



cohorte
CONSTANCES
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

Expositions professionnelles

N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



STATISTIQUE
PUBLIQUE

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n°2015A707AU du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2015.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en populations ».

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, UMS 011 Inserm UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

Instituts
thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Comment remplir ce questionnaire

- Utilisez de préférence un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases . Répondez en faisant une croix dans une case.
Exemple : Sexe du consultant: Masculin ₁ Féminin ₂
- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui correspond le mieux à la réponse donnée par le consultant.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES, le plus lisiblement possible.

Exemple : T E R E B E N T H I N E

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir : JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple :

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : / / 2 0
jour mois année

Si la date est le 15 mars 2011, remplissez / / 2 0

Ce questionnaire restera strictement confidentiel

Il faut environ 30 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais l'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possible.

Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires, rendant impossible l'identification d'une personne.

i Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.

Numéro enquêteur

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : / / 2 0
jour mois année

Sexe du consultant ? ₁ Masculin ₂ Féminin

Date de naissance du consultant ? / / 1 9
jour mois année



I. CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

ET SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

1. Quelle est votre situation **actuelle** vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre, précisez :

2. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle **actuelle**, ou celle que vous avez **occupée le plus longtemps si vous n'occupez pas d'emploi actuellement** ?

- ₁ Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise
- ₃ Cadre et profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistante sociale, technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier(ère)
- ₇ N'a jamais travaillé
- ₈ Autre, précisez :



II. CARRIÈRE PROFESSIONNELLE COMPLÈTE

Nous nous intéressons dans cette partie à votre vie professionnelle complète, c'est-à-dire à **l'ensemble des emplois que vous avez exercés durant votre carrière**, y compris votre emploi actuel si vous êtes en activité.

Dans votre vie au travail, êtes-vous concerné(e) ou avez-vous été concerné(e) par les aspects suivants ?

Si vous êtes actuellement concerné(e) ou que vous l'avez été dans le passé, précisez la période correspondante **en indiquant l'année de début et l'année de fin**.

Si vous avez été concerné(e) à plusieurs reprises, précisez chacune des périodes les plus importantes.

A. Contraintes organisationnelles

3. *Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à vous coucher après minuit au moins 50 jours par an ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

4. *Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à vous lever avant 5 h du matin au moins 50 jours par an ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

5. *Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à ne pas dormir la nuit au moins 50 jours par an ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

6. *Avez-vous (ou avez-vous eu) un temps de travail journalier (hors temps de trajet) supérieur à 10 heures au moins 50 jours par an ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

7. *Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) plus d'un samedi sur deux dans l'année ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

8. *Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) plus d'un dimanche sur deux dans l'année ?*

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à



9. Avez-vous (ou avez-vous eu) en général moins de 48 heures consécutives de repos par semaine ?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

10. Avez-vous (ou avez-vous eu) un travail répétitif sous contrainte de temps (à la chaîne, produit ou pièce qui se déplace, machine à cadence automatique, rythme imposé par une norme stricte...)?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

11. Avez-vous (ou avez-vous eu) un travail posté en horaires alternants (par équipes, brigades, roulements...)?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

B. Exposition aux bruits

12. Travaillez vous (ou avez-vous travaillé) dans une ambiance nécessitant parfois d'élever la voix pour parler à un voisin ou à un interlocuteur situé à moins de 2 ou 3 mètres de vous ?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

13. Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) avec ou près d'outils, de machines ou de véhicules bruyants ?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

C. Exposition à un travail physiquement pénible

14. Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été (ou êtes-vous actuellement) exposé(e) à un travail physiquement pénible ?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à

15. Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous porté (ou portez-vous actuellement) des charges lourdes ?

₁ Oui ₂ Non Si oui, de quelle année à quelle année de à
de à de à



D. Expositions à des produits chimiques

Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été (ou êtes-vous actuellement) en contact avec les nuisances suivantes :

16. Gaz d'échappement (en dehors du trajet domicile-travail) :

a/ Provenant de moteurs diesel ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

b/ Provenant de moteurs à essence ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

17. Solvants, diluants, dégraissants (excepté savons) ou désinfectants (pour nettoyer du matériel, vos mains) de type :

a/ Essence ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

b/ Trichloréthylène ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

c/ White spirit ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

d/ Diluant cellulosique ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

e/ Formaldéhyde (formol) ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à



f/ Autres solvants

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

précisez quel(s) autre(s) solvant(s) :

18. *Fumées :*

a/ Fumées de soudage, brasage, oxycoupage

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

b/ Fumées de matières plastiques ou caoutchouc

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

c/ Fumées dues au chauffage ou à la combustion d'autres matériaux (bois, charbon....)

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

19. *Poussières :*

a/ Poussières de matériaux de construction :

• Poussières de ciment

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

• Poussières de fibro-ciment

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

• Poussières de sable

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à

• Poussières de béton sec

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de à

de à

de à



b/ Poussières de métaux :

• Poussières de fer, fonte ou acier doux ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

• Poussières d'inox ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

• Poussières de cuivre ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

• Poussières d'autres métaux ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

c/ Poussières de matières plastiques ou caoutchouc ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

d/ Poussières de charbon ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

e/ Poussières de bois ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

f/ Poussières de textile ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

g/ Autres poussières ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de A A A A à A A A A
de A A A A à A A A A de A A A A à A A A A

précisez quelle(s) autre(s) poussière(s) :



20. Huiles et graisses (huiles de coupe, huiles moteur, huiles hydrauliques...):

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

21. Carburants :

a/ Gasoil

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

b/ Essence

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

22. Autres nuisances :

a/ Pesticides (désherbants, insecticides, fongicides)

