

Heure de début de remplissage heures minutes

Q1 À quelle date remplissez vous ce questionnaire ? jour mois 2 0 année

Q2 Êtes-vous ? ₁ Un homme ₂ Une femme

Q3 Quels sont vos mois et année de naissance ? mois 1 9 année

Q4 Quelle est votre nationalité ?

₁ Français(e) de naissance ₂ Français(e) par acquisition (devenu(e) Français(e)) ₃ Nationalité étrangère

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ EN GÉNÉRAL

G1 Quel est votre poids ? kg

G2 Quelle est votre taille ? m cm

G3 Comment jugez-vous votre état de santé général ?

Mettre une croix sur l'échelle de A à H. A signifiant un très bon état de santé général et H un très mauvais état de santé général.

Très bon A B C D E F G H Très mauvais

G4 Comment jugez-vous votre état de santé général par rapport à une personne de votre entourage du même âge ?

Mettre une croix sur l'échelle de A à H. A signifiant un très bon état de santé général et H un très mauvais état de santé général.

Très bon A B C D E F G H Très mauvais

G5 Pour chacun des problèmes de santé listés ci-dessous, indiquez si ce problème vous a concerné à un moment ou un autre de votre vie et, si OUI, précisez l'âge que vous aviez au moment du diagnostic.

1) Maladies cardio-vasculaires :

- Hypertension artérielle ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Angine de poitrine (angor) ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Infarctus du myocarde ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Accident vasculaire cérébral (AVC ou attaque cérébrale) ?... Non Oui Âge au diagnostic ans
- Artérite des membres inférieurs ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Autre affection cardio-vasculaire ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Précisez :

2) Maladies métaboliques ou endocriniennes :

- Diabète ou diabète sucré (en dehors de la grossesse) ? Non Oui Âge au diagnostic ans
- Si OUI, êtes-vous actuellement traité(e) pour votre diabète :
- par des comprimés ? Non Oui Depuis quel âge ans
 - par une ou plusieurs injections d'insuline ? Non Oui Depuis quel âge ans
- Hypercholestérolémie ? Non Oui Âge au diagnostic ans

3) Cancer : Non Oui

Si OUI, cochez ci-dessous la (les) case(s) correspondant au **type de cancer** et précisez votre âge au moment du diagnostic :

- Sein Âge au diagnostic ans
- Col de l'utérus Âge au diagnostic ans
- Utérus sauf col Âge au diagnostic ans
- Ovaires Âge au diagnostic ans
- Poumon, bronches, trachée Âge au diagnostic ans
- Prostate Âge au diagnostic ans
- Côlon/rectum Âge au diagnostic ans
- Autres

Précisez le type de cancer : Âge au diagnostic ans

Précisez le type de cancer : Âge au diagnostic ans

G6

Voici une liste de problèmes de santé. Indiquez ici ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des 12 derniers mois (qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, qu'il y ait eu ou non un traitement).

Cochez la (les) case(s) correspondante(s), plusieurs réponses sont possibles.

Affections respiratoires et ORL

- 1 Infections respiratoires répétées (au moins deux épisodes dans l'année)
- 2 Bronchite chronique
- 3 Asthme
- 4 Gêne respiratoire dans vos activités de la vie quotidienne
- 5 Rhinite allergique (rhume des foins)
- 6 Baisse de l'audition/surdité

Affections cardio-vasculaires

- 7 Embolie pulmonaire
- 8 Palpitations, impression que le cœur s'emballe ou a des ratés
- 9 Phlébite
- 10 Varices, ulcère des jambes
- 11 Hémorroïdes
- 12 Troubles circulatoires veineux

Affections digestives

- 13 Ulcère estomac, duodénum
- 14 Crampes, acidité, brûlures, douleurs d'estomac
- 15 Reflux (gastro-œsophagien), hernie hiatale, œsophagite
- 16 Trouble chronique du transit intestinal (diarrhée, constipation, alternance diarrhée constipation)
- 17 Calculs de la vésicule biliaire
- 18 Maladie du foie (hépatite, stéatose, kyste, cirrhose...)
- 19 Troubles persistants de la dentition ou des gencives
- 20 Polype ou adénome intestinal

Affections des os et des articulations

- 21 Syndrome du canal carpien
- 22 Arthrose, rhumatisme
- 23 Polyarthrite rhumatoïde

Maladies de la peau

- 24 Eczéma ou autre allergie cutanée
- 25 Psoriasis
- 26 Abscess, furoncle, mycose, candidose

