



SUMER 2016-2017

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Questionnaire renseigné sur internet Oui Non

Numéro de questionnaire :

Région REG

Service SV

Médecin MED

Type de service

Autonome SAUT

Interentreprise SIEN

Autre (ex : centre de gestion) SPRE

Le numéro de service est laissé au choix des régions et des ministères : voir guide de collecte.

Type de tirage au sort des salariés :

Tirage A PRIORI 1 Taux 1/ TAUXPRI

Tirage A POSTERIORI 2 Taux 1/ TAUXPOS

Tirage dans le fichier parmi les salariés CONVOCABLES 3 NBSALCVO
 ↳ Nombre total de salariés convocables

Tirage dans le fichier parmi l'ensemble des salariés SUIVIS 4 NBSALSVI
 ↳ Nombre total de salariés suivis

Tirage CENTRALISÉ (Ministère de l'Education Nationale) 5 TYPETIR

Date de l'enquête : / / DATENQ

Date du dernier examen médical périodique ou entretien infirmier : / / DDVIS

Si la date (du dernier examen périodique) n'est pas connue du service, nombre approximatif de mois écoulés depuis le dernier examen périodique (d'après le salarié) DDVIS2

Date théorique de la prochaine convocation à un examen médical périodique ou entretien infirmier : / / DVISPRO

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.
 Visa n° 2016X711TV du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, du Ministre des finances et des comptes publics et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour les années 2016 et 2017.
 En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la Dares.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de l'Inspection Médicale du Travail ou des Médecins coordonnateurs.

Le salarié est-il en surveillance médicale renforcée ?

1. Oui 2. Non

SMR

Le salarié fait-il l'objet d'une restriction d'aptitude ?

1. Oui 2. Non

APT

Le rythme auquel le salarié enquêté doit être vu en examen périodique ou entretien infirmier est-il ?

- 6 mois
 1 an
 2 ans
 5 ans années mois
 Autre, nombre de années mois

FVIS

Cette visite est :

1. Une convocation périodique ou convocation Sumer
 2. Un examen d'embauche (ancienneté d'au moins 3 mois)
 3. Autre, préciser (en clair) :

TYPVIS

Le salarié répond-il à l'enquête ?

1. Oui 2. Non

SALREP

⇒ **Si NON, quel est le motif de cette non-réponse**

1. Absent (ne s'est pas présenté à l'examen)
 2. Refus
 3. Impossible de répondre (ne parle pas français,...)
 4. Salarié vu trop récemment (tiré au sort mais non convoqué)
 5. Autre

MOTIFNR

Le salarié interrogé est-il bien celui tiré au sort/convoqué pour l'enquête Sumer ?

1. Oui 2. Non

CONVO

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

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

NAF08

En l'absence d'un code NAF08, décrire l'activité principale de l'établissement employeur (en clair et en lettres capitales).....

.....
.....
.....

NAFCL

Nature de l'employeur :

1. Entreprise (SAS, SARL, EURL, SCP, entreprise individuelle,...)
 2. Organisation mutualiste, associative, coopérative (hors secteur public social et médico-social)
 3. Particulier
 4. Etablissement public à caractère industriel et commercial (Epic)
 5. Fonction publique de l'État (Éducation nationale et Défense, ministères, établissements publics administratifs nationaux (EPA), établissements publics à caractère scientifique et technologique, établissements publics d'enseignement,...)
 6. Fonction publique territoriale (régions, départements, communes, OPHLM, établissements publics administratifs (EPA) des collectivités territoriales, assistantes maternelles agréées,...)
 7. Fonction publique hospitalière (hôpitaux publics, établissements d'hébergement pour personnes âgées, établissements sociaux ou médico-sociaux)

EMPL

Nature de la structure administrative

⇒ Structure administrative particulière (Uniquement pour les employeurs concernés par les consignes données en formation)

STRUC

⇒ Uniquement pour la fonction publique de l'État

1. Ministère, précisez :
 2. Établissement public local d'enseignement (EPLE)
 3. Autre établissement public administratif (EPA) de l'État

STRUFPE

**Nombre approximatif de salariés (hors sous-traitance et intérim)
dans l'établissement (site)**

- 1. Moins de 10 salariés
- 2. De 10 à 49
- 3. De 50 à 249
- 4. De 250 à 499
- 5. 500 ou plus

ETAB

Pour les employeurs hors fonction publique :

Nombre approximatif de salariés dans l'entreprise (composée de un ou plusieurs établissements)

