

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

Nombre	Questions/Réponses/Modifications
Question 4	En ce qui a trait à l'attestation de sécurité organisationnelle etc., devons-nous obtenir ces attestations avant de présenter la soumission?
Réponse 4	Les attestations de sécurité applicables à l'organisation et aux ressources sont requises au moment de l'attribution des contrats.
Question 5	Région de la capitale nationale – Veuillez confirmer que cela ne touche qu'Ottawa et les environs.
Réponse 5	Comme il est mentionné dans la pièce jointe 1 de la partie 3, Barème de prix, et dans l'annexe B, Base de paiement, la région de la capitale nationale est définie comme suit : (consulter l'annexe (section 2) de la <i>Loi sur la capitale nationale</i> , L.R.C. (1985), ch. N-4): http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/N-4/TexteCompleet.html
Question 6	Devons-nous nous servir d'un format particulier de rapports ou devons-nous inclure notre format recommandé de rapport?
Réponse 6	Oui, il y a un format particulier de Rapport d'évaluation ergonomique (REA). Consulter le Rapport d'évaluation ergonomique ci-dessous (versions anglaise et française).
Question 7	Veuillez confirmer que toutes les dépenses doivent être incluses dans l'établissement des prix, à l'exception des taxes applicables.
Réponse 7	Oui, toutes les dépenses, à l'exception des taxes applicables, doivent être incluses dans les prix qui figurent dans votre proposition financière (tel qu'il est indiqué dans l'annexe 1 de la partie 3, Barème de prix).
Question 8	Est-il nécessaire de présenter les curriculum vitae des ressources particulières qui sont proposées?
Réponse 8	Il n'y a pas de format particulier pour répondre à la demande de propositions. Cependant, toutes les sections de la demande de propositions doivent dûment remplies afin qu'elle soit jugée recevable. La présentation de curriculum vitae constitue une façon habituelle d'assurer la conformité.
Question 9	Est-ce qu'il y a un nombre limite de pages pour la réponse? S'attend-on à ce que nous ne remplissions que la partie technique de la proposition (c'est-dire les cases) ou voulez-vous une proposition plus complète expliquant qui nous sommes ainsi que notre expérience?
Réponse 9	Il n'y a pas de format particulier pour répondre à la demande de propositions. Cependant, toutes les sections de la demande de propositions doivent dûment remplies afin qu'elle soit jugée recevable. Le format de la réponse du soumissionnaire est laissé à sa discrétion.

**UNITÉ DE SOUTIEN DES FORCES CANADIENNES (OTTAWA) (USFC(O))
FORMULAIRE DE RAPPORT – ÉVALUATION ERGONOMIQUE**

NOM DE L'EMPLOYÉ/ DU MILITAIRE	EMPLACEMENT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DIRECTION/SECTION
GRANDEUR	MAIN DOMINANTE – D/G	LENTILLES CORRECTRICES – SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE
EMPLOI/TITRE DU POSTE	CLASSIFICATION DU POSTE – GROUPE/NIVEAU OU GRADE	FONCTIONS PRINCIPALES
SUPERVISEUR ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DU RAPPORT	DATE DE FERMETURE DU DOSSIER

Après avoir reçu une demande d'USFC (O) de l'OÉM le **XXXXXXXX 2016** des dispositions ont été prises pour procéder à une évaluation ergonomique interne. L'évaluation a été effectuée par **Nom de l'évaluateur et date 2016**. Ce rapport a été préparé de concert avec l'employé et comprend les sections suivantes :

- a) Analyse et évaluation des dangers ergonomiques
- b) Identification des risques ergonomiques et recommandations
- c) Plan d'action pour mettre en vigueur les recommandations

Les renseignements concernant la responsabilité des mesures sont décrits dans la section C du rapport. Le superviseur immédiat de l'employée est responsable de s'assurer que les recommandations soient mises en vigueur à temps et que les conseils décrits dans ce rapport soient suivis.

Si le superviseur ou l'employé n'est pas d'accord avec les recommandations du rapport, il doit soumettre par écrit les raisons pour lesquelles il est en désaccord au courriel : [+CFSU\(O\)GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)Tech Svcs@Ottawa-Hull), dans les 30 jours civils suivant la réception du rapport.

Toute question ou explication sur le contenu du présent rapport doit être acheminée au [+CFSU\(O\)GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)Tech Svcs@Ottawa-Hull).

PARTIE A – ÉVALUATION DES RISQUES ERGONOMIQUES

1: QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE DEMANDE D'ÉVALUATION ERGONOMIQUE?

2: RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR OU UN MALAISE, ET DANS L’AFFIRMATIVE, DEPUIS QUAND?

3: POUVEZ-VOUS DÉCRIRE VOS TÂCHES/HABITUDES DE TRAVAIL?

(Inclure le pourcentage du temps passé à l'ordinateur; l'utilisation de la surface de travail; l'utilisation de la souris par rapport à l'utilisation du clavier; l'utilisation des touches de raccourci; les changements entre diverses surfaces de travail.)

Ordinateur et papeterie : 90% (alpha, numérique, et souris) courrier électronique et vérification de document style Excel (ou MS Suite) et base de données.

Utilisation égale entre le clavier et la souris est notées.

Documents physiques : Utilisation minimale

Téléphone : Utilisation minimale

Réunion : 5-10% du temps l'employée est en rencontre avec collègues de travail



4: DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS À CE POSTE DE TRAVAIL ET Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS APPORTÉS À CELUI-CI DERNIÈREMENT?