Affections urinaires et génitales

- 27 Coliques néphrétiques, calculs urinaires
- 28 Infections urinaires répétées, cystites
- 29 Troubles urinaires persistants (gêne pour uriner, levers plusieurs fois par nuit pour uriner)
- 30 Perte involontaire d'urines
- 31 Maladie de la prostate
- 32 Maladie du sein
- 33 Maladie de l'utérus, des ovaires, des trompes
- 34 Troubles liés à la ménopause

Maladies endocriniennes/métaboliques

- 35 Maladie de la thyroïde (hyperthyroïdie, goitre, hypothyroïdie)
- 36 Goutte et complications
- 37 Cholestérol, hyperlipémie, triglycéridémie

Affections oculaires

- 38 Glaucome, hypertension oculaire
- 39 Cataracte
- 40 Décollement de la rétine
- 41 Œil sec, syndrome de Gougerot-Sjögren
- 42 Conjonctivite allergique

Affections nerveuses et psychiques

- 43 Troubles du sommeil
- 44 Dépression nerveuse
- 45 Déprime, anxiété, stress

Affections neurologiques

- 46 Épilepsie
- 47 Maladie de Parkinson
- 48 Migraine, maux de tête
- 49 Vertiges, troubles de l'équilibre

Autres problèmes de santé au cours des 12 derniers mois (indiquez une seule pathologie par ligne) :

50

51

52

53

54

G7 Parmi les problèmes de santé que vous avez indiqués à la question précédente, quels sont les **problèmes nouveaux** : c'est-à-dire ceux qui sont apparus au cours des 12 derniers mois et dont vous n'avez jamais souffert dans le passé ?

Désignez-les par leur numéro : Exemple : si vous avez souffert d'arthrose, rhumatisme

a. b. c. d. e.

G8 Parmi les problèmes de santé que vous avez indiqués à la question précédente, quels sont les problèmes de santé, **nouveaux ou non**, pour lesquels vous suivez **en ce moment un traitement** ?

Désignez-les par leur numéro : Exemple : si vous suivez un traitement pour déprime, anxiété, stress

a. b. c. d. e.

Nous allons, dans cette partie du questionnaire, nous intéresser à des aspects plus spécifiques de votre santé.

VOTRE SANTÉ RESPIRATOIRE

R1 Dans l'ensemble, depuis 10 ans, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'effet de l'âge) :

- ₁ N'a pas changé
₂ S'est amélioré
₃ S'est détérioré

R2 Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON**, passez à la question R3

Si vous avez répondu **OUI** :

- a) Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ? ₀ Non ₁ Oui
b) Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ? ₀ Non ₁ Oui

R3 Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

R4 Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

R5 Avez-vous eu une crise d'essoufflement, après un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

R6 Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

R7 Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

R8 Toussez-vous habituellement en vous levant, en hiver ? ₀ Non ₁ Oui

R9 Toussez-vous habituellement, pendant la journée ou la nuit, en hiver ? ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON** aux questions R8 et R9, passez à la question R10.

Si vous avez répondu **OUI** à la question R8 ou à la question R9 :

a) Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? ... ₀ Non ₁ Oui

R10 Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ? ... ₀ Non ₁ Oui

R11 Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit en hiver ? ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON** aux questions R10 et R11, passez à la question R12.

Si vous avez répondu **OUI** à la question R10 ou à la question R11 :

a) Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? ... ₀ Non ₁ Oui

R12 Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ? ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON**, passez à la question R13.

Si vous avez répondu **OUI** :

a) Êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ? ... ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON**, passez à la question R13.

Si vous avez répondu **OUI** :

Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ? ₀ Non ₁ Oui

R13 Avez-vous déjà eu de l'asthme ? ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON**, passez à la question R14.

Si vous avez répondu **OUI** :

a) Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? ₀ Non ₁ Oui

b) À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ? ans

c) À quel âge avez-vous eu votre dernière crise d'asthme ? ans

d) Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ? ₀ Non ₁ Oui

e) Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ? ₀ Non ₁ Oui

R14 Avez-vous des allergies nasales, y compris le rhume des foins ? ₀ Non ₁ Oui

VOTRE MORAL

D1 Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements décrits dans cette liste durant la semaine écoulée ?

Pour répondre, cochez la case correspondant à la réponse choisie (une et une seule case par question) :

Durant la semaine écoulée :	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VOTRE CŒUR

C1 Avez-vous déjà ressenti :

- une douleur ou une gêne dans la poitrine ?..... ₀ Non ₁ Oui
- une pression ou une pesanteur dans la poitrine ?..... ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON** aux deux questions ci-dessus, passez directement à la **question C2** en page 11.

Si vous avez répondu **OUI** :

1) Ressentez-vous cette douleur (ou gêne, pression, pesanteur) quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite ?

