Département du lieu de travail :

3 - Type de magasin :

- Hypermarché .....  1  
Supermarché .....  2  
Supérette .....  3  
Maxidiscompte .....  4  
Magasin spécialisé .....  5

4 - Enseigne, en clair :

5 - Circonstances de remplissage du questionnaire :

- Visite périodique .....  1  
Visite de reprise .....  2  
Visite autre.....  3  
Autre entretien médico-  
professionnel .....  4

## Éléments socio-démographiques

6 - Sexe :

- masculin .....  1  
féminin .....  2

7 - Age :

\_\_\_\_\_ ans

8 - Vivez-vous ?

- seul(e) .....  1  
en couple .....  2

9 - Avez-vous des personnes à votre charge ? (financière ou dont vous vous occupez)

9.1 - Enfants :

- oui .....  1  
non .....  2

9.2 - Personnes âgées, autres parents :

- oui .....  1  
non .....  2

## Poste de travail

---

10 - Depuis combien d'années travaillez-vous dans la distribution alimentaire ?

---

11 - Depuis combien d'années travaillez-vous dans le magasin actuel ?

---

Dans quel(s) rayon(s) travaillez-vous principalement ?

**12 - En libre service :**

*(cocher la ou les cases concernées)*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 12.1 Produits de grande consommation..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.2 Boucherie .....                      | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.3 Charcuterie .....                    | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.4 Fruits et légumes .....              | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.5 Traiteur .....                       | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.6 Poissonnerie .....                   | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.7 Crèmerie .....                       | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.8 Boulangerie .....                    | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12.9 Autre .....                          | <input type="checkbox"/> | 1 |

**13 - En stand (vente ou fabrication) :**

*(cocher la ou les cases concernées)*

- |                              |                          |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 13.1 Boucherie .....         | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.2 Charcuterie .....       | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.3 Fruits et légumes ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.4 Traiteur .....          | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.5 Poissonnerie .....      | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.6 Crèmerie .....          | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.7 Boulangerie .....       | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 13.8 Autre .....             | <input type="checkbox"/> | 1 |

14 - Quel poste occupez-vous ?

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Manager de rayon.....                          | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Employé commercial 3 et 4.....                 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <i>(second de rayon, employé principal...)</i> |                          |   |
| Vendeur .....                                  | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Employé commercial 1 et 2 .....                | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Manutentionnaire .....                         | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ouvrier de fabrication .....                   | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Autre .....                                    | <input type="checkbox"/> | 7 |
- 

15 - Depuis combien d'années occupez-vous votre poste actuel ?

**16 - Combien de temps consacrez-vous chaque jour à chacune des tâches suivantes ?**

(cocher la case correspondant au temps consacré)

	Plus de 4 heures 1	2 à 4 heures 2	Moins de 2 heures 3	Jamais 4	
16.1- Manutention (hors mise en rayon)					<input type="checkbox"/>
16.2- Mise en rayon					<input type="checkbox"/>
16.3- Contrôles et/ou gestion des commandes					<input type="checkbox"/>
16.4- Vente					<input type="checkbox"/>
16.5- Fabrication/conditionnement					<input type="checkbox"/>
16.6- Nettoyage					<input type="checkbox"/>
16.7- Caisse, autres tâches					<input type="checkbox"/>

**Temps et horaires de travail**

---

17 - Nombre d'heures hebdomadaires (prévues par le contrat de travail) :

---

18 - Par rapport à ce nombre d'heures (prévues par le contrat de travail),  
souhaiteriez-vous travailler ?

Plus d'heures .....  1  
Moins d'heures .....  2  
Le même nombre d'heures .....  3

---

19 - En général, combien de jours venez-vous travailler chaque semaine ?

---

20 - Vous arrive-t-il de façon habituelle ?

20.1 - De commencer le travail avant 7 heures ?

oui .....  1  
non .....  2

20.2 - De quitter le travail après 20 heures ?

oui .....  1  
non .....  2

20.3 - De travailler de nuit ?

(entre 21 h 00 et 6 h 00 : Art. L. 213-1-1 du Code du travail)

oui .....  1  
non .....  2

20.4 - De travailler en horaires coupés ?

(coupures supérieures à 2 heures)

oui .....  1  
non .....  2

---

21 - Vos horaires sont-ils, habituellement, les mêmes tous les jours ?

oui .....  1  
non .....  2

---

22 - En général, vos horaires vous permettent-ils de prendre vos repas  
à des heures "normales" ?

oui .....  1  
non .....  2

23 - En général, vos horaires vous conviennent-ils ?

oui .....  1  
non .....  2

24 - En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de dépasser vos horaires normaux ? (*horaires prévus*)

Très souvent .....  1  
Assez souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

25 - Combien de jours à l'avance connaissez-vous votre planning ?

| | |

26 - En général, votre planning est-il respecté ?

oui .....  1  
non .....  2

## Votre travail

27 - Devez-vous vous dépêcher pour faire votre travail ?

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

28 - Pouvez-vous vous arrêter et vous reposer un instant quand vous le voulez ? (*en dehors de vos pauses*)

oui .....  1  
non .....  2

29 - Votre travail nécessite-t-il ?

