



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction de l'animation de la recherche,
des études et des statistiques

Direction des relations du travail
Inspection médicale du travail

SUMER 2002

Votre opinion sur votre situation de travail

Identification du questionnaire :

Questionnaire N°

Date de l'enquête : (jour, mois, année)

Identification du salarié :

Sexe

Année de naissance



- Ce questionnaire a pour but de recueillir ce que vous ressentez au sujet de votre travail.
- Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions.
- Vous pouvez le remettre au médecin ouvert ou sous enveloppe cachetée.

Questionnaire de Karasek (questions de 1 à 26)

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

3. Mon travail me demande d'être créatif

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

5. Mon travail demande un haut niveau de compétence

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

7. Dans mon travail, j'ai des activités variées

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

10. Mon travail demande de travailler très vite

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

11. Mon travail demande de travailler intensément

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

17. Mon travail est très « bousculé »

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

27. Votre établissement est-il passé aux 35 heures (RTT) ? Oui Non

28. A quelle date ? mois Année

**Si non, aller
à la Q.36**

29. Comment votre temps de travail a-t-il été réduit ? Par ...

- Une réduction de la durée quotidienne
Une réduction en journée ou demi-journée par semaine
Des jours de repos supplémentaires
Un compte-épargne temps
Mon temps de travail n'a pas été réduit

Comment a changé votre travail depuis la RTT ?

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

30. Ma charge de travail a diminué autant que mon temps de travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

31. La réduction du temps de travail ne me permet plus de faire un travail aussi soigné

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

32. La réduction du temps de travail me permet d'être plus autonome dans mon travail

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

33. La réduction du temps de travail m'a conduit à élargir mon domaine de compétence

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

34. La réduction du temps de travail dans votre entreprise vous a t-elle conduit à travailler plus souvent...

Le samedi La nuit (entre minuit et 5 heures du matin)
Le dimanche Tard le soir, tôt le matin Pas de changement

35. Compte-tenu de tous les changements, dans le travail et hors travail dus à la RTT, considérez-vous que votre situation est ... ?

Bien meilleure Moins bonne
Un peu meilleure .. Beaucoup moins bonne La même

36. Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ?

Placez-vous sur cette échelle de 1, très mauvais à 10, très bon

Très Mauvais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très Bon

37. Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?

Non, mon travail n'influence pas ma santé
Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé
Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé

38. Dans l'ensemble je suis satisfait(e) de mon travail

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

39. Il m'arrive de ne pas dormir parce que je pense à mon travail

Jamais Rarement Parfois Souvent

40. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est fatigant ?

Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout fatigant à 10, extrêmement fatigant

Pas du tout fatigant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | extrêmement fatigant

41. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est stressant ?

Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout stressant à 10, extrêmement stressant

Pas du tout stressant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | extrêmement stressant

42. Quand vous êtes très fatigué(e) ou stressé(e) par votre travail, que faites-vous de préférence ...

(trois réponses maximum)

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Je prends des médicaments | <input type="checkbox"/> | Je fais du sport | <input type="checkbox"/> |
| Je vais voir le médecin | <input type="checkbox"/> | Je lis ou j'écoute de la musique | <input type="checkbox"/> |
| Je m'absente de mon travail | <input type="checkbox"/> | Je consomme davantage de tabac ou d'alcool | <input type="checkbox"/> |
| Je regarde la télévision | <input type="checkbox"/> | Je mange | <input type="checkbox"/> |
| Je dors davantage | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |

Précisez _____

43. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé ?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non, | <input type="checkbox"/> |
| Non, mais j'ai essayé | <input type="checkbox"/> | Non, pas de problème de santé | <input type="checkbox"/> |

44. Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous eu d'arrêts maladie

(hors accidents de travail ou maternité) ?

45. Combien de jours ces arrêts ont-ils représenté ?

46. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accidents du travail (hors trajet)

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Pas d'accident | <input type="checkbox"/> | 2 accidents | <input type="checkbox"/> |
| 1 accident | <input type="checkbox"/> | 3 accidents ou plus | <input type="checkbox"/> |

47. Combien de jours d'arrêt de travail avez-vous eu du fait de ces accidents ?

48. Souhaitez-vous changer de poste ou de travail ?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Oui rapidement | <input type="checkbox"/> | Oui, plus tard | <input type="checkbox"/> |
| | | Non | <input type="checkbox"/> |

Quelle que soit votre réponse, indiquez pour quelles raisons ?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Le contenu du travail | <input type="checkbox"/> | Le salaire | <input type="checkbox"/> |
| Les risques du travail | <input type="checkbox"/> | Votre âge | <input type="checkbox"/> |
| L'organisation de travail | <input type="checkbox"/> | La sécurité de l'emploi | <input type="checkbox"/> |
| L'ambiance de travail | <input type="checkbox"/> | | |

Vous arrive-t-il de vivre au travail les situations difficiles décrites ci-dessous ?

49. Une personne ou plusieurs personnes se comporte(nt) systématiquement avec vous de la façon suivante...

	Oui actuellement	Oui dans le passé.	Non
Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tient sur vous des propos désobligeants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous empêche de vous exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ridiculise en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critique injustement votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous dit des choses obscènes ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime, de la part du public dans le cadre de votre travail ...