- 1. Moins de 10 salariés
- 2. De 10 à 49
- 3. De 50 à 249
- 4. De 250 à 499
- 5. 500 ou plus
- 6. Ne sait pas

ENT

CARACTERISTIQUES DU SALARIÉ

Sexe

- 1. Masculin
- 2. Féminin

SEXE

Nationalité :

- 1. Française
- 2. Étrangère mais Union européenne
- 3. Étrangère hors Union européenne

NAT

Année de naissance :

--	--	--	--

NAIS

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

- 1. Apprenti, contrat de formation ou emploi en alternance
- 2. Stagiaire
- 3. Intérimaire (placé par une agence d'intérim)
- 4. Contrat à durée déterminée ou autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, vacataire, pigiste, etc.)
- 5. Emploi sans limite de durée (CDI)
- 6. Agent à statut (SNCF, IEG, etc.)
- 7. Fonctionnaire (stagiaire ou titulaire)

STATUT

Ancienneté dans l'entreprise (pour les salariés hors fonction publique) ou dans la fonction publique (pour les agents de la fonction publique)

- 1. Moins de 6 mois
- 2. Entre 6 mois et moins d'1 an
- 3. Entre 1 an et moins de 3 ans
- 4. Entre 3 ans et moins de 10 ans
- 5. 10 ans ou plus

ANCIEN

Temps de travail

- 1. Temps complet
- 2. Temps partiel

TPS

Avez-vous choisi ce temps de travail ? (y compris pour les temps complets)

- 1. Oui
- 2. Non

CHOITPS

Vous arrive-t-il de superviser le travail d'autres salariés (hors apprentis ou stagiaires) ?

- 1. Oui et c'est ma tâche principale
- 2. Oui, mais ce n'est pas ma tâche principale
- 3. Non

SUPERVIS

Lieu de travail : au cours de la dernière semaine, votre activité a majoritairement eu lieu
(une seule réponse possible) :

- 1. Dans les locaux de votre employeur (bureau, atelier, magasin,...)
- 2. Chez un ou des clients (usagers)
- 3. Sur un chantier
- 4. À votre domicile
- 5. Dans un autre endroit (voie publique, véhicule, mission, déplacement,...)

LIEU

Code de la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS 2003)

--	--	--	--

PCS03

En l'absence d'un code PCS, indiquer la profession exercée (en clair, lettres capitales) :

.....
.....

PROFCL

Fonction principale (cochez une seule case)

- 1. Production, fabrication, chantier
- 2. Installation, réparation, maintenance
- 3. Nettoyage, gardiennage, entretien ménager
- 4. Manutention, magasinage, logistique
- 5. Secrétariat, saisie, accueil
- 6. Gestion, comptabilité
- 7. Commerce, vente, technico-commercial
- 8. Études, recherche et développement, méthodes
- 9. Enseignement
- 10. Soins des personnes
- 11. Autre

FONCT

Classification professionnelle ou qualification (cochez une seule case)

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé
- 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié, technicien d'atelier
- 3. Technicien
- 4. Agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, vrp (non cadre).
- 5. Ingénieur, cadre (à l'exception des directeurs généraux ou de leurs adjoints directs)
- 6. Employé de bureau, employé de commerce, personnel de services
- 7. Directeur général, adjoint direct
- 8. Autre

CSP

Si la personne interrogée est un agent du public, est-elle ? :

- 1. De catégorie A ou assimilé
- 2. De catégorie B ou assimilé
- 3. De catégorie C ou assimilé

CATPUB

Pour les intérimaires, précisez en clair l'activité principale de l'établissement
où s'effectuait la mission de la semaine précédente décrite ici :

--	--	--	--	--

NAFINT

Métier spécifique (la nomenclature est donnée en formation) :

