

SUMER 2009

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Numéro de questionnaire

Type de service

Région REG

Autonome SAUT

Service SV

Interentreprise SIEN

Médecin MED

Médecine de prévention SPRE

Type de sondage a priori 1 a posteriori 2 Taux 1/ TAUX

Date de l'enquête JOUR MOIS ANNÉE DATENG

Date de la dernière visite JOUR MOIS ANNÉE DDVIS

Si date non connue, nombre approximatif de mois écoulés depuis la dernière visite (d'après le salarié) 99 si sans objet (pas de dernière visite) DDVIS2

Le salarié est-il en Surveillance Médicale Renforcée ?

1. Oui 1
2. Non 2 SMR

A priori, le rythme de visite de ce salarié est-il ?

1. 6 mois 1
2. 1 an 2
3. 2 ans 3
4. 3 ans 4
5. 5 ans 5 FVIS

Motif de la non réponse à l'enquête

1. Absent (ne s'est pas présenté à la visite ni à une reconvoction) 1
2. Refus 2
3. Impossible de répondre (ne parle pas français...) 3 MOTIFNR

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Le code APE des établissements a changé au 1^{er} janvier 2008. Pour pouvoir mesurer les évolutions par rapport à l'enquête précédente, nous avons besoin du nouveau code APE et de l'ancien code APE.

Code de l'activité principale de l'établissement (**avant** la révision de 2008)..... NAF03

Code de l'activité principale de l'établissement (**après** la révision de 2008) NAF08

Description de l'activité principale de l'établissement employeur (en clair) :

.....

.....

Nature de l'employeur :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|------|
| 1. Entreprise privée, association | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Particulier..... | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Entreprise publique (Epic, Epa, Epst, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Fonction Publique d'État | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Fonction publique territoriale | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 6. Fonction publique hospitalière..... | <input type="checkbox"/> | 6 | EMPL |

Nature de la structure administrative (Uniquement pour la fonction publique, nomenclature selon consignes données en formation) STRUC

Nombre approximatif de salariés dans l'établissement (caler la réponse à droite)..... ETAB

Nombre approximatif de salariés dans l'entreprise (lorsqu'il y a plusieurs établissements) (caler la réponse à droite)..... ENT

CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ

Sexe :

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---|------|
| 1. Masculin..... | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Féminin..... | <input type="checkbox"/> | 2 | SEXE |

Nationalité

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-----|
| 1. Française | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Étrangère mais Union Européenne | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Étrangère hors Union Européenne..... | <input type="checkbox"/> | 3 | NAT |

Année de naissance :..... NAIS

Statut de l'emploi : (cochez une seule case)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------|
| 1. Apprenti, contrat de formation ou emploi en alternance | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Stagiaire | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Intérimaire (placé par une agence d'intérim)..... | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Contrat à durée déterminée ou autre emploi à durée limitée, contrat saisonnier, vacataire, pigiste, etc. | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Emploi sans limite de durée (CDI)..... | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 6. Agent à statut (Sncf, Edf, etc.) | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| 7. Fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) | <input type="checkbox"/> | 7 | STATUT |

Ancienneté dans l'établissement :

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|--------|
| 1. Moins d'un an | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Entre 1 et 3 ans..... | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Entre 3 et 10 ans | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. 10 ans ou plus | <input type="checkbox"/> | 4 | ANCIEN |

Temps de travail :

- | | | | |
|--|--------------------------|---|---------|
| 1. Temps complet | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Temps partiel | <input type="checkbox"/> | 2 | TPS |
| Avez-vous choisi ce temps de travail ? (même pour les temps complets) | | | |
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> | 2 | CHOITPS |

Lieu de travail : au cours de la dernière semaine votre activité a majoritairement eu lieu :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|------|
| 1. Dans les locaux de votre employeur (bureau, atelier, magasin ...) | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Chez un ou des clients (usagers) | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Sur un chantier | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. A votre domicile | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Dans un autre endroit (voie publique, véhicule, mission, déplacement...) | <input type="checkbox"/> | 5 | LIEU |

Profession exercée (en clair) : _____

PROFCL

Principale tâche à effectuer (en clair) : _____

TACHCL

Si vous êtes agent de la fonction publique (État, collectivités locales ou hôpitaux publics), précisez en clair, votre Grade (corps, catégorie) : _____