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|---|-----------|--------------------------|
| D'une agression verbale | Oui | <input type="checkbox"/> | combien de fois ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| D'une agression physique ou sexuelle | Oui | <input type="checkbox"/> | combien de fois ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | Non | <input type="checkbox"/> |



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction de l'animation de la recherche,
des études et des statistiques

Direction des relations du travail
Inspection médicale du travail

SUMER 2002

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Région REG Service SV Médecin MED

Service . autonome
. interentreprise
. MSA

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

TSV

EDF-GDF
Hôpitaux
La Poste

<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6

TSV

Sondage type

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

SOND

Taux : 1/

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TAUX

Questionnaire N°

Date de l'enquête

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

JOUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

MOIS

2	0	0
---	---	---

ANNÉE

Nombre de mois depuis la dernière visite

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DERV

mois

(à l'exclusion des visites de <<reprise>> ou <<spontanée>>)

L'autoquestionnaire a été...

rempli

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

AUTO

refusé

non proposé

s'il a été rempli est-ce...

avant la visite ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Oui Non
AUTORA

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Activité économique principale : (Code NAF, 3 chiffres + 1 lettre)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NAF

À défaut, intitulé en clair (ou éventuellement code NAP) pour trouver le code NAF

Nombre approximatif de salariés dans l'établissement :

(Cadrer la réponse à droite)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NAFCL

ETAB

Nombre approximatif de salariés dans l'entreprise (lorsqu'il y a plusieurs établissements)

(Cadrer la réponse à droite)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ENT

Existe-t-il un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans votre établissement ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Oui Non
CHS

Votre établissement a mis en œuvre la réduction du temps de travail (lois Robien ou Aubry) (Cochez ici)

<input type="checkbox"/>

RTT

Votre établissement est certifié ISO ou en cours de certification (Cochez ici)

<input type="checkbox"/>

ISO

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ

Sexe Masculin :
Féminin :

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

SEXE

Nationalité :

1. française 1
 2. étrangère mais Union Européenne 2
 3. étrangère hors Union Européenne 3

NAT

Année de naissance :

1	9		
---	---	--	--

NAIS

Statut de l'emploi :

Cochez 1 seule case.

1. Apprenti ou contrat de formation emploi en alternance 1
 2. Stagiaire ou contrat de mesure pour l'emploi 2
 3. Intérimaire (placé par une agence d'intérim) 3
 4. Sous contrat à durée déterminée ou autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, vacataire, pigiste, etc) 4
 5. Emploi sans limite de durée (CDI) 5
 6. Fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) 6

STATUT

Ancienneté dans l'établissement

1. moins d'un an 1
 2. entre 1 et 3 ans 2
 3. entre 3 et 10 ans 3
 4. plus de 10 ans 4

ANCIEN

Secteur d'activité :

1. Agriculture 1
 2. Hôpitaux publics 2
 3. Hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) 3
 4. Hôpitaux ou cliniques privées 4
 5. Secteur privé (hors 1, 3 et 4) 5
 6. Secteur public (hors hôpitaux) 6

SECTEUR

Temps de travail

1. temps complet 1
 2. temps partiel 2
 3. Avez-vous choisi ce temps de travail ? Oui Non

CHOITPS

Profession exercée : (Précisez en clair l'intitulé)

 _____ PROFCL

Principale tâche à effectuer : (Précisez en clair)

 _____ TACHCL

Si vous êtes agent de la fonction publique de l'État ou des collectivités (y compris HLM, Hôpitaux publics), précisez votre grade (corps, catégorie...) :

Fonction principale exercée : Cochez 1 seule case.

1. Production, fabrication, chantier 1
 2. Installation, entretien, réglage, réparation 2
 3. Nettoyage, gardiennage, travail ménager 3
 4. Manutention, magasinage, transports 4
 5. Guichet, saisie, standard, secrétariat 5
 6. Gestion, comptabilité, fonction administrative 6
 7. Commerce, vente, technico-commercial 7
 8. Recherche, étude, méthode, informatique 8
 9. Direction générale 9
 0. Enseignement, santé, information, autre cas 0

GRADE

FONCT
FCAUT

Préciser : _____

Position professionnelle de l'emploi actuel :

Cochez 1 seule case.

1. Manceuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc) ... 1
 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ). 2
 3. Agent de maîtrise dirigeant les ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale 3
 4. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maîtrise 4
 5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre) 5
 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de catégorie B de la Fonction publique 6
 7. Ingénieur ou cadre (les employés, techniciens, agents de maîtrise n'ayant pas la qualité de cadre ne devront pas se classer ici même s'ils cotisent à une caisse de retraite des cadres) 7
 8. Professeur et personnel de catégorie A de la Fonction publique 8
 9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la Fonction publique 9
 0. Autres cas : (coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique, etc.) 0

POS

Préciser : _____

Dans le cas des intérimaires : précisez le secteur d'activité correspondant à la mission sur laquelle porte l'enquête en cochant et en donnant un libellé en clair

- Industrie 1 Construction 3
 Transports 2 Tertiaire 4

SINT

CADRE RÉSERVÉ

Code PCS :

--	--	--	--	--

PCS

SINT 2

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES ET RELATIONNELLES

Caractéristiques du temps de travail :

101. Quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué la dernière semaine travaillée ? HH
102. Y-a-t-il des périodes où votre durée de travail hebdomadaire est plus longue ? Oui Non HHPLUS
Si oui, quelle est, en général, la durée hebdomadaire de travail pendant ces périodes ? HHPLUSCL
103. Y-a-t-il des périodes où votre durée de travail hebdomadaire est moins longue ? Oui Non HHMOIN
Si oui, quelle est, en général, la durée hebdomadaire de travail pendant ces périodes ? HHMOINCL
104. En général, combien de temps êtes-vous absent de chez vous du fait de votre travail lors d'une journée ? AMPLITUD
105. Travaillez-vous en équipes (travail posté) ? Oui Non EQUIP
Si oui :
- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|---|--------|
| 1. en 2x8 (équipes, brigades) | <input type="text"/> | 1 | EQUIPX |
| 2. en 3x8 (équipes, brigades) | <input type="text"/> | 2 | |
| 3. en 4x8 (équipes, brigades) | <input type="text"/> | 3 | |
| 4. en 2x12 (équipes, brigades) | <input type="text"/> | 4 | |
106. Travaillez-vous le dimanche, ou les jours fériés, même occasionnellement (entre 0h et 24h) ? Oui Non DIMFER
Si oui, combien de jours par an ? NBDIFER
107. Travaillez-vous le samedi, même occasionnellement (entre 0h et 24h) ? Oui Non SAM
Si oui, combien de samedis par an ? NBSAM
108. Travaillez-vous la nuit, même occasionnellement ? Oui Non NOCT
- | | | | |
|-------------------------------|----------------------|---|-------|
| 1. Entre 0 et 5 heures | <input type="text"/> | 1 | NOCTD |
| 2. Entre 21 et 6 heures | <input type="text"/> | 2 | |
- Si oui**, combien de fois par an ? NBNUIT
109. Vos horaires sont-ils les mêmes tous les jours (ou à peu près) ? Oui Non HORVAR
110. Comment sont déterminés vos horaires de travail ? (*une seule réponse possible*)
- | | | | |
|--|----------------------|---|--------|
| 1. Ils sont déterminés par l'entreprise sans que vous puissiez les modifier | <input type="text"/> | 1 | HORDET |
| 2. Vous avez le choix entre plusieurs horaires (horaires fixes proposés par l'entreprise ou « horaires à la carte ») | <input type="text"/> | 2 | |
| 3. Vos horaires sont déterminés par vous-même | <input type="text"/> | 3 | |

111. Y a-t-il eu plusieurs périodes de travail dans votre journée (ou nuit) ?
S'il y a eu au moins trois heures d'interruption, on considère qu'il y a deux périodes.
1. une seule période

	1
	2
2. deux périodes ou plus

	2
--	---

 PERIOD
112. Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer ...?
1. demain

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 PREJOUR
2. la semaine prochaine

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 PRESEM
3. dans le mois à venir

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 PREMOIS
4. d'ici trois mois

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 PRETRIM
113. Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu ?
1. toujours

	1
	2
	3
	4
2. souvent

	2
--	---
3. parfois

	3
--	---
4. jamais

	4
--	---

 RABHOR
114. En général, disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos, au cours d'une semaine ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 REPOS48
115. Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 ASTREIN

Contraintes de rythmes de travail

116. Votre rythme de travail vous est-il imposé par ...?
1. le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWDEP
2. la cadence automatique d'une machine

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWCAD
3. d'autres contraintes techniques

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWTECH
4. la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWCOLEG
5. des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWNORMH
6. des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWNORMJ
7. une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate (public, clients, donneurs d'ordre)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWDEM
8. une demande extérieure n'obligeant pas à une réponse immédiate (public, clients, donneurs d'ordre)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWDEMAND
9. les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWSURV
10. un contrôle ou un suivi informatisé

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

 RWINFOR

117. Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous le souhaitez ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui :	Oui	Non	INTERUPT
1. cette interruption nécessite-t-elle que vous vous fassiez remplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	REMPPLASS
2. devez-vous justifier cette interruption ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	JUSTIFI
118. Êtes-vous obligé de vous dépêcher pour faire votre travail...?			
1. toujours	<input type="checkbox"/>	1	
2. souvent	<input type="checkbox"/>	2	
3. parfois	<input type="checkbox"/>	3	
4. jamais	<input type="checkbox"/>	4	DEPECH
119. Occupez-vous différents postes ou fonctions (polyvalence) ?			
1. oui, vous faites une rotation régulière entre les postes	<input type="checkbox"/>	1	
2. oui, vous changez de poste en cas d'urgence ou d'absence d'un collègue	<input type="checkbox"/>	2	
3. non	<input type="checkbox"/>	3	POLYVAL
Si oui , (réponse 1 ou 2) :			
1. du point de vue de l'intérêt de votre travail, est-ce... ?			
a. plutôt mieux	<input type="checkbox"/>	1	
b. plutôt moins bien	<input type="checkbox"/>	2	
c. sans effet	<input type="checkbox"/>	3	POLYTRAV
2. du point de vue de votre charge de travail, est-ce... ?			
a. plutôt mieux	<input type="checkbox"/>	1	
b. plutôt moins bien	<input type="checkbox"/>	2	
c. sans effet	<input type="checkbox"/>	3	POLYCHAR
3. est-ce source d'erreur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	POLYERR
120. En raison de votre charge de travail, devez-vous emporter du travail chez vous ?			
1. toujours	<input type="checkbox"/>	1	
2. souvent	<input type="checkbox"/>	2	
3. parfois	<input type="checkbox"/>	3	
4. jamais	<input type="checkbox"/>	4	INTENSIF
121. Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oui	Non	DEBORD
Si oui , diriez-vous que cette interruption d'activité... ?			
1. perturbe votre travail	<input type="checkbox"/>	1	
2. est sans conséquence sur votre travail	<input type="checkbox"/>	2	
3. est un aspect positif de votre travail	<input type="checkbox"/>	3	INTERACT
122. Pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés ?			
1. oui	<input type="checkbox"/>	1	
2. non	<input type="checkbox"/>	2	
3. sans objet, pas de délais	<input type="checkbox"/>	3	DELAIS