- ₀ Non ₁ Oui ₂ Vous ne montez jamais de côte ou ne marchez jamais vite

2) Ressentez-vous cette douleur quand vous marchez d'un pas normal sur terrain plat ?

- ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON** aux **questions 1 et 2** ci-dessus, passez directement à la **question 3** ci-dessous.

Si vous avez répondu **OUI** à la **question 1** ou à la **question 2** :

2a) Que faites-vous si vous ressentez cette douleur quand vous marchez ?

- ₁ Vous vous arrêtez ou vous ralentissez
₂ Vous continuez

2b) Si vous vous arrêtez, qu'éprouvez-vous ?

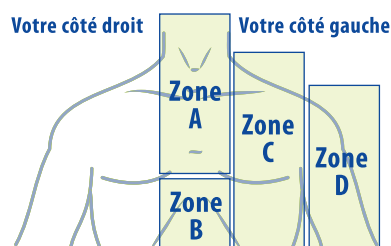
- ₁ Un soulagement
₂ Pas de soulagement

2c) Si vous éprouvez un soulagement, au bout de combien de temps survient-il ?

- ₁ 10 minutes ou moins
₂ Plus de 10 minutes

3) Indiquez où se localise cette douleur ou gêne (indiquez toutes les localisations) :

- ₁ Zone A (partie haute ou moyenne du thorax)
₂ Zone B (partie basse du thorax)
₃ Zone C (partie gauche du thorax)
₄ Zone D (bras gauche)
₅ Autre localisation



4) Avez-vous consulté un médecin au sujet de cette douleur (ou gêne, pression, pesanteur) ?

- ₀ Non ₁ Oui

Si vous avez répondu **NON** à la **question 4**, passez à la **question C2** en page 11.

Si vous avez répondu **OUI** :

4a) Si vous avez consulté un médecin, selon lui, de quoi s'agissait-il ?

- ₁ Angine de poitrine, angor
₂ Infarctus
₃ Autre origine

VOTRE FOYER

F1 Quelle est votre situation de famille au sens de l'état civil ?

- ₁ Célibataire (jamais marié(e))
₂ Marié(e) ou pacsé(e)
₃ Veuf(ve)
₄ Divorcé(e) ou séparé(e)

F2 Au sein de votre foyer, vous vivez :

- Avec votre conjoint(e) ? ₀ Non ₁ Oui
Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) ? ₀ Non ₁ Oui
Avec d'autres personnes (famille, amis...) ? ₀ Non ₁ Oui

F3 Combien de personnes, vous compris, vivent actuellement dans votre foyer ?

Si vous ne vivez pas en couple, passez à la question F5.

F4 Si vous vivez en couple, votre conjoint(e) a-t-il (elle) actuellement ou a déjà eu une activité professionnelle ?

- ₀ Non ₁ Oui

Si OUI, quelle est (était) sa profession (sa dernière profession) ?

- ₁ Agriculteur exploitant (ou conjoint-collaborateur sur l'exploitation)
₂ Artisan, commerçant, chef d'entreprise (ou conjoint-collaborateur de l'entreprise)
₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ex : professeur d'université, ingénieur, médecin...)
₄ Profession intermédiaire (ex : instituteur, infirmier, assistante sociale, technicien, contremaître, agent de maîtrise...)
₅ Employé (ex : employé de bureau, employé de commerce, nourrice, agent de service, ...)
₆ Ouvrier (de l'industrie, de l'artisanat ou de l'agriculture)
₇ Autre

Précisez :

Si votre conjoint n'a pas d'activité professionnelle actuellement, quelle est sa situation ?

- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
₂ Retraité ou retiré des affaires
₃ En formation (apprenti, étudiant, stage...)
₄ Au foyer, sans profession
₅ Ne travaille pas pour raison de santé
₆ Autre

Précisez :

F5 Avez-vous accès à Internet ? ₀ Non ₁ Oui

COMPORTEMENT ET SANTÉ

Consommation de tabac

T1 Êtes-vous ?

- ₁ Fumeur (au moins une cigarette par jour)
- ₂ Non-fumeur (ou moins d'une cigarette par jour)
- ₃ Ex-fumeur (arrêt du tabagisme depuis au moins 1 an)

Si vous êtes **NON-FUMEUR**, passez à la question T2.

1) Si vous êtes fumeur ou ex-fumeur, à quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? ans

2) Si vous êtes ex-fumeur, à quel âge avez-vous arrêté de fumer ? ans

3) Combien fumez-vous par jour (pour les ex-fumeurs, combien fumiez-vous par jour en moyenne pendant les 12 mois précédant l'arrêt) ?