--	--	--	--	--	--	--	--

METIE

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES ET RELATIONNELLES

Cette partie se réfère à la situation habituelle de travail

Poser toutes les questions au salarié
et transcrire sa réponse 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 d'heures 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
2. Occasionnellement
3. Jamais ou presque LOIN
- 103 Travaillez-vous en équipes (travail posté) ?
1. Oui
2. Non EQUIP
- ⇒ Si oui :
1. En 2x8 (équipes, brigades)
2. En 3x8 (équipes, brigades)
3. En 4x8 (équipes, brigades)
4. En 2x12 (équipes, brigades)
5. Autres EQUIPX
- 104 Travaillez-vous le dimanche ou les jours fériés, même occasionnellement (entre 0h et 24h) ?
1. Oui
2. Non DIMFER
- ⇒ Si oui :
- Combien de jours par an ?..... NBDIFER
- 105 Travaillez-vous le samedi, même occasionnellement (entre 0h et 24h) ?
1. Oui
2. Non SAM
- ⇒ Si oui :
- Combien de samedis par an ?..... NBSAM
- 106 Travaillez-vous la nuit (entre minuit et 5 heures) même occasionnellement ?
1. Oui
2. Non NOCT
- ⇒ Si oui :
- Combien de fois par an ?..... NBNUIT
- 107 Travaillez-vous le soir (entre 20 heures et minuit) même occasionnellement ?
1. Oui
2. Non 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
2. Non 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
2. Oui, deux périodes ou plus PERIOD

- 110** **Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer**
- a - Demain ?**
1. Oui
2. Non
- b - La semaine prochaine ?**
1. Oui
2. Non
- c - Dans le mois à venir ?**
1. Oui
2. Non
- 111** **Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu?**
1. Toujours
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais
- 112** **En général, disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos, au cours d'une semaine ?**
1. Oui
2. Non
- 113** **Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?**
1. Oui
2. Non
- ⇒ **Si Oui :**
- Combien de fois au cours des 12 derniers mois ?

PREJOUR

PRESEM

PREMOIS

RABHOR

REPOS48

ASTREIN

NBASTRE

Contraintes de 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
2. Non
- b - La cadence automatique d'une machine ?**
1. Oui
2. Non
- c - D'autres contraintes techniques ?**
1. Oui
2. Non
- d - La dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ?**
1. Oui
2. Non
- e - Des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus ?**
1. Oui
2. Non
- f - Des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus ?**
1. Oui
2. Non
- g - Une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate ?**
(public, clients, donneurs d'ordre)
1. Oui
2. Non

RWDEP

RWCAD

RWTECH

RWCOLEG

RWNORMH

RWNORMJ

RWDEM

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

- 1. Oui
- 2. Non

RWSURV

i - Un contrôle ou un suivi informatisé ?

- 1. Oui
- 2. Non

RWINFOR

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

- 1. Oui
- 2. Non

INTERUPT

⇒ **Si oui cette interruption nécessite-t-elle que vous vous fassiez remplacer ?**

- 1. Oui
- 2. Non

REMPLAS

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

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

DEPECH

117 En raison de votre charge de travail, devez-vous emporter du travail chez vous ?

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

EMPORT

118 Pratiquez-vous le télétravail ?

- Quelques jours ou demi-journées par mois
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours ou plus par semaine
- Jamais

TELETRAV

119 Quand vous n'êtes pas sur votre lieu de travail, en dehors de vos horaires habituels de travail, devez-vous accéder :

a - À votre boîte à lettres électronique professionnelle ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Parfois
- 4. Jamais
- 5. Sans objet

BOITE

b - Au système informatique de votre établissement ou organisation ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Parfois
- 4. Jamais
- 5. Sans objet

SYSTINF

120 Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue ?

- 1. Oui
- 2. Non

DEBORD

⇒ **Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :**

- 1. Perturbe votre travail ?
- 2. Est sans conséquence sur votre travail ?
- 3. Est un aspect positif de votre travail ?

INTERACT

- 121 Occupez-vous différents postes ou fonctions (polyvalence) ?**
- 1. Oui, vous faites une rotation régulière entre les postes
 - 2. Oui, vous changez de poste en cas d'urgence ou d'absence d'un collègue
 - 3. Non
- POLYVAL

Autonomie et marges d'initiative

- 122 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 ?
- INCIDENT
- 123 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)
- ORDER
- 124 Pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés?**
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. Sans objet, pas de délais
- DELAIS

Collectif de travail

- 125 Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter :**
- a - Avec vos collègues ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. Pas concerné, pas de collègue
- DISCCOLL
- b - Avec vos supérieurs hiérarchiques ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. Pas concerné, pas de supérieur
- DISCCHEF
- 126 Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général :**
- a - Des informations claires et suffisantes ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
- CORRINF
- b - Un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. Sans objet (pas de collègue, ni de collaborateur)
- CORRCOLL
- c - La possibilité de coopérer ? (échanges d'informations, entraide)**
- 1. Oui
 - 2. Non
- CORRCOP
- d - Des moyens matériels adaptés et suffisants ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
- CORRMOY
- e - Une formation suffisante et adaptée ?**
- 1. Oui
 - 2. Non
- CORRFORM

f - Le temps suffisant ?