Autonomie et marges d'initiative

123. Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que :

1. la plupart du temps, vous réglez personnellement l'incident
2. vous réglez personnellement l'incident mais dans des cas bien précis, prévus d'avance
3. vous faites généralement appel à d'autres

	1
	2
	3

INCIDENT

124. Avez-vous la possibilité de changer l'ordre des tâches à accomplir pour mener à bien votre travail ?

1. oui, tout le temps
2. oui, selon les tâches
3. non, je ne peux pas
4. sans objet (pas d'ordre établi)

	1
	2
	3
	4

ORDER

125. Une erreur dans votre travail peut-elle, ou pourrait-elle entraîner... ?

1. des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service
2. des coûts financiers importants pour l'entreprise
3. des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes
4. des sanctions à votre égard (diminution importante de votre rémunération, changement de poste, risque pour votre emploi)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

RISQUAL

RISFINA

RISDANG

RISEMPL

126. Devez-vous rendre compte de votre activité par écrit (papier ou messagerie électronique) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

FORMAL

Si oui, selon quel rythme (*une seule réponse possible*) ?

1. tout au long de la journée
2. une fois par jour
3. une fois par semaine
4. une fois par mois
5. une fois par an

	1
	2
	3
	4
	5

FORMALX

Collectif de travail

127. En cas de désaccord sur la façon de faire votre travail, pouvez-vous en discuter...

1. avec vos supérieurs hiérarchiques ?
 - a. oui, facilement
 - b. oui, difficilement
 - c. non
 - d. jamais de désaccords
 - e. pas de supérieurs
2. avec vos collègues ?
 - a. oui, facilement
 - b. oui, difficilement
 - c. non
 - d. jamais de désaccords
 - e. pas de collègues

	1
	2
	3
	4
	5

DISCUCHEF

	1
	2
	3
	4
	5

DISCUCOLL

128. Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général... ?
- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. des informations claires et suffisantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CORRINF |
| 2. un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CORRCOL |
| 3. la possibilité de coopérer (<i>échanges d'informations, entraide</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CORRCOP |
| 4. des moyens matériels adaptés et suffisants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CORRMOY |
| 5. une formation suffisante et adaptée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CORRFORM |
| 129. Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre responsabilité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | CHEF |

Si oui, vous intervenez auprès d'eux pour ...

- | | | | |
|---|--------------------------|---|----------|
| 1. les aider en cas de problèmes techniques, les former | | | |
| a. toujours | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| b. souvent | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| c. parfois | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| d. jamais | <input type="checkbox"/> | 4 | CHEFAID1 |
| 2. répartir le travail ou coordonner une équipe | | | |
| a. toujours | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| b. souvent | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| c. parfois | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| d. jamais | <input type="checkbox"/> | 4 | CHEFAID2 |

Contacts avec le public

130. Êtes-vous en contact de vive voix ou par téléphone avec le public ?
(usagers, patients, voyageurs, clients, etc.)
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | PUBLIC |
- Si oui :**
- Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public ?
- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|---------|
| a. en permanence | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| b. régulièrement | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| c. occasionnellement | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| d. jamais | <input type="checkbox"/> | 4 | TENSPUB |
131. Êtes-vous exposé à un risque d'agression verbale de la part du public ?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | AGREVERB |
132. Êtes-vous exposé à un risque d'agression physique (y.c. sexuelle) de la part du public ?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Oui | Non | AGREPHY |

