



## Questionnaire sur la qualité de l'air\*

La qualité de l'air est une question de santé sérieuse et qui doit être traitée comme telle. Vos organisations syndicales ont pris l'initiative de ce dossier et nous comptons tout mettre en œuvre afin de régler ces problèmes.

\* Ce questionnaire n'a pas la prétention d'être un outil scientifique, mais plutôt un outil qui nous permettra de mieux cibler la ou les problématiques vécues dans votre établissement.

### Notes importantes

#### Traitement du dossier

Vous êtes sur le point de remplir le questionnaire portant sur la qualité de l'air intérieur. Toutes les réponses recueillies seront traitées et compilées de façon confidentielle. Nous vous demandons d'inscrire votre nom pour assurer le suivi.

La compilation servira à vos représentants pour faire les demandes qui s'imposent aux ressources matérielles de la Commission scolaire des Hautes-Rivières si rien n'a été entrepris par votre direction dans les 15 jours. Ultérieurement, cette compilation pourrait être transmise à la CNESST ou à la Santé publique.

#### Sensibilité aux contaminants

Les personnes peuvent avoir des niveaux de sensibilité différents. Le fait d'être sensible, voire hypersensible, ne soustrait pas l'employeur à vous fournir un environnement sain et sécuritaire.

#### Condition de santé particulière

Afin que votre dossier médical demeure confidentiel, veuillez communiquer directement avec le responsable à votre bureau syndical.

Faites parvenir votre questionnaire à votre organisation syndicale qui va traiter le dossier.

Solidairement, de la part de vos organisations syndicales.

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Téléphone (poste): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

1) À quel corps d'emploi appartenez-vous ?

- cadre  enseignant  
 professionnel  soutien

2) Avez-vous plus d'un poste de travail ou plus d'un local ?

- oui, indiquez combien : \_\_\_\_\_  non

3) Quel est le numéro de votre local (ou locaux)?

\_\_\_\_\_

4) À quel endroit dans l'établissement se situe votre local?

- En périphérie  Au centre de l'édifice  
 Au sous-sol  Sur un étage

5) Depuis combien de temps êtes-vous :

dans ce local ? \_\_\_\_\_

dans cet établissement ? \_\_\_\_\_

6) Est-ce que votre local (ou vos locaux) possède des fenêtres qui peuvent s'ouvrir ?

- oui  
 oui, mais le mécanisme d'ouverture présente des dysfonctionnements.  
 oui, mais le mécanisme est dangereux.  
 non

7) Est-ce que votre local (ou vos locaux) possède des entrées d'air ou des sorties d'air ?

- oui, il possède les deux  
 oui, il possède une seule  
 oui, mais je ne sais pas si se sont des entrées ou des sorties d'air  
 Je ne sais pas, je n'ai pas remarqué.  
 non

8) Votre poste de travail est-il à vocation particulière ou nécessite-t-il de la ventilation particulière ?

- (atelier, garage, laboratoire, etc.)  
 oui  non

9) Combien d'heures par semaine passez-vous dans la zone de votre (vos) poste (s) de travail ?

- 1 à 10 heures  11 à 20 heures  
 21 à 30 heures  31 et plus

10a) Indiquez s'il est possible de contrôler les éléments suivants pour votre poste de travail en cochant la ou les cases appropriées :

- ventilation mécanique  humidité  
 température  éclairage

10b) Est-ce que les instruments précédents fonctionnent ?

- Oui  Non

Pour les questions 11 et 12, munissez-vous de l'hygromètre fourni par le SEHR. (voir la personne déléguée)



11) Trouvez-vous que la température à votre local (ou vos locaux) est :

- convenable  trop froide  
 trop chaude  parfois trop chaude, parfois trop froide

Indiquez la température : \_\_\_\_\_ °C

Date et heure : le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

12) À votre poste de travail, trouvez-vous que l'air est :

- trop sec  ni trop humide, ni trop sec  
 trop humide  parfois trop humide, parfois trop sec

Indiquez le taux d'humidité : \_\_\_\_\_ %

Date et heure : le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

13) À votre poste de travail, avez-vous l'impression de manquer d'air ?

- Jamais                       Parfois  
 Souvent                       Toujours

14) À votre poste de travail, recevez-vous de l'air directement sur :

- la nuque                       oui                       non  
 les pieds                       oui                       non

Causé par : \_\_\_\_\_

15) À votre poste de travail, trouvez-vous qu'il y a beaucoup de poussière ?

- oui                       non

- dû à une mauvaise ventilation  
 dû à une accumulation à long terme  
 dû à une autre cause, spécifiez : \_\_\_\_\_

16) Est-ce qu'il y a dans votre local (vos locaux) des objets ou des aménagements qui sont incompatibles avec votre tâche ?

- oui, spécifiez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 non

17a) À votre poste de travail, percevez-vous des odeurs particulières ?

- odeurs de renfermé / humidité / moisi  
 odeurs de produits du pétrole  
 odeurs de gaz  
 odeurs de solvant  
 odeurs de produits chimiques  
 autres odeurs, précisez : \_\_\_\_\_

17b) À quel moment percevez-vous ces odeurs ?

- le matin  
 le midi  
 l'après-midi  
 la nuit  
 au retour de la fin de semaine  
 lorsqu'il y a certaines conditions météorologiques  
 autre, précisez : \_\_\_\_\_

18) Souffrez-vous des symptômes suivants lorsque vous êtes au travail ?

**1 indique jamais et 5 indique souvent**

| Symptômes                                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1- Somnolence                                 | <input type="radio"/> |
| 2- Difficulté de concentration                | <input type="radio"/> |
| 3- Fatigue excessive                          | <input type="radio"/> |
| 4- Manque d'énergie                           | <input type="radio"/> |
| 5- Étourdissement                             | <input type="radio"/> |
| 6- Maux de tête                               | <input type="radio"/> |
| 7- Nausée                                     | <input type="radio"/> |
| 8- Névralgie au niveau du cou                 | <input type="radio"/> |
| 9- Sécheresse de la gorge                     | <input type="radio"/> |
| 10- Irritation de la gorge                    | <input type="radio"/> |
| 11- Sécheresse du nez                         | <input type="radio"/> |
| 12- Irritation du nez                         | <input type="radio"/> |
| 13- Saignement de nez                         | <input type="radio"/> |
| 14- Yeux secs                                 | <input type="radio"/> |
| 15- Yeux irrités                              | <input type="radio"/> |
| 16- Difficulté à porter des verres de contact | <input type="radio"/> |
| 17- Congestion du nez et des sinus            | <input type="radio"/> |
| 18- Éternuements                              | <input type="radio"/> |
| 19- Toux                                      | <input type="radio"/> |
| 20- Difficulté à respirer                     | <input type="radio"/> |
| 21- Essoufflement                             | <input type="radio"/> |
| 22- Sifflement respiratoire                   | <input type="radio"/> |
| 23- Sensation d'être grippé                   | <input type="radio"/> |
| 24- Démangeaison de la peau                   | <input type="radio"/> |
| 25- Sécheresse de la peau                     | <input type="radio"/> |
| 26- Irritation de la peau                     | <input type="radio"/> |
| 27- Écoulement nasal persistant               | <input type="radio"/> |

