

QUESTIONNAIRE COSET

COHORTE SANTÉ ET TRAVAIL CHEZ LES INDÉPENDANTS

Ce questionnaire est **strictement personnel**. Il faut compter environ 30 minutes pour le remplir. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse ; chacune de vos réponses est très utile pour notre étude.

Toutes les informations recueillies seront **traitées de façon confidentielle** afin d'être analysées par l'InVS.

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Pour remplir ce questionnaire :

- utilisez un stylo à encre noire ;
- n'inscrivez rien en dehors des cases prévues à cet effet ;
- ne mentionnez aucun nom ou autre information identifiante.

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases comme celle-ci ☐. Répondez en faisant une croix dans la case de votre choix, sans vous préoccuper des chiffres indiqués à côté des cases.

Exemple : Êtes-vous ? ☒ Un homme ☐ Une femme

Sauf indication contraire, **cochez une case et une seule**, celle qui semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix entre deux extrêmes.

Exemple : Comment jugez-vous votre état de santé général ?

[illegible]

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, **inscrivez le nombre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.**

Exemple : Quel est votre poids ? | 6 | 5 | kg

- Pour certaines questions, il est demandé de remplir en clair, dans ce cas **remplissez en MAJUSCULES**.

Exemple : Profession exercée : P L O M B I E R

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 De nationalité étrangère

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ EN GÉNÉRAL

G1 Quel est votre poids ? kg

G2 Au cours des 10 dernières années, considérez-vous que votre poids :

☐₁ A augmenté ☐₂ A diminué ☐₃ Est resté stable

G3 Quelle est votre taille ? m cm

G4 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très mauvais
A B C D E F G H

G5 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très mauvais
A B C D E F G H

G6

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 et si vous suivez actuellement un traitement.

		Âge au diagnostic	Traitement en cours
1) Hypercholestérolémie (cholestérol)	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui

2) Maladies cardio-vasculaires :

		Âge au diagnostic	Traitement en cours
Hypertension artérielle ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Angine de poitrine (angor) ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Infarctus du myocarde ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Accident vasculaire cérébral (AVC ou attaque cérébrale) ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Troubles du rythme cardiaque ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Artérite des membres inférieurs ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
Autre affection cardio-vasculaire ?	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui

↳ précisez :

3) Diabète ou diabète sucré (en dehors de la grossesse) ? .. ☐₀ Non ☐₁ Oui Âge du diagnostic ans

Si OUI, êtes-vous actuellement traité(e) pour votre diabète :

- Par des comprimés ?
- Par une ou plusieurs injections d'insuline ?

4) Cancer :

Si OUI, précisez :

	Âge au diagnostic	Traitement en cours
☐ ₁ Sein	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Col de l'utérus	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Utérus sauf col	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Ovaire	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Thyroïde	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Poumon, bronches, trachée	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Prostate	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Colon/rectum	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Testicule	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui
☐ ₁ Autre type de cancer	ans	☐ ₀ Non ☐ ₁ Oui

↳ précisez :

G7 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

- 01 ☐ Infections respiratoires répétées (au moins 2 épisodes dans l'année)
- 02 ☐ Bronchite chronique
- 03 ☐ Asthme
- 04 ☐ Gêne respiratoire dans vos activités de la vie quotidienne
- 05 ☐ Rhinite allergique (rhume des foins)

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

- 06 ☐ Embolie pulmonaire
- 07 ☐ Palpitations, impression que le cœur s'emballe ou a des ratés
- 08 ☐ Phlébite
- 09 ☐ Varices, ulcère des jambes
- 10 ☐ Hémorroïdes
- 11 ☐ Troubles circulatoires veineux

AFFECTIONS DIGESTIVES

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

AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS

- 20 ☐ Syndrome du canal carpien
- 21 ☐ Arthrose, rhumatisme
- 22 ☐ Polyarthrite rhumatoïde
- 23 ☐ Mal de dos (lumbago, sciatique...)