AMBIANCES ET CONTRAINTES PHYSIQUES pendant la dernière semaine travaillée

201. Exposition à des nuisances sonores	Si non, aller à la Q.206	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SONF		
202. Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels A		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> A	SONA		
203. Bruit comportant des chocs, des impulsions		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> A	SONI		
204. Autre bruit gênant pour le salarié		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> A	SOND		
205. Ultra-sons		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> A	SONU		
206. Nuisances thermiques	Si non, aller à la Q.211	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	THERM		
207. Travail à l'extérieur, exposé aux intempéries		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	EXT		
208. Travail au froid, moins de 15°C, imposé par le processus de production		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	FROI		
Si oui :					
nombre de degrés centigrades (<i>une réponse possible</i>) :					
1. inférieur à - 10°		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>		1	
	1				
2. - 10° à moins de 0°		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr></table>		2	
	2				
3. 0° à moins de + 10°		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table>		3	
	3				
4. + 10° à moins de + 15°		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td></tr></table>		4	DEG1
	4				
209. Travail au chaud, plus de 24°C, imposé par le processus de production		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	CHAU		
Si oui :					
nombre de degrés centigrades (<i>une réponse possible</i>) :					
1. + 25° à moins de + 30°		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>		1	
	1				
2. + 30° ou plus		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr></table>		2	DEG2
	2				
210. Travail en milieu humide, imposé par le processus de production		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	HUM		
211. Exposition aux radiations ou au rayonnement	Si non, aller à la Q.215	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RAY		
212. Radiation ionisante DATR, de catégorie A		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	RIA		
213. Radiation ionisante DATR, de catégorie B :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	RIB		
214. Radiation non ionisante		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RADION		
1. Rayonnement laser		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	LAS		
2. Radiation optique non cohérente (U.V. visibles, infra-rouge)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	ROPT		
3. Autres (rayonnement électromagnétique, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O	RAUT		

Durée : chiffrer

1 : < 2 heures

2 : 2 à < 10 heures

3 : 10 à < 20 heures

4 : 20 heures ou plus

Protection Individuelle : mettre une croix

A : protection Auditive

C : protection Cutanée

R : protection Respiratoire

O : protection Oculaire

215. Travail en air et espace contrôlés	Si non, aller à la Q.220	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Non	AIR
216. Salle blanche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	BLAN
217. Ambiance hyperbare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	HYB
218. Locaux climatisés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	CLIM
219. Espace confiné		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	CONF
220. Situations avec contrainte visuelle	Si non, aller à la Q.224	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Non	
221. Travail sur écran (en continu ou en discontinu)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	ECRAI
222. Travail avec appareils optiques (binoculaires, microscopiques, autres)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	OPT
223. Autre travail de précision, associant contraintes visuelle et posturale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	PREC
224. Manutention manuelle de charges (définition européenne)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Oui	Durée	Non
225. Contraintes posturales et articulaires	Si non, aller à la Q.233	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Non	CPOS
226. Position debout ou piétinement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	DEBOU
227. Déplacement à pied dans le travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	DEPLA
228. Position à genoux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	GENOU
229. Position fixe de la tête et du cou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	COU
230. Maintien de bras en l'air		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	BRAS
231. Autres contraintes posturales (posture accroupie, en torsion etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	AUTP
232. Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée dont :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	REPET
Temps de cycle de moins d'une minute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	CYCL
233. Travail avec machines et outils vibrants	Si non, aller à la Q.236	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Non	VIB
234. Outils transmettant des vibrations aux membres supérieurs (Tronçonneuse, meuleuse, clef à choc, marteau piqueur, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	VISUP
235. Vibrations créées par des installations fixes (concasseur, table vibrante, presse, malaxeur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	VIVIX
236. Conduite	Si non, aller à la Q.300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Non	COND
237. Conduite de machine mobile sur le lieu de travail (engin de chantier, chariot automoteur, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	VIMOB
238. Conduite sur la voie publique (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Oui	Durée	AUTO

Durée : chiffrer

1 : < 2 heures

2 : 2 à < 10 heures

3 : 10 à < 20 heures

4 : 20 heures ou plus

EXPOSITIONS À DES AGENTS BIOLOGIQUES

pendant la dernière semaine travaillée

300. Exposition

à des agents biologiques

Si non, aller
à la Q.400

Oui Non

ABIO

301. **Le salarié est délibérément exposé**
à des agents biologiques

Si non, aller
à la Q.311

Oui Non

DELIB

*Il s'agit d'emplois dans lesquels les agents biologiques
sont à la base du processus.*

Secteurs concernés

302. Laboratoire de recherche ou de développement utilisant
des micro-organismes

Oui Durée P.Col C R O MH

LABO

303. Industrie biotechnologique (production)

Oui Durée P.Col C R O MH

BIOTECH

304. Activité en milieu ouvert (technique de dépollution, extraction
de minerai par lixiviation, récupération assistée du pétrole,
utilisation phytosanitaire...)

Oui Durée P.Col C R O MH

AOUV

Caractéristiques des micro-organismes

305. Micro-organismes naturels

Oui Durée

MNAT

306. Micro-organismes génétiquement modifiés

Oui Durée

MGEN

307. Risque infectieux

Oui

RINF

308. Classe du micro-organisme le plus pathogène
(1 à 4, voir guide)

Classe

CLASSE

309. Risque toxinique

Oui

RTOX

310. Risque immunoallergique

Oui

RIMM

Durée : chiffrer

- 1 : <2 heures
- 2 : 2 à < 10 heures
- 3 : 10 à < 20 heures
- 4 : 20 heures ou plus

P.Col : chiffrer
(Protection Collective)

- 1 : aucune
- 2 : aspiration à la source
- 3 : vase clos
- 4 : ventilation générale
- 5 : autre

P. I. : mettre une croix
(Protection Individuelle)

- A : protection Auditif
- C : protection Cutanée
- R : protection Respiratoire
- O : protection Oculaire

MH : chiffrer
(Moyens d'Hygiène adaptés)