1. Oui
 2. Non

CORRTEM

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

1. Oui
 2. Non

CHEF

Contact avec le public

128 Êtes-vous en contact direct avec le public ? (usagers, patients, voyageurs, clients, etc.)

1. Oui
 2. Non

PUBLIC

⇒ **SI oui**

S'agit-il d'un contact :

De vive voix ?

1. Oui
 2. Non

VIVOI

Par téléphone ?

1. Oui
 2. Non

TELEP

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

1. En permanence
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Jamais

TENSPUB

Normes et évaluation

129 Devez-vous suivre des procédures de qualité strictes

(certification iso, accréditation, EAQF,...) ?

1. Oui
 2. Non

CERTISO

130 Devez-vous atteindre des objectifs chiffrés, précis ?

Des objectifs individuels :

1. oui
 2. non

OBJIND

Des objectifs collectifs :

1. Oui
 2. Non

OBJCOLL

131 Est-ce que vous avez un ou des entretiens individuels d'évaluation par an ?

1. Oui
 2. Non

EVA

⇒ **Si oui, l'entretien porte-t-il sur des critères précis et mesurables ?**

(objectifs, résultats, acquisition de compétence,...)

1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas

EVACRIT

132 Les méthodes / outils de travail suivants sont-ils présents dans votre environnement :

1 . Existe-t-il un dispositif formalisé de production en « juste à temps » ? (ex : zéro stock, flux tirés ou tendus, réduction des délais de production, étiquetage (kanban), SMED, ...)

1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas

LEAN

2 - Existe-t-il un dispositif formalisé d'amélioration de la qualité ? (ex. 5S, 5 pourquoi, Poka-yoké, Sigma,...)

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

3 - Existe-t-il un dispositif formalisé d'implication des salariés ? (ex. chantiers d'amélioration continue [kaizen , oshin], rituel d'animation d'équipe, management visuel [teamboard], équipe autonome)

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

4 - Existe-t-il un dispositif formalisé de réduction des gaspillages ? (muda)

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

133 Au cours des 12 derniers mois, votre environnement de travail a-t-il été fortement modifié

MODIF

1 - Par un changement de votre poste ou de votre fonction ?

- 1. Oui
- 2. Non

2 - Par un changement dans les techniques utilisées ?

- 1. Oui
- 2. Non

3 - Par une restructuration ou un déménagement de l'établissement, l'entreprise ou l'administration où vous travaillez ?

- 1. Oui
- 2. Non

4 - Par un changement de l'organisation du travail au sein de l'établissement ?

- 1. Oui
- 2. Non

5 - Par un plan de licenciement dans l'établissement où vous travaillez ?

- 1. Oui
- 2. Non

6 - Par un rachat ou un changement dans l'équipe de direction ?

- 1. Oui
- 2. Non

7 - Par un changement des personnes avec lesquelles vous travaillez régulièrement ?

- 1. Certaines ont changé
- 2. La plupart ou toutes ont changé
- 3. Non

134 Êtes-vous principalement affecté pour votre activité à un ou plusieurs établissements n'appartenant pas à votre employeur (hors intérim) ?

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

SOUSTRAIT

AMBIANCES ET CONTRAINTES PHYSIQUES

Pendant la dernière semaine travaillée

201	Exposition à des nuisances sonores	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SONF
	Si Non passez à la Q 205 ↓		
202	Niveau d'exposition sonore :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	1. De 80 à 85 décibels A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N	SONA80
	2. Supérieur à 85 décibels A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N	SONA85