MALADIES DE LA PEAU

- 24 ☐ Eczéma ou autre allergie cutanée
- 25 ☐ Psoriasis
- 26 ☐ Abcès, 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

AFFECTIONS OCULAIRES

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

AFFECTIONS NERVEUSES ET PSYCHIQUES

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

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

- 45 ☐ Épilepsie
- 46 ☐ Maladie de Parkinson
- 47 ☐ Vertiges, troubles de l'équilibre

TROUBLES SENSORIELS

- 48 ☐ Baisse de l'audition, surdité
- 49 ☐ Sifflements ou bourdonnements d'oreille (acouphènes)
- 50 ☐ Troubles de l'odorat

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

- 51 ☐ Malaise et perte de connaissance
- 52 ☐ Maux de tête et migraines

53 _____

54 _____

55 _____

56 _____

Désignez-les par leur numéro : a) b) c) d) e)

a) Pour entendre.....	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
b) Pour voir, même avec des lunettes.....	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
c) Pour parler.....	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
d) Pour vous souvenir de choses importantes	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
e) Pour effectuer certains mouvements de la vie quotidienne (gêne répétitive ou permanente)	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
f) Pour monter, descendre un escalier ou marcher 500 mètres	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui
g) Autre difficulté	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui

a) Une prothèse auditive ☐₀ Non ☐₁ Oui

b) Un autre type de prothèse ou d'appareillage ☐₀ Non ☐₁ Oui

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 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

Si OUI, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite

chaque année ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

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

Si OUI, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 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

Si OUI, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite

chaque année ? ☐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 OUI, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 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 OUI, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Si 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 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

R15 Si vous avez déjà ressenti des signes respiratoires (sifflement dans la poitrine, gêne respiratoire, crise d'essoufflement, quinte de toux ou crise d'asthme) ces symptômes sont-ils modifiés lorsque vous vous trouvez à distance de votre lieu de travail ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Si OUI, ces symptômes :

☐₁ S'améliorent Au bout de combien de jours ? jours

☐₂ S'aggravent Au bout de combien de jours ? jours

VOS MUSCLES ET VOS ARTICULATIONS

M1 Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes :

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

Nuque ou cou ☐₀ Non ☐₁ Oui

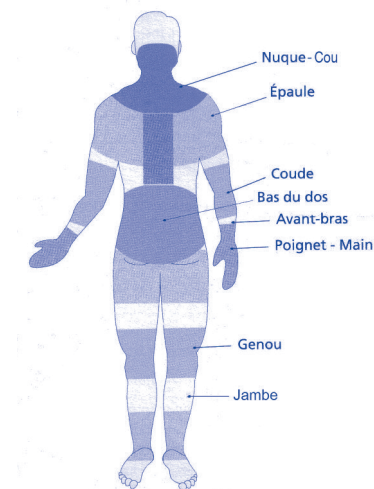
Épaule ☐₀ Non ☐₁ Oui

Coude ou avant-bras ☐₀ Non ☐₁ Oui

Main ou poignet ou doigts ☐₀ Non ☐₁ Oui

Bas du dos ☐₀ Non ☐₁ Oui

Genou ou jambe ☐₀ Non ☐₁ Oui



▼ Si vous avez répondu NON à toutes les propositions de la question M1, passez directement à la question M4. ▼

M2 Durant ces 12 derniers mois, combien de temps, au total, avez-vous souffert ?

Pour chacune des zones du corps où vous avez souffert, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse.

	Moins de 24 heures	De 1 à 7 jours	De 8 à 30 jours	Plus de 30 jours	En permanence
Nuque ou cou	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Épaule	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Coude ou avant-bras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Main ou poignet ou doigts	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Bas du dos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Genou ou jambe	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

M3 Si vous avez souffert de douleurs du bas du dos (lombalgies) au moins un jour au cours des 12 derniers mois, s'agissait-il de :

Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Lumbago (douleur lombaire, lombalgie) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

M4 Avez-vous déjà été opéré(e) pour :

Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui

Un problème de genou ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui

Un problème touchant le bras ou la main (ex : syndrome du canal carpien...) ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui

Un problème d'épaule ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui

Un autre problème touchant les articulations ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui

↳ précisez: _____

M5 Avez-vous déjà modifié ou adapté votre travail suite à :

Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Un problème de genou ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Un problème touchant le bras ou la main (ex : syndrome du canal carpien...) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Un problème d'épaule ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Un autre problème touchant les articulations ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

➔ précisez : |

M6 Avez-vous eu, au cours des 7 derniers jours, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