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

b/ Engrais

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

c/ Colles ou adhésifs

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

d/ Amiante

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

e/ Laine de verre ou de roche

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à

f/ Matériaux d'isolation (autres qu'amiante et laine de verre ou de roche)

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année de à

de à de à



g/ Peintures, vernis

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

h/ Encres, teintures

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

i/ Autres produits chimiques

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

précisez quel(s) autre(s) produit(s) chimique(s) :

E. Expositions biologiques

23. *Votre travail ou votre lieu de travail présente-t-il (ou a-t-il présenté) des risques infectieux (microbes, virus, parasites...)?*

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

24. *Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous (ou avez-vous été) en contact avec des animaux vivants ou morts ?*

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

F. Autres expositions

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

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à

26. *Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous (ou avez-vous été) exposé(e) aux UV d'origine artificielle :*

Oui

Non

Ne sait pas

➔ Si oui, de quelle année à quelle année

de

à

de

à

de

à



31. Travaillez vous à ?

- ₁ Temps complet ₂ Temps partiel

➔ Si à temps partiel, combien d'heures par semaine heures

32. Quelle est la taille de l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement ?

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

33. Cet établissement fait-il partie d'un groupe plus important ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

34. Quelle est la durée moyenne de votre trajet domicile – travail, aller + retour ?

- ₁ Moins de 1 heure ₂ 1 à 2 heures ₃ Plus de 2 heures

35. Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous le plus souvent pour vos trajets domicile-travail ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Véhicule personnel ₁ Transports en commun ₁ Autre

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

- ₁ Oui ₂ Non

37. Travaillez-vous le même nombre de jours chaque semaine ?

- ₁ Oui ₂ Non

38. Travaillez-vous selon des horaires fixes ?

- ₁ Oui ₂ Non

39. Avez-vous le choix de vos horaires de travail ?

- ₁ Oui ₂ Non

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

- ₁ Oui ₂ Non

41. Êtes-vous tous les jours ou presque en contact physique ou téléphonique avec du public (usagers, patients, voyageurs, clients...) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec ce public ?

- ₁ Non ou presque jamais
₂ Rarement
₃ Souvent
₄ Toujours ou presque



B/ Contraintes posturales

Les questions 42 à 47 se rapportent à une journée typique de travail.

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

Pour cette question, présentez l'échelle ci-dessous au consultant.

Cochez le chiffre 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

43. *Au cours d'une journée typique de travail*

| | Jamais ou presque jamais | Rarement (moins de 2 heures par jour) | Souvent (2 à 4 heures par jour) | Toujours ou presque |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Etes-vous debout ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Devez-vous répéter les mêmes actions plus de 2 à 4 fois par minute ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Pouvez-vous quitter votre travail des yeux pendant quelques secondes en dehors des pauses ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Devez-vous vous agenouiller ou vous accroupir ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Devez-vous vous pencher en avant ou sur le côté régulièrement ou de manière prolongée ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Devez-vous conduire un engin de chantier, un tracteur, un chariot automoteur ou autre machine mobile sur votre lieu de travail ? (hors véhicule, cf. point suivant) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Devez-vous conduire un véhicule (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, deux-roues motorisé...) sur la voie publique en excluant le trajet domicile-travail ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |



44. Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous régulièrement manipuler, déplacer, ou porter une charge, une pièce ou un objet **de plus de 1 kg** ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de temps passez-vous à faire les tâches ou activités suivantes ?

| | Jamais ou presque jamais | Rarement (moins de 2 heures par jour) | Souvent (2 à 4 heures par jour) | Toujours ou presque |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a/ Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse entre 1 et 4 kg : | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| b/ Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse plus de 4 kg : | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| c/ Porter une charge qui pèse moins de 10 kg : | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| d/ Porter une charge qui pèse de 10 à 25 kg : | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| e/ Porter une charge qui pèse plus de 25 kg : | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

45. Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous :

| | Jamais ou presque jamais | Rarement (moins de 2 heures par jour) | Souvent (2 à 4 heures par jour) | Toujours ou presque |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a/ Des outils vibrants ou devez-vous poser la(les) main(s) sur des machines vibrantes? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| b/ Un écran d'ordinateur ou de contrôle ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| c/ Un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue (crayon optique, scanner, douchette...)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |



46. Combien de temps devez-vous adopter les positions suivantes au cours d'une journée typique de travail ?

| | | Jamais ou presque jamais | Rarement (moins de 2 heures par jour) | Souvent (2 à 4 heures par jour) | Toujours ou presque |
|--|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------|
| Pencher la tête en avant régulièrement ou de manière prolongée ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Travailler avec un ou deux bras en l'air (au dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Attraper régulièrement des objets derrière le dos ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Fléchir et étendre le coude de manière répétée ou maintenir le coude fléchi contre résistance ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Tourner la main comme pour visser ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Tordre le poignet ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Appuyer ou taper avec la base de la main sur un plan dur ou sur un outil ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Presser ou prendre fermement des objets ou des pièces entre le pouce et l'index ? |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |



C. Expositions à des températures extrêmes

47. *Travaillez-vous à l'extérieur, en plein air ?*

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

48. *La température sur votre lieu de travail (lorsque vous n'êtes pas à l'extérieur) est-elle :*

a/ Très élevée (plus de 30°C) :

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

b/ Très basse (moins de 10°C) :

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

Merci de votre participation

UMS 011 Inserm UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population »
Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : contact@constances.fr