GRADE

Métier spécifique

(nomenclature selon les consignes données en formation) : METIE

Fonction principale (cochez une seule case) :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------|
| 1. Production, fabrication, chantier | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Installation, réparation, maintenance | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Nettoyage, gardiennage, entretien ménager | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Manutention, magasinage, logistique | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Secrétariat, saisie, accueil..... | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 6. Gestion, comptabilité | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| 7. Commerce, vente, technico-commercial | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| 8. Études, recherche et développement, méthodes | <input type="checkbox"/> | 8 | |
| 0. Autre | <input type="checkbox"/> | 0 | FONCT |

Classification professionnelle ou qualification (cochez une seule case)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-----|
| 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié, technicien d'atelier..... | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Agent de maîtrise | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Directeur général ou adjoint direct au directeur..... | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Technicien, dessinateur, VRP | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de catégorie B de la Fonction publique | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| 7. Ingénieur ou cadre | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| 8. Professeur et personnel de catégorie A de la Fonction publique | <input type="checkbox"/> | 8 | |
| 9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de la catégorie C ou D de la Fonction publique | <input type="checkbox"/> | 9 | |
| 0. Autres | <input type="checkbox"/> | 0 | POS |

Pour les intérimaires, précisez en clair :

Activité principale de l'établissement où s'effectuait la mission de la semaine précédente ici décrite :

NAFINT

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES ET RELATIONNELLES

*Cette partie se réfère à la situation habituelle de travail
Poser toutes les questions et transcrire la réponse du salarié sans l'interpréter*

Caractéristiques du temps de travail

100 Quel nombre d'heures de travail avez-vous effectué la dernière semaine travaillée ? HH

101 En général, combien de temps êtes-vous absent de chez vous du fait de votre travail lors d'une journée ? AMPLITUD

102 Votre travail vous oblige t-il à dormir hors de chez vous ?

1. Fréquemment	<input type="checkbox"/>	1	
2. Occasionnellement.....	<input type="checkbox"/>	2	
3. Jamais ou presque.....	<input type="checkbox"/>	3	LOIN

103 Travaillez-vous en équipes (travail posté) ?

1. Oui	<input type="checkbox"/>	1	
2. Non	<input type="checkbox"/>	2	EQUIP

Si oui,

1. En 2x8 (équipes, brigades)	<input type="checkbox"/>	1	
2. En 3x8 (équipes, brigades)	<input type="checkbox"/>	2	
3. En 4x8 (équipes, brigades)	<input type="checkbox"/>	3	
4. En 2x12 (équipes, brigades)	<input type="checkbox"/>	4	
5. Autres	<input type="checkbox"/>	5	EQUIPX

104 Travaillez-vous le dimanche ou les jours fériés, même occasionnellement (entre 0h et 24h)

1. Oui	<input type="checkbox"/>	1	
2. Non	<input type="checkbox"/>	2	DIMFER

Si oui,

⇒ Combien de jours par an ? NBDIMFER

105 Travaillez-vous le samedi, même occasionnellement (entre 0h et 24h) ?

1. Oui	<input type="checkbox"/>	1	
2. Non	<input type="checkbox"/>	2	SAM

Si oui,

⇒ Combien de samedis par an ? NBSAM

- 106 **Travaillez-vous la nuit (entre minuit et 5 heures), même occasionnellement ?**
1. Oui 1
2. Non 2 NOCT
- Si oui,**
- ⇒ Combien de fois par an ? NBNUIT
- 107 **Travaillez-vous le soir (entre 20 heures et minuit) même occasionnellement ?**
1. Oui 1
2. Non 2 SOIR
- Si oui,**
- ⇒ Combien de fois par an ? NBSOIR
- 108 **Vos horaires sont-ils les mêmes tous les jours (ou à peu près) ?**
1. Oui 1
2. Non 2 HORVAR
- 109 **Avez-vous habituellement 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. Non, une seule période 1
2. Oui, deux périodes ou plus 2 PERIOD
- 110 **Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer ...**
- a – demain ?**
1. Oui 1
2. Non 2 PREJOUR
- b – la semaine prochaine ?**
1. Oui 1
2. Non 2 PRESEM
- c – dans le mois à venir ?**
1. Oui 1
2. Non 2 PREMOIS
- d – d'ici trois mois ?**
1. Oui 1
2. Non 2 PRETRIM
- 111 **Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu sans compensation ?**
- 1 – Toujours 1
- 2 – Souvent 2
- 3 – Parfois 3
- 4 – Jamais..... 4 RABHOR
- 112 **En général, disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos, au cours d'une semaine ?**
1. Oui 1
2. Non 2 REPOS48
- 113 **Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?**
1. Oui 1
2. Non 2 ASTREIN
- Si oui,**
- ⇒ Combien de fois au cours des 12 derniers mois ? NBASTRE

Rythme de travail

114 Votre rythme de travail vous est-il imposé par :

a - le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWDEP

b - la cadence automatique d'une machine ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWCAD

c - d'autres contraintes techniques ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWTEC

d - la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWCOLEG

e - des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWNORMH

f - des normes de production, ou des délais, à respecter en une journée au plus ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWNORMJ

g - une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate (public, clients, donneurs d'ordre) ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWDEM

h - les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWSURV

i - un contrôle ou un suivi informatisé ?