Nuque ou cou ☐₀ Non ☐₁ Oui

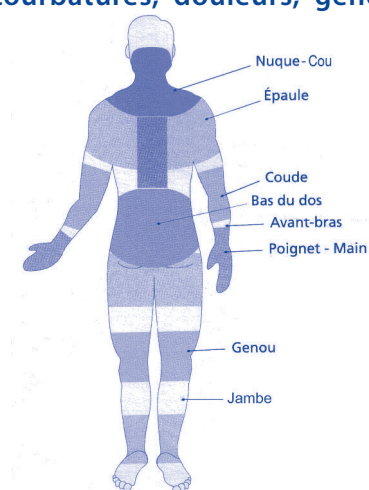
Épaule ☐₀ Non ☐₁ Oui

Coude ou avant-bras ☐₀ Non ☐₁ Oui

Main ou poignet ou doigts ☐₀ Non ☐₁ Oui

Bas du dos ☐₀ Non ☐₁ Oui

Genou ou jambe ☐₀ Non ☐₁ Oui



▼ Si vous avez répondu NON à toutes les propositions de la question M6, passez directement à la question M8. ▼

M7 Comment évaluez-vous l'intensité de ce problème au moment où vous remplissez le questionnaire, sur l'échelle ci-dessous ?

Pour chacune des zones du corps suivantes, cochez la case correspondante, 0 signifiant aucune gêne ou douleur ressentie et 10 une douleur maximale imaginable.

Nuque ou cou :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Épaule :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coude ou avant-bras :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Main ou poignet ou doigts :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bas du dos :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Genou ou jambe :	Ni gêne ni douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Douleur maximale imaginable
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

M8 Avez-vous arrêté définitivement de travailler, avant votre date officielle de retraite, pour un problème de dos ou un autre problème touchant les articulations ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

➔ Si OUI, précisez le problème : |

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)	Occasion- nellement (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 :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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 :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Je me suis senti(e) déprimé(e) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai été confiant(e) en l'avenir :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai pensé que ma vie était un échec :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Je me suis senti(e) craintif(ve) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Mon sommeil n'a pas été bon :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai été heureux(se) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai parlé moins que d'habitude :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Je me suis senti(e) seul(e) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Les autres ont été hostiles envers moi :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai profité de la vie :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai eu des crises de larmes :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Je me suis senti(e) triste :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J'ai manqué d'entrain :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

CONSUMMATION DE TABAC

T1 Êtes-vous ?

- ☐₁ Fumeur (au moins une cigarette par jour)
☐₂ Fumeur occasionnel (moins d'une cigarette par jour)
☐₃ Ex-fumeur (arrêt total du tabagisme depuis au moins 1 an)
☐₄ Non fumeur

▼ Si vous êtes **NON FUMEUR** ou **FUMEUR OCCASIONNEL**, 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 douze 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

CONSUMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES : VIN, BIÈRE, APÉRITIF, DIGESTIF, CIDRE...

Pour chacune des 3 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 Une 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 :**

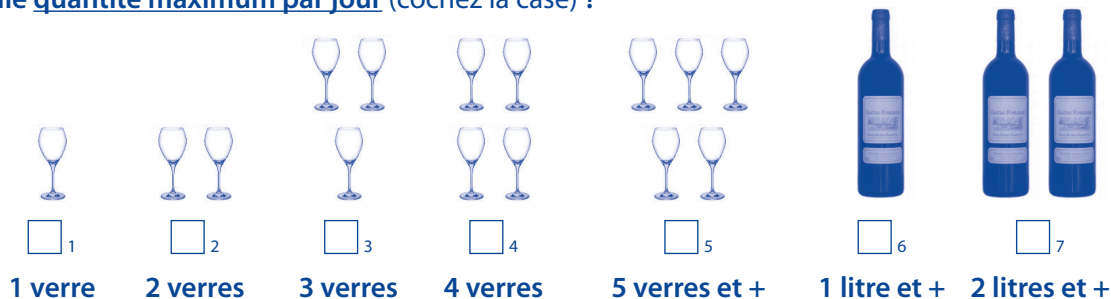
Du vin ☐₀ Non ☐₁ Oui

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) ?



- 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 demis ou grands verres (cochez la case)) ?



- 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) ?



- 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 Jamais scolarisé
- ☐₂ Enseignement primaire
- ☐₃ Niveau collège (1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, brevet des collèges, BEPC, certificat d'étude)
- ☐₄ Enseignement technique court (CAP, BEP)
- ☐₅ Niveau lycée (enseignement général, technologique ou professionnel)
- ☐₆ Premier cycle de l'enseignement supérieur (BTS, Bac +1 ou 2)
- ☐₇ Deuxième et troisième cycle de l'enseignement supérieur, grande école, école d'ingénieur, de commerce...
- ☐₈ Autre, précisez : _____

H2 Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle, rémunérée ou non, pendant une période d'au moins 6 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 6 mois
- ☐₅ Autre, précisez : _____

▼ Si vous avez répondu NON à la question H2, allez directement à la page 32 de ce questionnaire ▼

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 23 de ce questionnaire. ▼

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

P1 Êtes-vous actuellement (plusieurs réponses possibles en cas de pluriactivité) ?