203	Bruit comportant des chocs, des impulsions	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SONI
		Oui <small>Durée</small> A N	
204	Autre bruit gênant pour le salarié	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOND
		Oui <small>Durée</small> A N	
205	Nuisances thermiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	THERM
	Si Non passez à la Q 210 ↘	Oui Non	
206	Travail à l'extérieur	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EXT
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
207	Travail au froid, moins de 15°C, imposé par le processus de production	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FROI
	⇒ Si oui	Oui <small>Durée</small> C R O N	
	Nombre de degrés centigrades (une seule réponse possible) :		
	<input type="checkbox"/> 1. Inférieur à -10°C		
	<input type="checkbox"/> 2. De -10°C à moins de 0 °C		
	<input type="checkbox"/> 3. De 0°C à moins de 5 °C		
	<input type="checkbox"/> 4. De + 5°C à moins de 15°C		DEG1
208	Travail au chaud, plus de 24°C, imposé par le processus de production.....	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CHAU
	⇒ Si oui	Oui <small>Durée</small> C R O N	
	Nombre de degrés centigrades (une seule réponse possible) :		
	<input type="checkbox"/> 1. De + 25°C à moins de 30 °C		
	<input type="checkbox"/> 2. + 30°C ou plus		DEG2
209	Travail, en milieu humide, imposé par le processus de production	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HUM
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
210	Exposition aux rayonnements ionisants ou non ionisants.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAY
	Si Non passez à la Q 214 ↘	Oui Non	
211	Rayonnements ionisants A ou B.....	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAYAB
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
212	Rayonnements ionisants ni A ni B	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAYIO
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
213	Rayonnements non ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAYNO
		Oui Non	
	1. Rayonnement optique (laser de classe 3 ou 4, infrarouges).....	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	LAS
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
	2. UV artificiel	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	UV
		Oui <small>Durée</small> C R O N	
	3. Champ électromagnétique	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small>	ELECTRO
		Oui <small>Durée</small>	
214	Travail en air et espace contrôlés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AIR
	Si Non passez à la Q 217 ↘	Oui Non	
215	Salle blanche	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small>	BLAN
		Oui <small>Durée</small>	
216	Espace confiné	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small>	CONF
		Oui <small>Durée</small>	
217	Travail comportant des contraintes visuelles	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/>	CVIS
		Oui <small>Durée</small> Non	
218	Manutention manuelle de charges (définition européenne)	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small> <input type="checkbox"/>	LOURD
		Oui <small>Durée</small> Non	
219	Contraintes posturales et articulaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CPOS
	Si Non passez à la Q 228 ↘	Oui Non	
220	Position debout ou piétinement	<input type="checkbox"/> <small>Durée</small>	DEBOU
		Oui <small>Durée</small>	

Durée : chiffrer		Protection individuelle		PI : cocher
1 : < 2 heures	3 : 10 à 20 heures	A : auditive	R : respiratoire	N : pas de protection
2 : 2 à 10 heures	4 : 20 heures ou plus	C : cutanée	O : oculaire	

		Durée	P.col	Int	E/M				
305	Bases fortes, notamment exposition à des vapeurs (aérosols) de soude, de potasse	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
Carburants									
306	Essence automobile	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
307	GPL	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
308	Autres carburants (fuel, gazole, kérosène, biocarburants de type diester, ...)	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
Composés organiques divers									
• Aldéhydes									
309	Formaldéhyde (sauf résines, colles)	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
310	Autres aldéhydes (Glutaraldéhyde, aldéhyde acétique, acroléine,...)....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
• Amines									
311	Amines aromatiques	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
312	Autres amines (amines aliphatiques, alicycliques, alcanolamines, ...) et dérivés.....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
• Dérivés halogénés et / ou nitrés (sauf produits phytosanitaires)									
313	Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés.....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
314	Phénols et dérivés halogénés et/ou nitrés	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
Poussières, fibres et particules ultra-fines									
315	Amiante (toutes variétés confondues).....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
316	Fibres céramiques réfractaires (aluminosiliceuses)	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
317	Autres fibres artificielles (verre, roche, laitier, carbone, AES....).....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
318	Fabrication et utilisation de nanomatériaux manufacturés	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
319	Farine	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
320	Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...)....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
321	Silice cristalline.....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
322	Autres poussières minérales sauf ciment et fibres (cf question 324)....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
323	Autres poussières végétales dont fibres de cellulose	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
Liants									
324	Ciment et chaux sous toutes ses formes	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
Fluides de lubrification et de refroidissement									
325	Fluides aqueux ou synthétiques (polyglycols).....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
326	Huiles minérales entières	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
327	Huiles synthétiques	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
328	Esters végétaux.....	<input type="checkbox"/>							
	Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

Gaz et fumées

• Matières plastiques/caoutchouc

- | | Durée | P.col | Int | E/M | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 329 Fumées de dégradation thermique des matières plastiques..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |
| 330 Fumées de vulcanisation..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Métalliques

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 331 Fumées de soudage d'éléments métalliques..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Moteurs thermiques

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 332 Émission de moteur diesel..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |
| 333 Émission d'autres moteurs..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Les procédés de la métallurgie

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 334 Émissions dégagées par les procédés de la métallurgie et l'électrométallurgie (hauts-fourneaux, fonderie, électrolyse, traitement de surfaces, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Végétaux

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 335 Fumées dégagées par la combustion de végétaux (paille, bois, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

Produits carbonés

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 336 Goudrons de houille et dérivés (huiles et brais) (y compris les fumées) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