1. Oui 1
 2. Non 2 RWINFOR

115 Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous le souhaitez ?

1. Oui 1
 2. Non 2 INTERRUPT

Si oui,

⇒ Cette interruption nécessite-t-elle que vous vous fassiez remplacer ?

1. Oui 1
 2. Non 2 REPLAS

⇒ Devez-vous justifier cette interruption ?

1. Oui 1
 2. Non 2 JUSTIFI

116 Etes-vous obligé de vous dépêcher pour faire votre travail ?

1. Toujours 1
 2. Souvent 2
 3. Parfois..... 3
 4. Jamais 4 DEPECH

117 Occupez-vous différents postes ou fonctions (polyvalence) ?

1. Oui, vous faites une rotation régulière entre les postes 1
 2. Oui, vous changez de poste en cas d'urgence ou d'absence d'un collègue 2
 3. Non 3 POLYVAL

- 118 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 |

- 119 Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue?
- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|--------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | 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 |

- 120 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

- 121 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 | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Vous réglez personnellement l'incident mais dans des cas bien précis, prévus d'avance | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Vous faites généralement appel à d'autres | <input type="checkbox"/> | 3 | INCIDENT |

- 122 Avez-vous la possibilité de changer l'ordre des tâches à accomplir pour mener à bien votre travail ?
- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------|
| 1. Oui, tout le temps | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Oui, selon les tâches | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Non, je ne peux pas..... | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Sans objet (<i>pas d'ordre établi</i>) | <input type="checkbox"/> | 4 | ORDER |

Collectif de travail

- 123 Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter ...
- a - avec vos collègues ?**
- | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Pas concerné, pas de collègue | <input type="checkbox"/> | 3 | DISCUCOLL |
- b - avec vos supérieurs hiérarchiques ?**
- | | | | |
|---|--------------------------|---|-----------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Pas concerné, pas de supérieurs..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DISCUCHEF |

124 Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général :

a - des informations claires et suffisantes ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | CORRINF |

b - un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant ?

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Sans objet (<i>pas de collègues</i>) | <input type="checkbox"/> | 3 | CORCOLL |

c - la possibilité de coopérer ? (échanges d'informations, entraide ...)

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | CORRCOP |

d - des moyens matériels adaptés et suffisants ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | CORRMOY |

e - une formation suffisante et adaptée ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|----------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | CORRFORM |

125 Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre responsabilité ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | CHEF |

Contacts avec le public

126 Etes-vous en contact de vive voix ou par téléphone avec le public ?

(*usagers, patients, voyageurs, clients, etc.*)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. Oui de vive voix, en face à face | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Oui par téléphone | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> | 3 | PUBLIC |

Si oui,

⇒ vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public ?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|---------|
| 1. En permanence | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Régulièrement | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Occasionnellement | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Jamais..... | <input type="checkbox"/> | 4 | TENSPUB |

Normes et évaluations

127 Une erreur dans votre travail peut-elle ou pourrait-elle entraîner :

a - des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | RISQUAL |

b - des coûts financiers importants pour l'entreprise ?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | RISFINA |

c - des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | RISDANG |

d - des sanctions à votre égard (diminution importante de votre rémunération, changement de poste, risque pour votre emploi...)?

1. Oui 1
 2. Non 2 RISEMPL

128 Devez-vous suivre des procédures de qualité strictes (certification iso, accréditation, EAQF,...) ?

1. Oui 1
 2. Non 2 CERTISO

129 Devez-vous atteindre des objectifs chiffrés, précis ?

1. Oui 1
 2. Non 2 OBJECTIF

130 Est-ce que vous avez un ou des entretien(s) individuel(s) d'évaluation par an ?

1. Oui 1
 2. Non 2 EVA

Si oui,

⇒ l'entretien porte-t-il sur des critères précis et mesurables ? (objectifs, résultats, acquisition de compétence,...)