☐₁ Travailleur indépendant

Si OUI, précisez :

☐₁ Artisan

☐₄ Auto-entrepreneur

☐₂ Commerçant

☐₅ Conjoint collaborateur

☐₃ Profession libérale

☐₆ Gérant majoritaire

☐₂ Salarié

☐₃ Exploitant agricole

☐₄ Autre, précisez : _____

P2 Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

P3 Combien d'heures de travail avez-vous effectuées la dernière semaine où vous avez travaillé ? _____ heures

Les questions suivantes permettent de décrire votre activité professionnelle actuelle. **En cas de pluriactivité**, décrivez votre **activité professionnelle principale** (celle qui mobilise le plus de temps au travail).

En quelle année avez-vous débuté votre activité actuelle ? _____ Département d'exercice _____
année (99 si étranger et 97 pour les DOM)

Profession exercée : _____

Production ou secteur d'activité de l'entreprise : _____

Code APE (ou NAF) de l'entreprise : _____

Si votre activité principale est une activité indépendante, 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 avez des apprentis : ☐₀ Non ☐₁ Oui

- si vous êtes exploitant agricole, la surface agricole utile : _____ ha _____ ares

Si votre activité principale est une activité salariée, merci de préciser :

- votre type de contrat : ☐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 : _____

- la taille de votre établissement employeur : ☐₁ Moins de 10 salariés ☐₃ De 50 à 199 salariés
☐₂ De 10 à 49 salariés ☐₄ 200 salariés et plus

- le statut de votre employeur : _____ (voir p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : _____ (voir p. 4 de la notice)

- l'établissement dans lequel vous travaillez fait-il partie d'un groupe plus important ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

P4 Quelle est la durée habituelle de votre trajet domicile-travail (aller et retour) ?

☐₁ Pas de déplacement ☐₂ Moins de 1 heure ☐₃ De 1 à 2 heures ☐₄ Plus de 2 heures

P5 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)

P6 Travaillez-vous le même nombre d'heures chaque jour ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

P7 Travaillez-vous le même nombre de jours chaque semaine ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

P8 Travaillez-vous selon des horaires fixes ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

P9 Avez-vous le choix de vos horaires de travail ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

P10 Êtes-vous en contact physique ou téléphonique avec le public (clients, usagers, patients, 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

P11 Durant l'année écoulée, avez-vous été victime d'accident(s) lié(s) à votre activité professionnelle principale (survenu(s) sur le lieu de travail ou lors d'un trajet professionnel) et ayant nécessité des soins médicaux ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

Si OUI, précisez le nombre d'accident(s) :

Parmi ces accidents, combien ont été à l'origine :

- d'une impossibilité de travailler de 1 à 7 jours ?
- d'une impossibilité de travailler de 8 jours ou plus ?
- d'un handicap ou d'une incapacité permanente ?

CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES

Pour les questions qui suivent, cochez la case correspondant le mieux à votre **activité professionnelle actuelle** (une case et une seule par question).

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
S1 Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S2 Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S3 Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S4 Si vous êtes SALARIÉ :				
a) Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Je reçois le respect que je mérite de mes collègues :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
▼ Passez maintenant à la question S6 ▼				
S5 Si vous êtes NON SALARIÉ :				
a) Je reçois le respect que je mérite des personnes avec lesquelles j'ai des relations professionnelles (en dehors de la clientèle) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Je reçois le respect des personnes avec lesquelles je travaille (collaborateurs, salariés, apprentis...) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S6 Mes perspectives d'évolution sont faibles (extension, développement d'activité...) :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S7 Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S8 La stabilité de mon activité professionnelle est menacée :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S9 Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S10 Vu tous mes efforts, mes perspectives d'évolution sont satisfaisantes :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
S11 Vu tous mes efforts, mes revenus professionnels sont satisfaisants :	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

CONTRAINTES PHYSIQUES

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	☐	Pas d'effort du tout
7	☐	Extrêmement léger
8	☐	
9	☐	Très léger
10	☐	
11	☐	Léger
12	☐	
13	☐	Un peu dur
14	☐	
15	☐	Dur
16	☐	
17	☐	Très dur
18	☐	
19	☐	Extrêmement dur
20	☐	Épuisant

