



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