1. Oui 1
 2. Non 2
 3. Ne sait pas 3 EVACRIT

AMBIANCES ET CONTRAINTES PHYSIQUES

Pendant la dernière semaine travaillée

- 201 Exposition à des nuisances sonores Oui Non SONF
 Si Non, passez à la Q 205 ↘
- 202 Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels A Oui Durée A SONA
- 203 Bruit comportant des chocs, des impulsions Oui Durée A SONI
- 204 Autre bruit gênant pour le salarié Oui Durée A SOND
- 205 Nuisances thermiques Oui Non THERM
 Si Non, passez à la Q 210 ↘
- 206 Travail à l'extérieur, exposé aux intempéries Oui Durée C R O EXT
- 207 Travail au froid, moins de 15°C, imposé par le processus de production Oui Durée C R O FROI
- Si oui,
 ⇒ Nombre de degrés centigrades (une seule réponse possible) :
1. Inférieur à - 10°C 1
 2. De -10°C à moins de 0°C 2
 3. De 0°C à moins de +15°C 3 DEG1

Durée : chiffrer

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

Protection individuelle (CRO) : cocher

- A : auditive
 C : cutanée
 R : respiratoire
 O : oculaire

208	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 (une seule réponse possible) :						
	1. De + 25°C à moins de + 30 °C	<input type="checkbox"/>	1				
	2. + 30°C ou plus	<input type="checkbox"/>	2				DEG2
209	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
210	Exposition aux radiations ou au rayonnement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				RAY
	Si Non, passez à la Q 213 ↘						
211	Radiation ionisante DATR, de catégorie A ou B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> O	RIAB
212	Radiation non ionisante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				RADION
	1. Radiation laser.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> O	LAZ
	2. Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> O	AURAD
213	Travail en air et espace contrôlés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				AIR
	Si Non, passez à la Q 217 ↘						
214	Salle blanche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				BLAN
215	Locaux climatisés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				CLIM
216	Espace confiné	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				CONF
217	Situations avec contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				CVIS
	Si Non, passez à la Q 220 ↘						
218	Travail sur écran (en continu ou discontinu)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				ECRAI
219	Autre travail comportant des contraintes visuelles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				PREC
220	Manutention manuelle de charges (définition européenne)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée	<input type="checkbox"/> Non			LOURD
221	Contraintes posturales et articulaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				CPOS
	Si Non, passez à la Q 230 ↘						
222	Position debout ou piétinement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				DEBOU
223	Déplacement à pied dans le travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				DEPLA
224	Position à genoux.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				GENOU
225	Position fixe de la tête et du cou	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				COU
226	Maintien de bras en l'air.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				BRAS
227	Autres contraintes posturales (posture accroupie, en torsion, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Durée				AUTP

228	Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	REPET
	<i>Dont</i> : Temps de cycle de moins d'une minute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	CYCLE
229	Travail exigeant de façon habituelle une position forcée d'une ou plusieurs articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	POSIT
230	Machines et outils vibrants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VIB
	Si Non, passez à la Q 233 ↘		
231	Outils transmettant des vibrations aux membres supérieurs (tronçonneuse, meuleuse, clef à choc, marteau piqueur, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	VISUP
232	Vibrations créées par des installations fixes (concasseur, table vibrante, presse, malaxeur)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	VIVIX
233	Conduite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COND
	Si Non, passez à la Q 300 ↘		
234	Conduite de machines mobiles sur le lieu de travail (engin de chantier, chariot automoteur, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	VIMOB
235	Conduite sur la voie publique (automobile, camion, autocar, autobus, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée	AUTO

EXPOSITIONS À DES AGENTS CHIMIQUES

Pendant la dernière semaine travaillée

300	Un ou plusieurs agents chimiques ont été présents au poste du salarié pendant la dernière semaine travaillée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ACHIM
	Si Non, passez à la Q 400 ↘		

Acides

301	Acide cyanhydrique et dérivés minéraux (cyanogène, chlorure et bromure de cyanogène, sauf fumées de combustion des matières plastiques)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> P.coll <input type="checkbox"/> Int <input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O
302	Acide fluorhydrique et dérivés minéraux (fluorures, fluorosilicates)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> P.coll <input type="checkbox"/> Int <input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O
303	Acides minéraux, sauf acides cyanhydrique, fluorhydrique et chromique (Acides chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phosphorique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> P.coll <input type="checkbox"/> Int <input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O
304	Acides organiques (Acides acétique, formique, maléique, lactique...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> P.coll <input type="checkbox"/> Int <input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> O