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

	Non ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures par jour)	Souvent (2 à 4 heures par jour)	Toujours ou presque
J2 Votre travail nécessite-t-il habituellement de répéter les mêmes actions plus de 2 à 4 fois environ par minute ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J3 Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J4 Au cours d'une journée typique de travail, êtes-vous debout ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J5 Au cours d'une journée typique de travail, pouvez-vous quitter votre travail des yeux pendant quelques secondes en dehors des pauses ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J6 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous vous agenouiller ou vous accroupir ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
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	☐ 2	☐ 3	☐ 4
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	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J9 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous conduire un véhicule (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, 2 roues motorisées...) sur la voie publique en excluant le trajet domicile-travail ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J10 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse plus de 1 kg ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J11 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous porter une charge qui pèse plus de 10 kg ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J12 Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous des outils vibrants ou devez-vous poser la(les) main(s) sur des machines vibrantes ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J13 Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous un écran d'ordinateur ou de contrôle ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J14 Utilisez-vous un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue (crayon optique, scanner, douchette...) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J15 Travaillez-vous à l'extérieur, en plein air ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J16 En dehors des périodes de travail à l'extérieur, la température à votre travail est-elle très élevée (plus de 30°C) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
J17 En dehors des périodes de travail à l'extérieur, la température à votre travail est-elle très basse (moins de 10°C) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

J18 Au cours d'une journée de travail typique, devez-vous adopter les positions suivantes ?

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

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

3) Attraper régulièrement des objets derrière le dos ?


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

6) Tourner la main comme pour visser ?


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

7) Tordre le poignet ?


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

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


☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES

Parmi les propositions suivantes, indiquez celles qui concernent votre activité professionnelle actuelle :

Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à se coucher après minuit ou à se lever avant 5h du matin (au moins 50 jours par an) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Temps de travail journalier (hors temps de trajet) supérieur à 10 heures (au moins 50 jours par an) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Moins de 48 heures consécutives de repos par semaine, en général ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

EXPOSITIONS AU BRUIT

Parmi les propositions suivantes, indiquez celles qui concernent votre activité professionnelle actuelle :

Ambiance où il faut parfois élever la voix pour parler à un voisin ou à un interlocuteur situé à moins de deux ou trois mètres de vous ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Bruits intenses (tels qu'ils vous empêchent d'entendre la voix d'une personne placée à deux ou trois mètres, même si elle crie) ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Utilisation par vous-même ou utilisation près de vous d'outils, de machines ou de véhicules bruyants ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

EXPOSITIONS À DES PRODUITS CHIMIQUES

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) aux gaz et fumées suivants :

Gaz d'échappements de moteur diesel ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Gaz d'échappements de moteur essence ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Fumées de soudage, brasage / oxycoupage ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Fumées de matières plastiques ou caoutchouc ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Fumées provoquées par le chauffage ou la combustion d'autres matériaux (bois, charbon...) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Fumées de bitume ou goudron ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Autres fumées (sauf cigarette) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

↳ précisez le type de fumée : |

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) aux matériaux d'isolation suivants :

Amiante ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Laine de verre ou de roche ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Autres matériaux d'isolation ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) aux poussières suivantes :

Poussières de ciment ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de fibro-ciment ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de sable ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de béton sec ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de plâtre ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de matières plastiques ou caoutchouc ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de charbon ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de bois ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de textile ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet...) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières végétales (farine, céréales, compost, sisal, tourbe...) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières d'inox ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de fer, fonte, acier doux ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de plomb (peintures, canalisations) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières de cuivre ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Poussières d'autres métaux ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
↳ précisez le type de métal :			
Autres poussières ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
↳ précisez le type de poussières :			

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) aux produits suivants :

Huiles et graisses (huile de coupe, huile moteur, huile hydraulique...) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Carburant de type gasoil ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Carburant de type essence ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) à des produits de type solvant, diluant, dégraissant (excepté savons), désinfectant (par exemple pour le nettoyage des mains, du matériel) tels que :

Essence (comme solvant, diluant ou dégraissant) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Trichloréthylène ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
White spirit ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Acétone ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Diluant cellulosique ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Formaldéhyde (formol) ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
Autre solvant, diluant, dégraissant ou désinfectant ?	☐ ₀ Non	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Ne sait pas
↳ précisez le produit :			

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e), aux pesticides, biocides (désherbants, insecticides, fongicides) suivants :

Pesticide/biocide pour le traitement des végétaux, semences

et/ou sols cultivés ?..... ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Pesticide/biocide pour le traitement du bois ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Pesticide/biocide pour le traitement des animaux ?..... ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous exposé(e) aux produits suivants :