29.1 - Le port de charges de plus de 10 kg

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

29.2 - La répétition de mouvements identiques

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

29.3 - La prise et la dépose d'objets au-dessus des épaules

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

29.4 - La prise et la dépose d'objets au-dessous des genoux

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.5 - La prise et la dépose d'objets bras étendus vers l'avant à plus de 40 cm**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.6 - Des efforts de poignets / mains**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.7 - Des postures inconfortables des bras**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.8 - Des mouvements en rotation du tronc**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.9 - L'utilisation d'outils ou matériels vibrants**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.10 - La prise d'objets très chauds, très froids ou humides**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

**29.11 - Le port de gants**

- Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

---

**30 - Disposez-vous d'outils d'aide à la manutention efficaces ?**

*(matériel disponible, adapté, en bon état...)*

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

---

**31 - En dehors des outils de manutention, disposez-vous d'outils efficaces pour faire votre travail ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**32 - Votre travail est-il physiquement fatigant ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**33 - Votre travail est-il mentalement difficile ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**34 - Etes-vous isolé(e) à votre poste de travail ?** *(sans collègues aux alentours ou sans pouvoir leur parler à cause du bruit ou autre)*

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**35 - Vous sentez-vous tendu(e), crispé(e), stressé(e) dans le travail ?** *(pression du public, agression verbale, etc.)*

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**36 - Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?**

**36.1 - Il est varié**

- Oui tout à fait.....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**36.2 - Il est intéressant**

- Oui tout à fait.....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**36.3 - Vous pouvez choisir la façon de procéder**

- Oui tout à fait.....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**36.4 - Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération**

- Oui tout à fait.....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**37 - Pour faire un travail de bonne qualité, vous disposez**

**37.1 - de formations et d'informations suffisantes et adéquates**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

**37.2 - d'objectifs et de consignes clairement définis**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**38 - Dans votre travail, vos supérieurs sont-ils attentifs à vos suggestions ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**39 - Vous sentez-vous utile dans votre travail ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**40 - Etes-vous satisfait(e) de votre travail actuel ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**41 - Avez-vous le sentiment que, dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**42 - Avez-vous le sentiment que votre emploi est menacé économiquement ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4
- 

**43 - Avez-vous bénéficié d'une formation adéquate et suffisante lors de votre affectation à votre poste de travail ?**

- Oui tout à fait .....  1  
Plutôt oui .....  2  
Plutôt non .....  3  
Non pas du tout .....  4

## Mode de vie - santé

---

**44 - Pratiquez-vous, de façon occasionnelle ou régulière, une activité de loisir physique ou sportive ? (dont jardinage...)**

Oui .....  1  
Non .....  2

**44.1 - Si oui,**

Moins de 1 heure par semaine ....  1  
1 à 3 heures par semaine .....  2  
Plus de 3 heures par semaine .....  3

---

**45 - Ressentez-vous des courbatures, tensions musculaires localisées en fin de journée de travail ?**

Très souvent .....  1  
Souvent .....  2  
Rarement .....  3  
Jamais .....  4

---

**Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des problèmes (courbatures, douleurs, gênes) aux régions corporelles suivantes ?**

**46 - Nuque, cou**

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 47*

**Si oui,**

**46.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes à la nuque au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**46.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**46.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**46.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes de nuque ?**

oui .....  1  
non .....  2

## 47 - Epaules

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 48*

**Si oui,**

**47.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes à l'épaule au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**47.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**47.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**47.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes à l'épaule ?**

oui .....  1  
non .....  2

---

## 48 - Coudes

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 49*

**Si oui,**

**48.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au coude au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**48.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**48.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**48.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au coude ?**

oui .....  1  
non .....  2

**49 - Poignets, mains**

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 50*

**Si oui,**

**49.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au poignet/main au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**49.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**49.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**49.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au poignet/main ?**

oui .....  1  
non .....  2

---

**50 - Haut du dos (région dorsale)**

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 51*

**Si oui,**

**50.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au haut du dos au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**50.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**50.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**50.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au haut du dos ?**

oui .....  1  
non .....  2

**51 - Bas du dos** (*région lombaire*)

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 52*

**Si oui,**

**51.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au bas du dos au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**51.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ?** (*arrêt de travail, changement de poste...*)

oui .....  1  
non .....  2

**51.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**51.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au bas du dos ?**

oui .....  1  
non .....  2

---

**52 - Hanches, cuisses** (*d'un ou de deux côtés*)

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 53*

**Si oui,**

**52.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes à la hanche/cuisse au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**52.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ?** (*arrêt de travail, changement de poste...*)

oui .....  1  
non .....  2

**52.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**52.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes à la hanche/cuisse ?**

oui .....  1  
non .....  2

**53 - Genoux** (d'un ou de deux côtés)

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la question 54*

**Si oui,**

**53.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au genou au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**53.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**53.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**53.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au genou ?**

oui .....  1  
non .....  2

---

**54 - Chevilles, pieds** (d'un ou de deux côtés)

Oui .....  1  
Non .....  2

*Si non, passer à la dernière question, n° 55*

**Si oui,**

**54.1 - Quelle est la durée totale pendant laquelle vous avez eu des problèmes au cheville/pied au cours des 12 derniers mois ?**

1 à 7 jours .....  1  
8 à 30 jours .....  2  
Plus de 30 jours mais pas tous les jours .....  3  
Tous les jours .....  4

**54.2 - Est-ce que ce problème vous a empêché, au cours des 12 derniers mois, d'effectuer votre travail habituel ? (arrêt de travail, changement de poste...)**

oui .....  1  
non .....  2

**54.3 - Est-ce que ce problème vous a gêné ou vous gêne dans votre travail habituel ?**

oui .....  1  
non .....  2

**54.4 - Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, consulté un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe ou tout autre professionnel pour vos problèmes au cheville/pied ?**

oui .....  1  
non .....  2

---

**55 - Vous sentez-vous capable d'occuper votre emploi actuel jusqu'à la retraite ?**

oui .....  1  
non .....  2