- 1 : oui
- 2 : non
- 3 : sans objet

<p>311. Le salarié est potentiellement exposé à des agents biologiques</p> <p><i>Exposition à un risque biologique supérieur au risque communautaire</i></p>	<p>Si non, aller à la Q.400</p> <p>↓</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Non</p>	<p>POTENT</p>
<p>312. Travail en milieu de soins, en secteur social ou au contact d'un réservoir humain</p>	<p>Si non, aller à la Q.320</p> <p>↓</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Non Vivant Mort</p>	<p>HUMAIN</p>
<p>313. Milieu de soins et de diagnostics (y compris hospitalisation à domicile)</p> <p><i>À l'intérieur de ce secteur d'activité, précisez ci-dessous le type de tâche exposant au risque</i></p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée</p>	<p>SOIN</p>
<p>1. Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH PE</p>	<p>SOINA</p>
<p>2. Soins médicalisés non invasifs</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH PE</p>	<p>SOINB</p>
<p>3. Soins médicalisés avec gestes invasifs</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH PE</p>	<p>SOINC</p>
<p>4. Gestes techniques en laboratoire d'analyse médicale et anatomo pathologie</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH PE</p>	<p>SOIND</p>
<p>5. Autres types d'activité en milieu de soins et de diagnostic</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH PE</p>	<p>SOINE</p>
<p>314. Milieu médico-social</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée</p>	<p>SOCIAL</p>
<p>1. Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH</p>	<p>SOCIALA</p>
<p>2. Autres types d'activités</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH</p>	<p>SOCIALB</p>
<p>315. Service funéraire</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée C R O MH</p>	<p>FUNE</p>
<p>316. Secteur professionnel de l'élimination des déchets d'activités de soins</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui Durée P.Col C R O MH</p>	<p>DECHET</p>
<p>Modes d'expositions potentielles au contact d'un réservoir humain</p>			
<p>317. Possibilités de contamination respiratoire par aérosol</p>		<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui</p>	<p>CONTAM</p>
<p>318. Exposition à des liquides et tissus biologiques</p>		<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui</p>	<p>LIQUID</p>
<p>1. Exposition au sang avec risque d'AES</p>		<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui</p>	<p>SANGA</p>
<p>2. Autres expositions aux liquides et tissus biologiques</p>		<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui</p>	<p>TISSU</p>
<p>319. La personne a-t-elle eu un AES pendant la dernière semaine travaillée</p>		<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui</p>	<p>AES</p>

PE : chiffrer
(Probabilité d'exposition)
1 : faible
2 : moyen
3 : fort

320. **Travail en contact d'un réservoir animal** Si non, aller à la Q.333 Oui Non Vivant Mort ANIMAL

Secteurs concernés

321. Élevage agricole Oui Durée C R O MH ELAGRI

322. Travail auprès d'animaux domestiques (élevage, vente) Oui Durée C R O MH ANIDOM

323. Travail impliquant un contact avec des animaux sauvages Oui ANISAU

1. Rongeurs sauvages Oui Durée C R O MH RONG

2. Travail en milieu naturel exposant aux tiques Oui Durée C R O MH MILEUN

3. Autres animaux sauvages Oui Durée C R O MH ASAUVA

324. Abattoirs (jusqu'à 1^{ère} transformation de la viande) Oui Durée C R O MH ABAT

325. Équarrissage Oui Durée C R O MH EQUA

326. Laboratoire d'analyses vétérinaires Oui Durée C R O MH VETERI

327. Autres secteurs Oui Durée C R O MH ASEC1

Modes d'expositions potentielles au contact d'un réservoir animal

328. Par contact direct avec l'animal Oui ANICON

329. Risque de morsure, blessure, griffure Oui BLESSU

330. Exposition par gestes invasifs Oui GESTE

331. Exposition aux déjections, aérosols Oui DEJECT

332. Exposition aux liquides ou tissus biologiques Oui TISSU

333. **Autres expositions potentielles** Si non, aller à la Q.400 Oui Non AUTPOTEN

334. Secteur professionnel de l'assainissement et de la maintenance ... Oui ASSAIN

1. Secteur de l'élimination des déchets Oui Durée C R O MH ASSAINA

2. Station d'épuration (voir aussi Q. 323) Oui Durée C R O MH ASSAINB

3. Egouts - fosses septiques (voir aussi Q. 323) Oui Durée C R O MH ASSAINC

4. Maintenance de climatisation, tours réfrigérantes, (changement des filtres par exemple) Oui Durée C R O MH ASSAIND

5. Laboratoires d'analyses environnementales Oui Durée C R O MH ASSAINE

6. Autres secteurs Oui Durée C R O MH ASSAINF

335. Processus industriels associant production de poussières organiques et humidification (textile, papier, bois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		POUSS
336. Professions exposant aux risques biologiques liés à des poussières végétales (voir aussi Q. 456)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		POUSVEG
337. Agro-alimentaire	<input type="checkbox"/>								
	Oui								AGRO
1. Laboratoire d'agro-alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		LABAGRO
2. Industrie agro-alimentaire	<input type="checkbox"/>								
	Oui								IAA
a. Seconde transformation de la viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		VIAND
b. Fromages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		FROM
c. Autres industries agro-alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		AUTIAA
338. Autres secteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oui	Durée	P.Col	C	R	O	MH		ASEC2
Précisez _____									