Engrais ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Acides ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas

Colles ou adhésifs ?..... ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Peintures, vernis, lasure ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Encres, teintures, colorants ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Décolorants ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Frisants, défrisants ? ☐ 0 Non ☐ 1 Oui ☐ 2 Ne sait pas

Autres produits chimiques ?..... ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas

↳ précisez le produit : _____

EXPOSITIONS BIOLOGIQUES

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous concerné(e) par les expositions suivantes :

Risques infectieux : contact avec des microbes, virus, parasites ?.... ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Contact avec des animaux vivants ou morts ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

AUTRES EXPOSITIONS

Dans votre activité professionnelle actuelle, êtes-vous concerné(e) par les expositions suivantes :

Radiations (rayons x, gamma...) ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

UV d'origine artificielle ? ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Ne sait pas

Si votre activité actuelle est la seule que vous ayez exercée au cours de votre carrière, ▼allez directement à la page 32 de ce questionnaire.▼

VOTRE HISTORIQUE PROFESSIONNEL

Les questions suivantes vont permettre de retracer votre parcours professionnel, c'est-à-dire toutes **les activités professionnelles** (rémunérées ou non) **que vous avez exercées avant votre situation actuelle** (ou de manière concomitante).

Pour vous aider à remplir cette partie, reportez-vous à la **notice d'explication** jointe à ce questionnaire.

Pour vous aider à répondre, pensez à vous **munir de vos documents administratifs** tels que vos **feuilles d'inscription aux chambres consulaires, vos feuilles d'inscription aux ordres, vos anciens contrats de travail, vos anciennes fiches de paie...**

On s'intéresse aux périodes de travail de **plus de 6 mois consécutifs**.

Décrivez une période de travail par encadré, en commençant par la première activité exercée.

- Si vous avez occupé plusieurs emplois très différents dans la même entreprise ou eu des changements même partiels d'activité, décrivez-les dans des cadres séparément.
- Si vous avez occupé un emploi identique dans plusieurs entreprises ayant la même activité, décrivez-les dans le même encadré.

Ce questionnaire est prévu pour 7 périodes de travail au maximum ; si nécessaire, vous pouvez en indiquer d'autres selon le même modèle dans le cadre qui vous est réservé à la page 31.

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

Entre les différentes périodes de travail, indiquez le cas échéant **les arrêts d'activité professionnelle de plus de 6 mois consécutifs ainsi que leur motif**.

Un exemple pour illustrer le remplissage est présenté dans la notice d'explication jointe.

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 1

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 2

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 3

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 4

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 6

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 7

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 de l'entreprise : (voir p. 3 de la notice)

Code APE (ou NAF) de l'entreprise :

Travaillez-vous à ? ☐₁ Temps complet ☐₂ Temps partiel

Étiez-vous ? ☐₁ À votre compte ☐₂ Salarié(e)

Si vous 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 aviez des apprentis ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

- la surface agricole utile, si vous étiez exploitant agricole : ha ares

Si vous 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 p. 4 de la notice)

- votre niveau de qualification : (voir p. 4 de la notice)

Si vous avez arrêté de travailler pendant plus de 6 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 :

Si vous avez eu plus de sept périodes d'activité différentes, notez ici les périodes suivantes en précisant à chaque fois votre profession, le secteur d'activité de l'entreprise et les éléments précisés dans les encadrés précédents.

VOTRE FOYER

F1 Quelle est votre statut familial actuel au sens de l'état civil ?

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

F2 Au sein de votre foyer, vous vivez :

- En couple ? ☐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 et profession intellectuelle supérieure **indépendant** (ex : médecin libéral, avocat...)
☐₄ Cadre et profession intellectuelle supérieure **salarié** (ex : professeur d'université, ingénieur, médecin salarié...)
☐₅ Profession intermédiaire (ex : instituteur, infirmier, assistante sociale, technicien, contremaître, agent de maîtrise...)
☐₆ Employé (ex : employé de bureau, employé de commerce, nourrice, agent de service...)
☐₇ Ouvrier (de l'industrie, de l'artisanat ou de l'agriculture)
☐₈ Autre, précisez :

Si votre conjoint(e) 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 contracté une assurance « perte de revenus » auprès d'un organisme privé ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

F6 Utilisez-vous Internet régulièrement ? ☐₀ Non ☐₁ Oui

VOUS AVEZ TERMINÉ DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE. MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

Indiquez ici la date et l'heure de fin de remplissage : jour mois 2 0 année

heures minutes