Halogènes

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 337 Brome, chlore (à l'exclusion des chlorures et de l'eau de Javel), iode, fluor | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

Matières plastiques

• Plastifiants

- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 338 Phtalates..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |
| 339 Autres plastifiants..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines acryliques

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 340 Acrylamide..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |
| 341 Acrylates, méthacrylates, cyanoacrylates (y compris dans les colles) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines aminoplastes et phénoplastes

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 342 Résines formophénoliques, urée-formol, mélamine-formol..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines époxydiques

- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 343 Résines époxydiques..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines polyesters insaturés

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 344 Résines polyesters y compris les composites pré-imprégnés (SMC : Sheet moulding compound, BMC : bulk moulding compound) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines polyuréthanes

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 345 Isocyanates monomères (HDI, TDI, MDI ...) et prépolymères (présents dans les peintures, colles, utilisés dans la fabrication des mousses) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• Résines diverses

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 346 Autres résines (alkydes, cellulosiques, polyoléfinés, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

Médicaments (fabrication et usages)

- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 347 Cytostatiques..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |
| 348 Médicaments allergisants pour les salariés les manipulant..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

Métaux - métalloïdes et dérivés

• Métalloïdes

- | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 349 Arsenic et dérivés..... | <input type="checkbox"/> |
| Oui | Durée | P.col | Int | E/M | C | R | O | N |

• **Métaux**

	Durée	P.col	Int	E/M				
350 Acier inoxydable (inox).....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
351 Aluminium.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
352 Cadmium et dérivés	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
353 Carbures métalliques frittés.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
354 Chrome et dérivés, sauf inox.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
355 Cobalt et dérivés	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
356 Nickel et dérivés, sauf inox.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
357 Oxydes de fer	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
358 Plomb et dérivés.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
359 Autres métaux et dérivés (mercure, vanadium, béryllium ...)	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

Oxydants

360 Eau de Javel.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
361 Eau oxygénée, acide peracétique	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
362 Ozone.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
363 Persulfates de sodium, de potassium et d'ammonium (notamment dans les produits capillaires).....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
364 Oxydants autres (peroxydes de benzoyle, de méthyléthylcétone, ...)	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

Pesticides (fabrication et usages)

365 Fongicides (tous types)	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
366 Herbicides (tous types).....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
367 Insecticides (tous types, sauf pyréthrinoïdes)	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
368 Insecticides pyréthrinoïdes	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
369 Pesticides classés cancérogènes.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
370 Autres pesticides	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

Solvants

• **Alcools**

371 Méthanol.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
372 Autres alcools (ethanol, butanol, isopropanol, ...).....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

• **Cétones**

373 N - Méthylpyrrolidone (NMP) et N-Ethyl-2-pyrrolidone.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N
374 Autres cétones : acétone, méthylisobutylcétone (MIBK).....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

• **Ethers de glycol**

375 Ethers de glycol dérivés de l'éthylène glycol, sauf CMR.....	<input type="checkbox"/>							
Oui	Durée	P.col	Int	E/M	C	R	O	N

		Durée	P.coll	Int	E/M				
376 Ethers de glycol dérivés du propylène glycol, sauf CMR.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
377 Ethers de glycol classés CMR (voir guide).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
• Hydrocarbures pétroliers									
378 Benzène (sauf carburants).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
379 N-Hexane	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
380 Styrène (sauf résines polyesters).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
381 Toluène.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
382 White-spirit, solvant naphta.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
383 Autres hydrocarbures pétroliers, essences A, B... F, G (éther de pétrole)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
• Hydrocarbures chlorés									
384 Chlorure de méthylène (syn. : dichlorométhane).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
385 Perchloréthylène (syn. : tétrachloroéthylène)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
386 Trichloréthylène.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
• Hydrocarbures terpéniques									
387 Hydrocarbures terpéniques (d - limonène, essence de térébenthine...)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
• Divers solvants									
388 Diméthylformamide (DMF), diméthylacétamide (DMAC).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
389 Tétrahydrofurane (THF) (également présent dans les colles PVC).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
390 Diméthylsulfoxyde (DMSO).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
391 Autres solvants	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
Tensio-actifs									
392 Ammoniums quaternaires et cationiques.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
393 Autres tensio-actifs	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N
Produits divers									
394 Cyanure y compris acide cyanhydrique et nitriles.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	Int	E/M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui						C	R	O	N

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 DELIB

Les agents biologiques sont volontairement mis en œuvre dans le procédé de travail

Si Non passez à la Q 405 ↓

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

• **Activités concernées**

402	Laboratoire de recherche ou de développement utilisant des micro-organismes.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	LABO
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
	Dont utilisation d'animaux de laboratoire.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	UTANI
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
403	Industrie biotechnologique (dans le secteur médical, pharmaceutique, agroalimentaire, biocarburants, ..).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	BIOTECH
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
404	Activité en milieu ouvert (technique de dépollution, extraction de minerai par lixiviation, récupération assistée du pétrole, utilisation phytosanitaire, fontaines biologiques, ..)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	AOUV
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	

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.