- De cigarettes
- De pipes
- De cigarillos
- De cigares

T2 Dans votre environnement professionnel ou personnel, êtes-vous régulièrement exposé(e) à la fumée de tabac ?

- ₀ Non
- ₁ Oui, exposition faible
- ₂ Oui, exposition forte

Consommation de boissons alcoolisées : vin, bière, apéritif, digestif, cidre ...

Pour chacune des trois questions suivantes, cochez la case qui répond le mieux à votre cas, pour les 12 derniers mois.

A1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- ₁ Jamais
- ₂ 1 fois par mois ou moins
- ₃ 2 à 4 fois par mois
- ₄ 2 à 3 fois par semaine
- ₅ Au moins 4 fois par semaine

A2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- ₁ 1 ou 2
- ₂ 3 ou 4
- ₃ 5 ou 6
- ₄ 7 à 9
- ₅ 10 ou plus

A3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- ₁ Jamais
- ₂ Moins d'une fois par mois
- ₃ Une fois par mois
- ₄ Une fois par semaine
- ₅ Tous les jours ou presque

Les questions suivantes portent sur votre consommation au cours de la dernière semaine, cochez la case qui répond le mieux à votre cas.

A4 Au cours de la dernière semaine, avez-vous consommé :

- Du vin ₀ Non ₁ Oui
 De la bière ou du cidre ₀ Non ₁ Oui
 Au moins un apéritif ou digestif ₀ Non ₁ Oui

1) Si vous avez consommé du vin :






- Quelle quantité maximum par jour (cochez la case) ?

						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
1 verre	2 verres	3 verres	4 verres	5 verres et +	1 litre et +	2 litres et +

- Combien de jours dans la semaine avez-vous bu du vin (de 1 à 7 jours) ? jours

2) Si vous avez consommé de la bière ou du cidre :

- Quelle quantité maximum par jour (en demi ou grands verres (cochez la case)) ?

				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1 demi	2 demis	3 demis	4 demis	5 demis et +

- Combien de jours dans la semaine avez-vous bu de la bière ou du cidre (de 1 à 7 jours) ? jours

3) Si vous avez consommé des apéritifs ou digestifs :

- Quelle quantité maximum par jour ? (cochez la case)

		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1 verre	2 verres	3 verres et +

- Combien de jours dans la semaine avez-vous bu au moins un apéritif ou digestif (de 1 à 7 jours) ? jours

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

H1 Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint (avec ou sans obtention de diplôme) ?

- ₁ Enseignement primaire
- ₂ Niveau collège (1^{er} cycle de l'enseignement secondaire)
- ₃ Enseignement technique court (CAP, BEP)
- ₄ Niveau lycée (enseignement général, technologique ou professionnel)
- ₅ Premier cycle de l'enseignement supérieur
- ₆ Deuxième et troisième cycle de l'enseignement supérieur, grande école, école d'ingénieur, de commerce...
- ₇ Autre

Précisez :

H2 Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle rémunérée pendant une période de plus de quatre mois dans votre vie ?

- ₀ Non ₁ Oui

Si **NON**, êtes-vous ?

- ₁ À la recherche d'un premier emploi
- ₂ Étudiant ; jeune en cours de formation
- ₃ Au foyer
- ₄ En activité depuis moins de quatre mois
- ₅ Autre

Précisez :

Si vous avez répondu **NON** à la question H2, vous n'avez pas à remplir la suite du questionnaire.
Nous vous remercions de votre participation.

Indiquez ici l'heure de fin de remplissage : heures minutes

P1 Êtes-vous actuellement en activité (y compris à temps partiel, intérimaire, intermittent du spectacle ou saisonnier) ?

- ₀ Non ₁ Oui

Si **NON**, quelle est votre situation actuelle ?

- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₂ Retraité(e), préretraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₃ En arrêt volontaire temporaire d'activité (congé parental d'éducation, convenance personnelle...)
- ₄ En formation (apprenti, étudiant, stage...)
- ₅ Au foyer, sans profession
- ₆ Ne travaille pas pour raison de santé (longue maladie, invalidité,...)
- ₇ Autre :

Précisez :

Si vous n'êtes pas en activité actuellement, allez directement à la page 22 de ce questionnaire.

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

P2 Exercez-vous actuellement plusieurs activités professionnelles rémunérées ?

- ₀ Non ₁ Oui

Les questions qui suivent concernent votre emploi actuel. Certaines situations peuvent ne pas vous concerner. Si vous exercez plusieurs activités professionnelles, décrivez votre emploi principal (celui qui mobilise le plus de temps au travail).