Durée : chiffrer
1 : <2 heures
2 : 2 à < 10 heures
3 : 10 à < 20 heures
4 : 20 heures ou plus

P.Col : chiffrer
1 : aucune
2 : aspiration à la source
3 : vase clos
4 : ventilation générale
5 : autre

P. I. : mettre une croix
A : protection Auditive
C : protection Cutanée
R : protection Respiratoire
O : protection Oculaire

MH : chiffrer
1 : oui
2 : non
3 : sans objet

EXPOSITIONS À DES AGENTS CHIMIQUES pendant la dernière semaine travaillée

400. **Un ou plusieurs agents chimiques ont été présents au poste du salarié**

Si non, aller à la Q.500

Oui Non

ACHIM

Acides

401. Acide cyanhydrique et dérivés minéraux (cyanogène, chlorure et bromure de cyanogène, sauf fumées de combustion des matières plastiques)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

402. Acides minéraux, **sauf acides cyanhydrique et chromique** (Acide chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phosphorique, fluorhydrique) ...

Oui Durée P.Col Intensité C R O

403. Acides organiques (acide acétique, formique, maléique, lactique...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Bases

404. Bases fortes (notamment exposition à des vapeurs de soude, de potasse...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

405. Amoniac et solutions aqueuses

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Carburants

406. Essence automobile

Oui Durée P.Col Intensité C R O

407. Autres carburants (fuel, gazole, kérosène...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Composés organiques volatils

Aldéhydes

408. Formaldéhyde (sauf résines, colles...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

409. Autres aldéhydes (glutaraldéhyde, aldéhyde acétique, acroleïne...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Amines

410. Amines aliphatiques (diméthylamine (DMEA), éthanolamines, triéthylènediamine (DABCO)...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

411. Amines aromatiques (MOCA : 4,4'-méthylène bis 2-chloroaniline), (MDA : diaminodiphénylméthane...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Dérivés halogénés et/ou nitrés (sauf produits phytosanitaires)

412. Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés

Oui Durée P.Col Intensité C R O

413. Phénol et dérivés halogénés et/ou nitrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
414. Polychlorobiphényles (PCB) et Polybromodiphényles (PBB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Nitrosamines (sauf fumées de vulcanisation)									
415. Nitrosamines (notamment utilisation simultanée d'amines et de nitrites).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Fibres									
416. Amiante (toutes variétés confondues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
417. Fibres céramiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
418. Autres fibres minérales artificielles (verre, roche, laitier, carbone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Fluides de lubrification et de refroidissement									
419. Fluides aqueux (émulsions, solutions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
420. Huiles entières minérales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
421. Huiles entières synthétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Gaz et fumées									
Matières plastiques/caoutchouc									
422. Fumées de dégradation thermique des matières plastiques (moulage, soudage, découpe à chaud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
423. Fumées de vulcanisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Métalliques									
424. Fumées de soudage d'éléments métalliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Moteurs thermiques									
425. Gaz d'échappement diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
426. Gaz d'échappement autres (essence automobile, GPL ...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Les procédés de la métallurgie									
427. Fumées dégagées par les procédés dans la métallurgie et l'électrométallurgie (hauts fourneaux, fonderie, électrolyse, traitement de surfaces...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
Végétaux									
428. Fumées dégagées par la combustion de végétaux (paille, bois...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Halogènes

429. Brome, chlore, iode, fluor

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Matières plastiques

Plastifiants

430. Phtalates de di-2-éthylhexyle (DEHP), de di-isodécyle(DIDP),
de di-isononyl (DINP), de butyle et de benzyle (BBP)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines acryliques

431. Acrylamide

Oui Durée P.Col Intensité C R O

432. Acrylates, méthacrylates, cyanoacrylates (y compris dans
les colles)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines aminoplastes et phénoplastes

433. Résines formophénoliques : urée-formol, mélamine-formol

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines époxydiques

434. Epichlorhydrine

Oui Durée P.Col Intensité C R O

435. Résines époxydiques

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines polyesters insaturées

436. Résines polyesters, y compris les composites pré-imprégnés
(SMC : sheet moulding compound, BMC : bulk moulding compound)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines polyuréthannes

437. Isocyanates monomères (HDI, TDI, MDI ...) et prépolymères
(présents dans les peintures, colles, utilisés dans la fabrication
des mousses...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Résines diverses

438. Autres résines (alkydes, cellulosiques...)

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Médicaments (usage et fabrication)

439. Cytostatiques

Oui Durée P.Col Intensité C R O

440. Médicaments allergisants pour les salariés les manipulant

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Métaux, métalloïdes et dérivés

Métalloïdes

441. Arsenic et dérivés

Oui Durée P.Col Intensité C R O

Métaux

442. Cadmium et dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
443. Carbures métalliques frittés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
444. Chrome et dérivés (chrome VI, acide chromique et sels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
445. Cobalt et dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
446. Nickel et dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
447. Oxyde de fer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
448. Plomb et dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
449. Autres métaux et dérivés (mercure, vanadium, aluminium, béryllium...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Oxydants

450. Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
451. Ozone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
452. Persulfates de sodium et d'ammonium (notamment dans les produits capillaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
453. Oxydants autres (eau oxygénée, eau de javel, peroxyde de benzoyle, de méthyléthylcétone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Poussières

454. Poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
455. Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
456. Poussières végétales (coton, sisal, compost, tourbe, céréales, farine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
457. Silice cristalline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
458. Autres poussières minérales (engrais, terres rares...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Produits phytosanitaires

Fongicides

459. Fongicides (Tous types)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Herbicides

460. Herbicides (Tous types)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Insecticides

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 461. Insecticides organophosphorés (Fenamiphos, Parathion, Sulfotep...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 462. Autres insecticides (pyréthrinoïdes, organochlorés...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Solvants

Alcools

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 463. Méthanol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 464. Alcool (éthanol, butanol, isopropanol...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Cétones

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 465. n-Méthylpyrrolidone (NMP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 466. Autres cétones : acétone, méthylisobutycétone (MIBK),
méthyléthylcétone (MEK) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Ethers de glycol

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 467. Ethers de glycol dérivés de l'éthylène glycol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 468. Ethers de glycol dérivés du propylène glycol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Hydrocarbures aliphatiques

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 469. n-hexane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Hydrocarbures aromatiques

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 470. Benzène (sauf carburants) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 471. Styène (sauf résines polyester) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 472. Toluène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Hydrocarbures chlorés

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 473. Chlorure de méthylène (syn : dichlorométhane) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 474. Perchloroéthylène (syn : tétrachloroéthylène) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |
| 475. Trichloroéthylène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Hydrocarbures pétroliers

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 476. White-spirit, Solvants :
Naphtha, essences A, B...F, G(éther de pétrole)... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Hydrocarbures terpéniques

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 477. Hydrocarbures terpéniques (d-limonène, essence
de térébenthine...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Durée | P.Col | Intensité | C | R | O | | | | | | | | | | | | |

Divers solvants

478. Diméthylformamide (DMF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
479. Tétrahydrofurane (THF) (également présent dans les colles PVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		
480. Autres solvants : acétates d'éthyle, de n-butyle, diméthylsulfoxyde (DMSO).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Produits divers

Liants

481. Ciment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Produits carbonés

482. Goudrons de houille et dérivés (huiles et brais), bitumes et brais de pétrole (y compris les fumées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Tensio-actifs

483. Tensio-actifs anioniques, cationiques et non ioniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Durée	P.Col	Intensité	C	R	O		

Durée : chiffrer

- 1 : < 2 heures
- 2 : 2 à < 10 heures
- 3 : 10 à < 20 heures
- 4 : 20 heures ou plus

Protection Collective

P.Coll : chiffrer

- 1 : aucune
- 2 : aspiration à la source
- 3 : vase clos
- 4 : ventilation générale
- 5 : autre

Protection Individuelle

- P.I. : mettre une croix
- A : protection Auditive
- C : protection Cutanée
- R : protection Respiratoire
- O : protection Oculaire

Intensité : chiffrer

- 1 : Estimée très faible (1)
- 2 : Mesurée très faible (1)
- 3 : Estimée faible, inférieure à 50% de la VLE
- 4 : Mesurée faible, inférieure à 50% de la VLE
- 5 : Estimée forte, autour de 50% de la VLE
- 6 : Mesurée forte, autour de 50% de la VLE
- 7 : Estimée très forte, pouvant dépasser la VLE (2)
- 8 : Mesurée très forte, pouvant dépasser la VLE (2)
- (1) légèrement supérieure à celle de la population générale, ou à la limite de détection.
- (2) correspond à celle de la population connue pour être la plus exposée, par exemple celle des poussières de bois pour ponceurs de bois.

JUGEMENT DU MÉDECIN SUR LE RISQUE DE PATHOLOGIE

500. Comment jugez-vous la qualité du poste et/ou de l'environnement de travail décrit précédemment du point de vue :

Codez de 1 (très mauvais) à 4 (très bon) chaque aspect mentionné

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1. de l'organisation du travail | <input type="checkbox"/> | QUALA |
| 2. de la prévention des expositions à des contraintes physiques | <input type="checkbox"/> | QUALB |
| 3. de la prévention des expositions aux agents biologiques | <input type="checkbox"/> | QUALC |
| 4. de la prévention des expositions aux agents chimiques | <input type="checkbox"/> | QUALD |

Qualité : chiffrer

1 : Très mauvais 3 : Bon
2 : Mauvais 4 : Très bon

Si vous le souhaitez, justifiez votre opinion en clair _____

ACCORD POUR UNE POST-ENQUÊTE

501. Le salarié est-il d'accord pour qu'un chercheur le contacte pour l'interviewer (hors de son lieu de travail) sur un des thèmes abordés au cours de cette enquête ?

Oui

Non

POSTR

Cet entretien durera environ une heure. Il s'agit pour nous d'éclairer les résultats de l'enquête en lui demandant de s'exprimer plus largement sur un des sujets étudiés.

Si oui, les coordonnées du salarié restent à la garde du médecin du travail, qui sera recontacté si certains de ses questionnaires sont tirés dans un échantillon de recherche.