Durée : chiffrer	Pcoll : chiffrer
1 : < 2 heures	1 : aucune
2 : 2 à 10 heures	2 : ventilation générale
3 : 10 à 20 heures	3 : aspiration à la source
4 : 20 heures ou plus	4 : vase clos
	5 : autre

Protection Individuelle : cocher
C : protection cutanée
R : protection respiratoire
O : protection oculaire

Int : chiffrer	E/M : coder
1 : très faible (1)	E : intensité estimée
2 : faible, inférieure à 50 % de la VLE	M : intensité mesurée
3 : forte, autour de 50 % de la VLE	
4 : très forte, pouvant dépasser la VLE (2)	

(1) - Légèrement supérieure à celle de la population générale ou à la limite de la détection.

(2) - Correspond à celle de la population connue pour être la plus exposée, par exemple celle des poussières de bois pour les ponçeurs de bois.

Bases

- 305 Ammoniac et solutions aqueuses Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 306 Bases fortes, notamment exposition à des vapeurs (aérosols) de soude, de potasse Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Carburants

- 307 Essence automobile Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 308 GPL Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 309 Autres carburants (fuel, gazole, kérosène, biocarburants de type diester ...) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Composés organiques divers

• ALDÉHYDES

- 310 Formaldéhyde (sauf résines, colles) Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 311 Autres aldéhydes (glutaraldéhyde, aldéhyde acétique, acroléine..) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• AMINES

- 312 Amines aromatiques Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 313 Autres amines (amines aliphatiques, alicycliques, alcanolamines...) et dérivés Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• DÉRIVÉS HALOGÉNÉS ET/OU NITRÉS (sauf produits phytosanitaires)

- 314 Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 315 Phénols et dérivés halogénés et/ou nitrés Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 316 Amiante (toutes variétés confondues) Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 317 Fibres céramiques réfractaires Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 318 Autres fibres minérales artificielles (verre, roche, laitier, carbone...) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• POUSSIÈRES

- 319 Fabrication et utilisation de matériaux manufacturés Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 320 Farine Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 321 Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...) Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 322 Silice cristalline Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 323 Autres poussières minérales (engrais, terres rares ...) sauf ciment et fibres (cf question 387) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Fluides de lubrification et de refroidissement

- 324 Fluides aqueux Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 325 Huiles minérales entières Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 326 Huiles synthétiques Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Gaz et fumées

• MATIÈRES PLASTIQUES/CAOUTCHOUC

327 Fumées de dégradation thermique des matières plastiques (moulage, soudage, découpe à chaud ...).....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

328 Fumées de vulcanisation

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• MÉTALLIQUES

329 Fumées de soudage d'éléments métalliques.....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• MOTEURS THERMIQUES

330 Gaz d'échappement diesel.....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

331 Gaz d'échappement autres (essence automobile, GPL ...).....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• LES PROCÉDÉS DE LA MÉTALLURGIE

332 Fumées dégagées par les procédés de la métallurgie et l'électrometallurgie (hauts-fourneaux, fonderie, électrolyse, traitement de surfaces ...).....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• VÉGÉTAUX

333 Fumées dégagées par la combustion de végétaux (paille, bois ...).

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Halogènes

334 Brome, chlore (à l'exclusion des chlorures et de l'eau de Javel), iode, fluor

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Matières plastiques

• PLASTIFIANTS

335 Phtalates.....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

336 Autres plastifiants

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• RÉSINES ACRYLIQUES

337 Acrylamide

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

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

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• RÉSINES AMINOPLASTES ET PHÉNOPLASTES

339 Résines formophénoliques, urée-formol, mélamine-formol.....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• RÉSINES ÉPOXYDIQUES

340 Résines époxydiques.....

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• RÉSINES POLYESTERS INSATURÉS

341 Résines polyesters y compris les composites pré-imprégnés (SMC : Sheet moulding compound, BMC : bulk moulding compound)

Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• **RÉSINES POLYURÉTHANES**

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

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

• **RÉSINES DIVERSES**

343 Autres résines (alkydes, cellulosiques, polyoléfines ...).....

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

Médicaments (usage et fabrication)