P3 Êtes-vous actuellement ?

- ₁ Salarié
₂ À votre compte Précisez : ₁ exploitant agricole ₂ travailleur indépendant
₃ Aide familial
₄ Conjoint-collaborateur

P4 Travaillez-vous à :

- ₁ Temps complet ₂ Temps partiel
Si vous travaillez à temps partiel, combien d'heures par semaine travaillez-vous ? heures

P5 Si vous êtes salarié, quel est votre type de contrat ou de statut ?

- ₁ Contrat à durée indéterminée (CDI), fonctionnaire ou assimilé
₂ Contrat à durée déterminée (CDD)
₃ Contrat d'apprentissage
₄ Contrat d'intérim
₅ Autre, précisez :

P6 Si vous êtes salarié, quelle est la taille de votre établissement employeur ?

- ₁ Moins de 10 salariés
₂ De 10 à 49 salariés
₃ De 50 à 199 salariés
₄ 200 salariés et plus

P7 L'établissement dans lequel vous travaillez fait-il partie d'un groupe plus important ?

- ₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

P8 Quelle est la durée de votre trajet domicile-travail (aller et retour) ?

- ₁ Pas de déplacement
₂ Moins d'1 heure
₃ De 1 à 2 heures
₄ Plus de 2 heures

P9 Quel moyen de transport utilisez-vous le plus souvent pour vos trajets domicile-travail ?

- ₁ Véhicule personnel
₂ Transports en commun
₃ Autre
₄ Sans objet (pas de déplacement)

P10 Travaillez-vous le même nombre d'heures chaque jour ?

₀ Non ₁ Oui

P11 Travaillez-vous le même nombre de jours chaque semaine ?

₀ Non ₁ Oui

P12 Travaillez-vous selon des horaires fixes ?

₀ Non ₁ Oui

P13 Avez-vous le choix de vos horaires de travail ?

₀ Non ₁ Oui

P14 Devez-vous pointer (badge, pointeuse, inscription sur papier ...) ?

₀ Non ₁ Oui

P15 Êtes-vous en contact physique ou téléphonique avec le public (usagers, patients, clients, voyageurs ...) ?

₀ Non ₁ Oui

Si OUI, vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public ?

₁ Non ou presque jamais

₂ Rarement

₃ Souvent

₄ Toujours ou presque

Pour les propositions suivantes, cochez la case correspondant le mieux à votre situation professionnelle actuelle (une case et une seule par question) :

S1 Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail :

₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

S2 Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail :

₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

S3 Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant :

₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

Si vous êtes salarié, répondez aux questions S4 et S5, puis passez à la question S8 en page 18.
Si vous êtes non-salarié, passez à la question S6 en page 18.

S4 Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs :

₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S5 Je reçois le respect que je mérite de mes collègues :

₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S6 Je reçois le respect que je mérite des personnes avec lesquelles j'ai des relations professionnelles en dehors de l'exploitation (en dehors de la clientèle) :

- ₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S7 Je reçois le respect des personnes avec lesquelles je travaille dans l'exploitation :

- ₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S8 Mes perspectives d'évolution sont faibles :

- ₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

S9 Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans la situation de travail :

- ₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

S10 Ma sécurité d'emploi est menacée :

- ₁ Pas d'accord ₂ D'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ D'accord et ça me perturbe un peu ₄ D'accord et ça me perturbe ₅ D'accord et ça me perturbe beaucoup

S11 Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail :

- ₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S12 Vu tous mes efforts mes perspectives d'évolution sont satisfaisantes :

- ₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

S13 Vu tous les efforts, mon revenu est satisfaisant :

- ₁ D'accord ₂ Pas d'accord mais ça ne me perturbe pas du tout ₃ Pas d'accord et ça me perturbe un peu ₄ Pas d'accord et ça me perturbe ₅ Pas d'accord et ça me perturbe beaucoup

Les questions suivantes se rapportent à une journée de travail typique au cours des 12 derniers mois.

J1 Comment évaluez-vous l'intensité des efforts physiques de votre travail au cours d'une journée de travail typique ?

Cochez la case correspondant à votre choix sur l'échelle de 6 à 20 ci-dessous, qui va de « pas d'effort du tout » à « épuisant ».

- | | | |
|----|--------------------------|----------------------|
| 6 | <input type="checkbox"/> | Pas d'effort du tout |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Extrêmement léger |
| 8 | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Très léger |
| 10 | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Léger |
| 12 | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Un peu dur |
| 14 | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Dur |
| 16 | <input type="checkbox"/> | |
| 17 | <input type="checkbox"/> | Très dur |
| 18 | <input type="checkbox"/> | |
| 19 | <input type="checkbox"/> | Extrêmement dur |
| 20 | <input type="checkbox"/> | Épuisant |

Pour les questions qui suivent, cochez la case correspondant le mieux à votre situation de travail actuelle.