Si Non passez à la Q 500 ↘

406	Travail au contact d'un réservoir humain	<input type="checkbox"/>	Durée	Vivant	Mort	HUMAIN
	Oui	Non	Durée	Vivant	Mort	

Si Non passez à la Q 415 ↘

• **Secteurs d'activité concernés**

407	Milieu de soins (incluant diagnostic et prévention, laboratoires d'analyses médicales)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	PE	SOIN
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	PE	
408	Milieu médico-social, social et éducatif	<input type="checkbox"/>	Durée								SOCIAL
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll							
	1. Services et structures pour personnes âgées, enfants ou adultes handicapés	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		SOCIALA
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	2. Services et structures pour Secteur de l'Enfance	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		SOCIALB
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	3. Autres structures à vocation sociale	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		SOCIALC
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
409	Autres secteurs d'activité.....	<input type="checkbox"/>	Durée								AUTH1
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée								
	1. Activités funéraires (thanatopraxie, soins funéraires)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		AUTHA
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	2. Activités en milieu pénitentiaire, hors établissement sanitaire	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		AUTHB
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	3. Services à la personne, hors question 408.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		AUTHC
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	4. Coiffure, soins esthétiques, thalassothérapie, manucure-pédicure, pratique du tatouage (par effraction cutanée) et du perçage.....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		AUTHD
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		
	5. Autres (laboratoire de recherche et de production, ..).....	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH		AUTHE
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH		

• **Types de tâches exposant au risque biologique au contact d'un réservoir humain**

410	Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	SOINA
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
411	Soins médicalisés non invasifs	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	SOINB
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
412	Soins médicalisés avec gestes invasifs	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	SOINC
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
413	Gestes techniques en laboratoire d'analyse médicale, d'anatomo-pathologie et de recherche	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	SOIND
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	
414	Autres types de tâches (maintenance, ménage en milieu de soin, ..)	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MH	SOINE
	Oui	<input type="checkbox"/>	Durée	P.coll	C	R	O	N	MH	

		Durée			Vivant		Mort			
		<input type="checkbox"/>								
		Oui	Non	Durée	Vivant	Mort				
415	Travail au contact d'un réservoir animal	<input type="checkbox"/>	ANIMAL							
		Si Non passez à la Q 421								
• Activités concernées										
416	Travail auprès d'animaux d'élevage agricole	<input type="checkbox"/>	ANIAGR							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
416bis	Travail auprès d'animaux de compagnie (élevage, vente, soins, service) ...	<input type="checkbox"/>	ANIDOM							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
417	Travail exposant aux tiques	<input type="checkbox"/>	TIQ							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
418	Travail exposant à des animaux sauvages en milieu naturel ou en captivité (hors tiques).....	<input type="checkbox"/>	ANISAU							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
419	Travail en abattoirs (jusqu'à la première transformation de la viande) ...	<input type="checkbox"/>	ABAT							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
420	Autres activités (ex : équarissage, laboratoire d'analyses vétérinaires, laboratoire de recherche, taxidermie, fourrière, tannage des peaux, travail auprès d'animaux de laboratoire non germ-free, ...)	<input type="checkbox"/>	ASEC1							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
421	Autres conditions d'exposition potentielle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						AUTPOTEN
		Oui	Non	Durée						
		Si Non passez à la Q 500								
422	Travail au contact d'un réservoir environnemental (eau, sol, poussières d'origine animale ou végétale, ...)	<input type="checkbox"/>	ASSAIN							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
1.	Traitement des déchets	<input type="checkbox"/>	ASSAINA							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
a -	Collecte et élimination des déchets	<input type="checkbox"/>	ASSAINB							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
b -	Tri, valorisation, compostage	<input type="checkbox"/>	ASSAINC							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
2.	Station d'épuration (voir aussi Q418).....	<input type="checkbox"/>	ASSAIND							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
3.	Égouts - fosses septiques (voir aussi Q418)	<input type="checkbox"/>	ASSAINE							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
4.	Activités au contact de l'eau douce (voir aussi Q418)	<input type="checkbox"/>	EAUD							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
5.	Activités en contact direct avec de la terre.....	<input type="checkbox"/>	ASSSTERR							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
6.	Nettoyage propreté (hors questions 402 à 404)	<input type="checkbox"/>	ASSAINF							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
7.	Maintenance de climatisation, tours aéro-réfrigérantes (changement des filtres par exemple, ...)	<input type="checkbox"/>	ASSAING							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
8.	Activités exposant aux poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet, ...)	<input type="checkbox"/>	ASSAINH							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
9.	Activités exposant aux poussières végétales hors poussière de bois (coton, sisal, compost, tourbe, céréales, ...).....	<input type="checkbox"/>	ASSAINI							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
10.	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"/>	ASSAINJ							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
423	Travail dans l'agro-alimentaire	<input type="checkbox"/>	AGRO							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
1.	Industrie et laboratoire agroalimentaire	<input type="checkbox"/>	ILA							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
2.	Autres (artisanat ou commerce de bouche, restauration, ...)	<input type="checkbox"/>	AUTAGRO							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
424	Mission en zone tropicale	<input type="checkbox"/>	MISSION							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	
425	Autres activités.....	<input type="checkbox"/>	ACTAUTR							
		Oui	Non	Durée	P.coll	C	R	O	N	