344 Cytostatiques

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

345 Médicaments allergisants pour les salariés les manipulant

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

Métaux - métalloïdes et dérivés

• **MÉTALLOÏDES**

346 Arsenic 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

• **MÉTAUX**

347 Acier inoxydable (inox).....

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

348 Aluminium.....

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

349 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

350 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

351 Chrome et dérivés, sauf inox.....

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

352 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

353 Nickel et dérivés, sauf inox

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

354 Oxydes 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

355 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

356 Autres métaux et dérivés (mercure, vanadium, 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

Oxydants

357 Eau de javel

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

358 Eau oxygénée

<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.coll	Int	E/M	C	R	O	

359 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

360 Persulfates de sodium, de potassium 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

361 Oxydants autres (peroxydes 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.coll	Int	E/M	C	R	O	

Durée : chiffrer
1 : < 2 heures
2 : 2 à 10 heures
3 : 10 à 20 heures
4 : 20 heures ou plus
Pcoll : chiffrer
1 : aucune
2 : ventilation générale
3 : aspiration à la source
4 : vase clos
5 : autre

Protection Individuelle : cocher
C : protection cutanée
R : protection respiratoire
O : protection oculaire

Int : chiffrer
1 : très faible (1)
2 : faible, inférieure à 50 % de la VLE
3 : forte, autour de 50 % de la VLE
4 : très forte, pouvant dépasser la VLE (2)

E/M : coder
E : intensité estimée
M : intensité mesurée

(1) - Légèrement supérieure à celle de la population générale ou à la limite de la détection.

(2) - Correspond à celle de la population connue pour être la plus exposée, par exemple celle des poussières de bois pour les ponçeurs de bois.

Pesticides

- | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 362 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 363 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 364 Insecticides | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 365 Autres pesticides | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |

Solvants

• ALCOOLS

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 366 Ethanol | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 367 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 368 Autres alcools (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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |

• CÉTONES

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 369 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 370 Autres cétones : acétone, méthylisobutycétone (MIBK) | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |

• ETHERS DE GLYCOL

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 371 Ethers de glycol dérivés de l'éthylène glycol, sauf CMR | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 372 Ethers de glycol dérivés du propylène glycol, sauf CMR | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 373 Ethers de glycol classés CMR (voir guide) | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |

• HYDROCARBURES PÉTROLIERS

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 374 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 375 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 376 Styrène (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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 377 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 378 White-spirit, Solvant naphta | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 379 Autres hydrocarbures pétroliers, 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |

• HYDROCARBURES CHLORÉS

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 380 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 381 Perchloréthylène (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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |
| 382 Trichloréthylène | <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.coll | Int | E/M | C | R | O |

• HYDROCARBURES TERPÉNIQUES

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 383 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"/> |
| | Oui | Durée | P.coll | Int | E/M | C | R | O |

• **DIVERS SOLVANTS**

- 384 Diméthylformamide (DMF), Diméthylacétamide (DMAC) Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 385 Tétrahydrofurane (THF) (également présent dans les colles PVC) Oui Durée P.coll Int E/M C R O
- 386 Autres solvants acétates d'éthyle, de n - butyle, diméthylsulfoxyde (DMSO) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

Produits divers

• **LIANTS**

- 387 Ciment Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• **PRODUITS CARBONÉS**

- 388 Goudrons de houille et dérivés (huiles et brais), bitume et brais de pétrole (y compris les fumées) Oui Durée P.coll Int E/M C R O

• **TENSIO-ACTIFS**

- 389 Tensio - actifs anioniques, cationiques et non ioniques Oui Durée P.coll Int E/M C R O

EXPOSITIONS À DES AGENTS BIOLOGIQUES
Pendant la dernière semaine travaillée

- 400 Exposition à des agents biologiques Oui Non ABIO
Si **Non**, passez à la **Q 500** ↘

- 401 **DANS UN CONTEXTE D'UTILISATION DÉLIBÉRÉE** Oui Non Durée DELIB
Les agents biologiques sont volontairement mis en œuvre dans le procédé de travail
Si **Non**, passez à la **Q 405** ↘

• **ACTIVITÉS CONCERNÉES**

- 402 Laboratoire de recherche ou de développement utilisant des micro-organismes Oui Durée P.coll C R O MH LABO

dont : Utilisation de petits animaux de laboratoire Oui Durée P.coll C R O MH UTANI

- 403 Industrie biotechnologique (*Production*) Oui Durée P.coll C R O MH LABHUN

- 404 Activité en milieu ouvert (technique de dépollution, extraction de minerai par lixiviation, récupération assistée du pétrole, utilisation phytosanitaire...) Oui Durée P.coll C R O MH AOUV