J2 Votre travail nécessite-t-il habituellement de répéter les mêmes actions plus de 2 à 4 fois environ par minute ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J3 Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J4 Au cours d'une journée typique de travail, êtes-vous debout ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J5 Au cours d'une journée typique de travail, pouvez-vous quitter votre travail des yeux pendant quelques secondes en dehors des pauses ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J6 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous vous agenouiller ou vous accroupir ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J7 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous vous pencher en avant ou sur le côté régulièrement ou de manière prolongée ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J8 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous conduire un engin de chantier, un tracteur, un chariot automoteur ou autre machine mobile sur votre lieu de travail ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J9 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous conduire un véhicule (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, deux-roues motorisés...) sur la voie publique en excluant le trajet domicile-travail ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J10 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous manipuler, déplacer, ou porter une charge, une pièce ou un objet ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

Si NON passez à la question J11 en page 20.

Si OUI, devez-vous :

1) Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse entre 1 et 4 kg ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

2) Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse plus de 4 kg ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

3) Porter une charge qui pèse moins de 10 kg ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

4) Porter une charge qui pèse de 10 à 25 kg ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

5) Porter une charge qui pèse plus de 25 kg ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J11 Au cours d'une journée typique de travail :

1) Utilisez-vous des outils vibrants ou devez-vous poser la(les) main(s) sur des machines vibrantes ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

2) Utilisez-vous un écran d'ordinateur ou de contrôle ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

3) Utilisez-vous un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue (crayon optique, scanner, douchette...) ?

₁ Non ou presque jamais ₂ Rarement (moins 2 heures par jour) ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour) ₄ Toujours ou presque

J12 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous adopter les positions suivantes :

1) Pencher la tête en avant régulièrement ou de manière prolongée ?

- ₁ Non ou presque jamais
- ₂ Rarement (moins 2 heures par jour)
- ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour)
- ₄ Toujours ou presque



2) Travailler avec un ou deux bras en l'air (au-dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée ?

- ₁ Non ou presque jamais
- ₂ Rarement (moins 2 heures par jour)
- ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour)
- ₄ Toujours ou presque



3) Attraper régulièrement des objets derrière le dos ?

- ₁ Non ou presque jamais
- ₂ Rarement (moins 2 heures par jour)
- ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour)
- ₄ Toujours ou presque



4) Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée ?

- ₁ Non ou presque jamais
- ₂ Rarement (moins 2 heures par jour)
- ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour)
- ₄ Toujours ou presque



5) Fléchir le(s) coude(s) régulièrement ou de manière prolongée ?

- ₁ Non ou presque jamais
- ₂ Rarement (moins 2 heures par jour)
- ₃ Souvent (2 à 4 heures par jour)
- ₄ Toujours ou presque



6) Tourner la main comme pour visser ?

- 1 Non ou presque jamais
- 2 Rarement (moins 2 heures par jour)
- 3 Souvent (2 à 4 heures par jour)
- 4 Toujours ou presque



7) Tordre le poignet ?

- 1 Non ou presque jamais
- 2 Rarement (moins 2 heures par jour)
- 3 Souvent (2 à 4 heures par jour)
- 4 Toujours ou presque



8) Appuyer ou taper avec la base de la main sur un plan dur ou sur un outil ?

- 1 Non ou presque jamais
- 2 Rarement (moins 2 heures par jour)
- 3 Souvent (2 à 4 heures par jour)
- 4 Toujours ou presque



9) Presser ou prendre fermement des objets ou des pièces entre le pouce et l'index ?

- 1 Non ou presque jamais
- 2 Rarement (moins 2 heures par jour)
- 3 Souvent (2 à 4 heures par jour)
- 4 Toujours ou presque



J13 Pour les questions suivantes, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse :

1) Travaillez-vous à l'extérieur, en plein air ?

- 1 Non ou presque jamais 2 Rarement (moins 2 heures par jour) 3 Souvent (2 à 4 heures par jour) 4 Toujours ou presque

2) En dehors des périodes de travail à l'extérieur, la température à votre travail est-elle très élevée (plus de 30 °C) ?


- 1 Non ou presque jamais 2 Rarement (moins 2 heures par jour) 3 Souvent (2 à 4 heures par jour) 4 Toujours ou presque

3) En dehors des périodes de travail à l'extérieur, la température à votre travail est-elle très basse (moins de 10 °C) ?