5: POSTURE DE TRAVAIL CORRECTE ET VARIABLE – FRÉQUENCE ?

(Nota : Il est bon de changer de posture toutes les 30 à 60 minutes ou plus)

6: CONNAISSEZ-VOUS LES TOUCHES DE RACCOURCI SUR LE CLAVIER QUI PEUVENT REMPLACER LES FONCTIONS DE LA SOURIS?

7: FAITES-VOUS RÉGULIÈREMENT DES ÉTIREMENTS? Oui/Non, - Et à quelle fréquence?

8: FRÉQUENCE ET DURÉE DES APPELS (Nombre d'appels à l'heure). Utilisation d'un casque d'écoute – Oui/Non

PARTIE B – IDENTIFICATION DES RISQUES ET MESURES CORRECTIVES/RECOMMANDATIONS		
Équipement/ Habitudes de travail	Problème cerné	Observations, analyses et mesures correctives
Fauteuil	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plateau du siège trop court / profond <input type="checkbox"/> Siège trop haut / bas <input type="checkbox"/> Siège trop large/ étroit <input type="checkbox"/> Soutien lombaire <input type="checkbox"/> Position / adaptabilité des accoudoirs <input type="checkbox"/> Stabilité et condition du fauteuil 	
Mesures anthropométriques du siège	<p>XX cm hauteur du siège (d'en bas du genou jusqu'au plancher à angle droit [90/90/90]) :</p> <p>XX cm Profondeur du siège (des fesses à l'arrière du mollet) :</p> <p>XX cm Largeur du siège (de l'auriculaire droit à l'auriculaire gauche) :</p> <p>XX cm Hauteur des accoudoirs (du dessous du coude jusqu'au siège) :</p> <p>XX cm Largeur des accoudoirs (du majeur droit au majeur gauche) :</p> <p>XX cm Hauteur du soutien lombaire (main derrière le bas du dos, du majeur au plateau du siège)</p>	
Repose-pieds	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuisses non parallèles au plancher <input type="checkbox"/> Varie la posture 	
Plateau du clavier	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Position trop haute/ trop basse <input type="checkbox"/> Angle <input type="checkbox"/> Trop rapproché / trop éloigné de l'utilisateur(trice) <input type="checkbox"/> Longueur du plateau <input type="checkbox"/> Espace pour les jambes <input type="checkbox"/> Soutien de la souris non approprié <input type="checkbox"/> Stabilité /condition <p>Hauteur du plateau du clavier XX cm</p>	

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

Clavier	<p>X Trop petit/trop gros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Position / inclinaison <input type="checkbox"/> Technique 	
Appui-poignets	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Longueur : clavier/ souris <input type="checkbox"/> Mou (gel) / dur <input type="checkbox"/> Pression sur les poignets <input type="checkbox"/> Trop étroit/trop large/trop haut <input type="checkbox"/> Aucun 	
Souris	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proximité du clavier <input type="checkbox"/> Trop haut/trop bas <input type="checkbox"/> Soutien des avant-bras <input type="checkbox"/> Souris trop grosse/trop petite <input type="checkbox"/> Type de dispositif <input type="checkbox"/> Technique <p>Mesure de la main (du poignet jusqu'au bout de l'index) XX cm</p>	
Écran	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distance/position de l'écran <input type="checkbox"/> Hauteur <input type="checkbox"/> Inclinaison <input type="checkbox"/> Taille de la police, luminosité <p>Nombre d'écrans = 1 x 22.5</p> <p>Hauteur de l'écran (de la première ligne du texte à l'écran jusqu'au plancher) XX cm</p>	
Porte-bloc	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le cou est fréquemment incliné vers l'avant pour que l'employé lise le document (poste de travail ou ordinateur) <input type="checkbox"/> Le cou est incliné de côté pour lire le document 	
Surface de travail	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hauteur <input type="checkbox"/> Configuration <input type="checkbox"/> Espace pour les jambes (tiroirs classeurs, caissons, etc.) <p>Hauteur de la surface de travail : XX cm.</p>	

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

Téléphone	<input type="checkbox"/> Distance entre l'utilisateur et le téléphone <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Utilisation simultanée du téléphone et de l'ordinateur <input type="checkbox"/> Nombre d'appels par jour/Durée Distance du téléphone XX cm	
Unité centrale	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation	Aucun problème identifié
Articles fréquemment utilisés	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation	Aucun problème identifié
Éclairage	<input type="checkbox"/> En général : trop brillant/trop sombre <input type="checkbox"/> Tâche : trop brillant/trop sombre <input type="checkbox"/> Besoin de couvre-fenêtres	Aucun problème identifié
Habitudes de travail	<input type="checkbox"/> Trop longtemps dans la même posture <input type="checkbox"/> Posture (précisez) <input type="checkbox"/> Variation dans les tâches <input type="checkbox"/> Utilisation des touches de raccourci <input type="checkbox"/> Autre	Aucun problème identifié
Autres préoccupations		Aucun problème identifié

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

SECTION C – PLAN D’ACTION – MISE EN VIGUEUR DES RECOMMANDATIONS		
Problème cerné	Ajustement supplémentaire/ Équipement recommandé	Mesures – Date achevée
Fauteuil		
Repose-pied		
Plateau à clavier		
Clavier		
Appui-poignets		
Souris		
Écran		
Porte-bloc		
Surface de travail		
Téléphone		
STC/Station d’accueil		
Articles fréquemment utilisés (p. ex. agrafeuse, stylos, etc.)		
Éclairage		
Habitudes de travail		
Autre préoccupation		