Durée : chiffrer	Protection collective	Protection individuelle	Probabilité d'exposition	Moyen d'hygiène adapté
1 : < 2 heures	Pcoll : chiffrer	PI : chiffrer	PE : chiffrer	MH : chiffrer
2 : 2 à 10 heures	1 : Oui	C : protection cutanée	1 : faible	1 : Oui
3 : 10 à 20 heures	2 : Non	R : protection respiratoire	2 : moyen	2 : Non
4 : 20 heures ou plus		O : protection oculaire	3 : forte	3 : Sans objet

405 DANS UN CONTEXTE D'EXPOSITION POTENTIELLE SUPÉRIEURE AU RISQUE COMMUNAUTAIRE

Les agents biologiques ne sont pas mis en œuvre volontairement, mais peuvent être présents du fait de l'activité.

Oui Non Durée

POTENT

Si **Non**, passez à la **Q 500**

406 Travail au contact d'un réservoir humain.....

Oui Non Vivant Mort Durée

HUMAIN

Si **Non**, passez à la **Q 418**

• **ACTIVITÉS CONCERNÉES**

407 Milieu de soins (incluant diagnostic et prévention).....

Oui Durée PE

SOIN

408 Milieu médico-social et social

Oui Durée

SOCIAL

409 Autres.....

Oui Durée

AUTH1

1. Activités funéraires

Oui Durée P.coll C R O MH

SOCIA

2. Activités en milieu pénitentiaire, hors établissement sanitaire

Oui Durée P.coll C R O MH

SOCIB

3. Services à la personne, hors milieu médico-social et social

Oui Durée P.coll C R O MH

SOCIC

4. Coiffure, soins esthétiques, thalassothérapie, manucure-pédicure

Oui Durée P.coll C R O MH

HYG

5. Autres (laboratoire de recherche et de production,...)

Oui Durée P.coll C R O MH

AUTH2

• **TYPES DE TÂCHES EXPOSANT AU RISQUE BIOLOGIQUE AU CONTACT D'UN RÉSERVOIR HUMAIN**

410 Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne

Oui Durée P.coll C R O MH

SOINA

411 Soins médicalisés non invasifs

Oui Durée P.coll C R O MH

SOINB

412 Soins médicalisés avec gestes invasifs

Oui Durée P.coll C R O MH

SOINC

413 Gestes techniques en laboratoire d'analyse médicale, d'anatomo-pathologie et de recherche

Oui Durée P.coll C R O MH

SOIND

414 Autres types de tâches (maintenance, ménage en milieu de soin)

Oui Durée P.coll C R O MH

SOINE

• **MODES D'EXPOSITIONS POTENTIELLES AU CONTACT D'UN RÉSERVOIR HUMAIN**

415 Possibilités de contamination respiratoire

Oui

CONTAM

416 Exposition à des liquides et tissus biologiques (y compris risque d'AES).....

Oui

LIQUID

417 Contact rapprochés et fréquents avec la personne.....

Oui

CONT

418 Travail au contact d'un réservoir animal.....

Oui Non Vivant Mort Durée

ANIMAL

Si **Non**, passez à la **Q 431**

• **ACTIVITÉS CONCERNÉES**

419 Elevage agricole.....

Oui Durée P.coll C R O MH

ELAGRI

420 Travail auprès d'animaux de compagnie (élevage, vente, soins, service).....

Oui Durée P.coll C R O MH

ANIDOM

421 Travail exposant à des animaux sauvages (hors tiques)	<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"/>	ANISAU
422 Travail en milieu naturel exposant aux tiques	<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"/>	TIQ
423 Abattoirs (jusqu'à la première 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABAT
424 Equarrissage	<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"/>	EQUA
425 Autres activités (ex : Laboratoire d'analyses vétérinaires, laboratoire de recherche, taxidermie, fourrière, tannage des peaux, travail auprès d'animaux de laboratoire non germ-free...)	<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"/>	ASEC1
• MODES D'EXPOSITIONS POTENTIELLES AU CONTACT D'UN RÉSERVOIR ANIMAL										
426 Par contact direct avec l'animal	<input type="checkbox"/>									ANICON
427 Par morsure, griffure, blessure	<input type="checkbox"/>									BLESSU
428 Par gestes invasifs.....	<input type="checkbox"/>									GESTE
429 Par exposition aux déjections.....	<input type="checkbox"/>									DEJECT
430 Par exposition aux liquides ou tissus biologiques.....	<input type="checkbox"/>									TISANI
431 Autres conditions d'exposition potentielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							AUPOTEN
432 Activité au contact d'un environnement potentiellement contaminé (eau, sol, poussières d'origine animale ou végétale...)	<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"/>	ASSAIN
1. Traitement des déchets.....	<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"/>	ASSA
a - Collecte et élimination des déchets.....	<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"/>	ASSB
b - Tri, valorisation, compostage	<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"/>	ASSC
2. Station d'épuration (voir aussi Q421).....	<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"/>	ASSD
3. Egouts, fosses septiques (voir aussi Q421).....	<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"/>	ASSE