- 1 Non ou presque jamais 2 Rarement (moins 2 heures par jour) 3 Souvent (2 à 4 heures par jour) 4 Toujours ou presque

VOTRE HISTORIQUE PROFESSIONNEL

Les questions suivantes vont permettre de retracer votre parcours professionnel, c'est-à-dire tous les emplois, rémunérés ou non, que vous avez occupés au cours de votre carrière professionnelle, y compris votre emploi actuel si vous êtes en activité.

Pour vous aider à remplir cette partie, reportez-vous à la **notice d'explication** jointe à ce questionnaire, en particulier lorsque cela vous est indiqué par le symbole suivant :  p.

Pour vous aider à répondre, pensez à vous **munir de vos anciens contrats de travail.**

Quels emplois signaler ?

- les emplois de **plus de quatre mois consécutifs** ;
- les emplois **comme saisonnier ou intérimaire**, si vous avez occupé un même emploi, pendant plus de trois mois par an, sur au moins deux années consécutives.

Décrivez un emploi par encadré, en commençant par votre premier emploi. Si vous avez occupé plusieurs emplois très différents dans la même entreprise ou eu des changements même partiels d'exploitation (culture en plus ou en moins...), décrivez-les dans des cadres séparés.

Ce questionnaire est prévu pour huit emplois au maximum, si vous avez occupé plus de huit emplois, indiquez-les dans le cadre qui vous est réservé à la page 31 selon le même modèle.

Pour chaque emploi, **notez l'année de début et de fin d'emploi.** Si vous ne vous souvenez plus de la date exacte, indiquez une année approximative.

S'il s'agit de votre emploi actuel, remplissez l'épisode d'emploi **sans indiquer de date de fin.**

Entre les différents emplois, indiquez le cas échéant **les arrêts d'activité professionnelle de plus de six mois consécutifs ainsi que leur motif.**

Quelques exemples pour illustrer le remplissage sont présentés dans la notice d'explication  jointe.

EMPLOI 1

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 2

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les **types de culture** suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (*précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares*) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez **arrêté de travailler pendant plus de six mois** entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 3

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (*précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares*) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 4

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 5

Période de _____ à _____
année année Département d'exercice : _____ (99 si étranger et 97 pour les DOM)

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : _____ (voir notice p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : _____ ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : _____ mois

- le statut de votre employeur : (voir notice p. 8) : _____

- votre niveau de qualification : (voir notice p. 8) : _____

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares) :

₁ Maïs Surface cultivée : _____ ha

₂ Vigne Surface cultivée : _____ ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : _____ ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : _____ ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de _____ à _____
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 6

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (*précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares*) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 7

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (*précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares*) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

EMPLOI 8

Période de à Département d'exercice : (99 si étranger et 97 pour les DOM)
année année

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité de l'entreprise :

Code activité (APE) de l'entreprise : (voir notice  p. 7 et 8 pour les activités agricoles et p. 6 pour les autres activités)

Travail(i)ez-vous à ? ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

Êtes (étiez)-vous ? ₁ À votre compte ₂ Salarié(e)

Si vous êtes (étiez) à votre compte, merci de préciser :

- le nombre de salariés employés :

₁ 0 ₂ 1 ou 2 ₃ 3 à 9 ₄ 10 salariés ou plus

- si vous êtes (étiez) exploitant agricole, la surface agricole utile : ha

Si vous êtes (étiez) salarié(e), merci de préciser :

- votre type de contrat :

₁ CDI

₂ CDD

₃ Saisonnier/intérimaire : précisez le nombre total de mois travaillés sur cette période : mois

- le statut de votre employeur : (voir notice  p. 8) :

- votre niveau de qualification : (voir notice  p. 8) :

Parmi les types de culture suivants, cochez ceux concernés par cet emploi s'il y a lieu (*précisez dans chaque cas la surface cultivée en hectares*) :

₁ Maïs Surface cultivée : ha

₂ Vigne Surface cultivée : ha

₃ Arboriculture Surface cultivée : ha

₄ Céréales à paille (orge, seigle, blé...) Surface cultivée : ha

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de six mois entre cet épisode professionnel et le suivant, indiquez la période et le motif :

Période de à
année année

Motif : ₁ Accident du travail ou maladie professionnelle

₂ Autres raisons de santé

₃ Chômage

₄ Raisons familiales (enfants)

₅ Autre raison, précisez :

Cette dernière partie du questionnaire concerne vos conditions de travail au cours de votre carrière professionnelle complète, y compris votre emploi actuel, si vous êtes en activité.