ACCORD DU SALARIÉ POUR UNE POST ENQUÊTE

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

1. Oui
 2. 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 de l'enquête restent à la garde du médecin enquêteur, qui sera recontacté si certains de ses questionnaires sont tirés dans un échantillon de recherche.

COMPTE PÉNIBILITÉ (C3P)

501 Le salarié dispose-t-il d'un « compte personnel de prévention de la pénibilité » ?

1. Oui
 2. Non
 3. Sans objet (pour les salariés de la fonction publique, des régimes spéciaux et pour les travailleurs détachés)

C3P

JUGEMENT DU MÉDECIN SUR LA QUALITÉ DU POSTE DE TRAVAIL

À remplir par le médecin uniquement

502 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.

Cochez la case correspondante

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. De l'organisation du travail | <input type="checkbox"/> | QUALA |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | |
| 2. De la prévention des expositions à des contraintes physiques | <input type="checkbox"/> | QUALB |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | |
| 3. De la prévention des expositions aux agents chimiques | <input type="checkbox"/> | QUALC |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | |
| 4. De la prévention des expositions aux agents biologiques | <input type="checkbox"/> | QUALD |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | |

L'AUTOQUESTIONNAIRE

À remplir par le médecin uniquement

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

- 1 Avant l'examen médical
 2. Après l'examen médical
 3. Il n'a pas été rempli

AUTORA

504 Le salarié vous a-t-il demandé votre aide ou celle d'une autre personne du service pour le renseigner ?

1. Oui
 2. Non

AIDE

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

1. Oui
 2. Non

CACHE

LA PRÉVENTION DANS L'ÉTABLISSEMENT

- 506** Existe-t-il un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou assimilé pour cet établissement ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- ⇒ Si oui, Nombre de réunions au cours des 12 derniers mois CHS
 NCHS
- 507** Y a-t-il des délégués syndicaux dans l'établissement ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- SYND
- 508** Y a-t-il une représentation élue du personnel (DP, CE ou délégation unique) dans l'établissement ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- ELUS
- 509** Existe-t-il dans l'établissement un salarié compétent pour la protection et la prévention des risques professionnels, désigné à ce titre par l'employeur ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- PROTEC
- 510** 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 en santé-travail ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- EXPT
- 511** Un document d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- DUE
- ⇒ Si oui, a-t-il été élaboré ou actualisé au cours des 12 derniers mois ?
1. Oui
 2. Non
- DUEMOIS
- ⇒ Si oui, avez-vous été consulté par la direction à cette occasion ?
1. Oui
 2. Non
- DUMDT
- ⇒ Si oui, un plan de prévention a-t-il été mis en œuvre suite à l'évaluation des risques ?
1. Oui
 2. Non
 3. Ne sait pas
- PREV
- 512** Une fiche d'entreprise a-t-elle été élaborée ?
1. Oui
 2. Non
- FICHENT
- ⇒ Si oui, a-t-elle été élaborée ou actualisée au cours des 12 derniers mois ?
1. Oui
 2. Non
- FICHMOIS