4. Activités au contact de l'eau douce (voir aussi Q421).....	<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"/>	EAUD
5. Nettoyage, propreté (hors questions 407 à 409).....	<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"/>	ASSF
6. Maintenance de climatisation, tours aéro-réfrigérantes (changement des filtres par exemple).....	<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"/>	ASSG
7. Activités exposant aux 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"/>	ASSH
8. Activités exposant aux poussières végétales hors poussière de bois (coton, sisal, compost, tourbe, céréales...)	<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"/>	ASSI
9. Autres activités exposant à un environnement contaminé (ex : Laboratoires d'analyses environnementales, entretien espaces verts en milieu urbain, travail en tranchées, galeries ou tunnels, blanchisserie non hospitalière, industrielle ou de détail, utilisation de fluides de coupe en phase aqueuse...)	<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"/>	ASSJ
433 Agro-alimentaire	<input type="checkbox"/>									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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LABAGR
2. Industrie agroalimentaire.....	<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"/>	IAA
3. Autres (artisanat ou commerce de bouche, restauration,...).....	<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"/>	AUTAGR
434 Autres activités (missions en zone tropicale...)	<input type="checkbox"/>									MISSION

ACCORD DU SALARIÉ POUR UNE POST ENQUÊTE

500 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 ?

1. Oui 1
2. Non 2

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 de l'enquêté restent à la garde du médecin enquêteur, qui sera recontacté si certains de ses questionnaires sont sélectionnés dans un échantillon de recherche.

JUGEMENT DU MÉDECIN SUR LA QUALITÉ DU POSTE DE TRAVAIL

501 Jugez-vous que le poste et/ou l'environnement de travail décrit précédemment est de bonne qualité du point de vue :

Pour chaque aspect mentionné ci-dessous, codez de 1 (très mauvais) à 4 (très bon) ou 0 si non concerné

1. de l'organisation du travail QUALA
2. de la prévention des expositions à des contraintes physiques QUALB
3. de la prévention des expositions aux agents chimiques..... QUALC
4. de la prévention des expositions aux agents biologiques..... QUALD

L'AUTOQUESTIONNAIRE À remplir par le médecin seul

502 L'autoquestionnaire a-t-il été rempli ?

1. Avant la visite 1
2. Après la visite..... 2
3. Refusé..... 3 AUTORA

503 Le salarié vous a-t-il demandé votre aide pour le renseigner ?

1. Oui 1
2. Non 2 AIDE

504 L'autoquestionnaire vous a-t-il été remis sous enveloppe cachetée ?

1. Oui 1
2. Non 2 CACHE

LA PRÉVENTION DANS L'ÉTABLISSEMENT

- 505 Existe-t-il un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour cet établissement ?**
- | | | | |
|--|--------------------------|---|------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | CHS |
| Si oui, | | | |
| ⇒ Nombre de réunions au cours des 12 derniers mois | <input type="checkbox"/> | | NCHS |
-
- 506 Y a-t-il des délégués syndicaux dans l'établissement ou l'entreprise ?**
- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | ELUS |
-
- 507 Y a-t-il une représentation élue du personnel (DP, CE ou délégation unique) dans l'établissement ?**
- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | SYND |
-
- 508 Y a-t-il eu au cours des 12 derniers mois, intervention dans l'établissement d'IPRP (appartenant ou non au SST) ou d'autres consultants ?**
- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|-----|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | EXP |
-
- 509 Un document d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé au cours des 12 derniers mois ?**
- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | DUE |
| Avez-vous été consulté par la direction ? | | | |
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | DUMDT |
-
- 510 Si oui, un plan de prévention a-t-il été mis en œuvre suite à l'évaluation des risques ?**
- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|-----|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 3 | DUE |
-
- 511 L'établissement travaille-t-il en sous-traitance pour un ou plusieurs clients donneurs d'ordre ?**
- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------|
| 1. Oui, pour une partie importante de son activité | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Oui, pour une faible partie de son activité..... | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 4 | STRAIT |