Pour chaque question, répondez par non ou par oui en cochant la (ou les) case(s) correspondante(s). Si vous êtes concerné(e) ou que vous l'avez été dans le passé, veuillez préciser la (les) période(s) correspondante(s) en indiquant l'année de début et l'année de fin. Si vous avez été concerné(e) à plusieurs reprises, merci de préciser les différentes périodes. Si vous ne vous souvenez plus de l'année exacte, indiquez une année approximative.

E1 CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES

Êtes-vous actuellement ou avez-vous été concerné dans votre vie professionnelle par les aspects suivants :

1) Activité professionnelle obligeant à se lever au cours de la nuit (au moins 50 jours par an) :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

2) Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à se coucher après minuit (au moins 50 jours par an) :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

3) Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à se lever avant 5h du matin (au moins 50 jours par an) :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

4) Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à ne pas dormir la nuit (au moins 50 jours par an) :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

5) Temps de travail journalier (hors temps de trajet) supérieur à 10 heures (au moins 50 jours par an) :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

6) Travail plus d'un samedi sur deux dans l'année :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

7) Travail plus d'un dimanche sur deux dans l'année :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

8) Moins de 48 heures consécutives de repos par semaine, en général :

₀ Non ₁ Oui Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

E4 EXPOSITION À DES PRODUITS CHIMIQUES

16) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, à des gaz d'échappement (en dehors du trajet pour vous rendre à votre travail) :

a) Gaz d'échappement de moteur diesel ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

b) Gaz d'échappement de moteur essence ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

17) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, aux fumées suivantes :

a) Fumées de soudage, brasage/oxycoupage ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

b) Fumées de matières plastiques ou caoutchouc ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

c) Fumées provoquées par le chauffage ou la combustion d'autres matériaux (bois, charbon...) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

d) Autres fumées (sauf cigarette) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
 année année ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
 année année année année

18) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, aux poussières suivantes :

a) Poussières de matières plastiques ou caoutchouc ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

b) Poussières de charbon ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

c) Poussières de bois ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

d) Poussières de textile ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

e) Poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet ...) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

f) Poussières végétales (coton, sisal, compost, tourbe, céréales, farine ...) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

g) Poussières de matériaux de construction suivants :

• **Poussières de ciment ?**

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

• **Poussières de fibro-ciment ?**

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année ② De _____ à _____
année année ③ De _____ à _____
année année

20) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, à du :

a) Carburant de type gasoil ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

b) Carburant de type essence ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

21) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, à des produits de type solvant, diluant, dégraissant (excepté savons), désinfectant (par exemple pour le nettoyage des mains, du matériel) tels que :

a) Essence ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

b) Trichloréthylène ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

c) White spirit ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

d) Diluant cellulosique ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

e) Formaldéhyde (formol) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

f) Autre solvant, diluant, dégraissant ou désinfectant ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____ ② De _____ à _____ ③ De _____ à _____
année année année année année année

22) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, aux pesticides, biocides (désherbant, insecticides, fongicides) suivants :

a) Pesticide/biocide pour le traitement des végétaux, semences et/ou sols cultivés ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

b) Pesticide/biocide pour le traitement du bois ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

c) Pesticide/biocide pour le traitement des animaux ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

23) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé(e), dans votre emploi, à des engrais ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

24) Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement exposé, dans votre emploi, aux produits suivants :

a) Acides ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

b) Colles ou adhésifs ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

c) Amiante ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

d) Laine de verre ou de roche ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

e) Matériaux d'isolation (sauf amiante et laine de verre ou de roche) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

f) Peintures, vernis ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

g) Encres, teintures ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

h) Autres produits chimiques ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez le produit

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

E5 EXPOSITIONS BIOLOGIQUES

25) Au cours de votre vie professionnelle, votre travail ou votre lieu de travail présente-t-il ou a-t-il présenté des risques infectieux : contact avec des microbes, virus, parasites ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

26) Êtes-vous ou avez-vous été en contact avec des animaux vivants ou morts ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année année année année

E6 AUTRES EXPOSITIONS

27) Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des radiations (rayons x, gamma, etc.) ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année

② De _____ à _____
année année

③ De _____ à _____
année année

28) Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des UV d'origine artificielle ?

₀ Non ₁ Oui ₂ Ne sait pas

Si oui, précisez la (les) période(s) :

① De _____ à _____
année année

② De _____ à _____
année année

③ De _____ à _____
année année

**VOUS AVEZ TERMINÉ DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.
MERCİ DE VOTRE PARTICIPATION**

Indiquez ici l'heure de fin de remplissage : heures minutes