

## TRAVAIL DE MÉNAGE ET DE NETTOYAGE

Numéro du métier :

*précédemment noté de 1 à 5* \_\_\_\_\_

Rappeler ici :

*figurant pages 11 et 12*

Année début : \_\_\_\_\_

Année fin : \_\_\_\_\_

1. Où avez-vous fait du nettoyage/ménage ? Indiquer le lieu <u>principal</u>	Oui	Non
a) Crèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Logements privés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Écoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bureaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hôpitaux, pharmacies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Boutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Cafés, restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cuisines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Usines, lieux de production	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Animalerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Abattoir, alimentation industrielle, boucherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Porcherie, poulailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Autres ( <i>piscines, ...</i> ), précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7j
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre des tapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer la serpillière ou lessiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lustrer, cirer parquet/meubles, shampooiner tapis/moquette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Faire du nettoyage industriel ( <i>entretien régulier, nettoyage de machines</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants au travail ?	<b>Nombre de jours par semaine</b>			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vinaigre blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Autres acides dont produits pour enlever le tartre, acide chlorhydrique ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Autres nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Lingettes nettoyantes ou désinfectantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Produits d'entretien 'Bio' ou 'Vert'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les sprays suivants au travail ?	<b>Nombre de jours par semaine</b>			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 'Autres' pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Combien de jours par semaine avez-vous exercé les tâches professionnelles suivantes en utilisant des désinfectants ?	<b>Nombre de jours par semaine</b>			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Préparation/mélange de désinfectants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Remplissage d'appareils avant l'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Désinfection proprement dite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nettoyage d'instruments /équipements après utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux ou les équipements suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sanitaires ( <i>toilettes, salle de bain, ...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cuisines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Instruments médicaux ou équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Étables, écuries, serres ou cages pour animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Abattoirs ou boucheries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Autres boutiques d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Magasins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Autres lieux, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne ?  <1 heure/ jour     1-4 heures /jour     >4 heures / jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ?  Jamais     <1 j /sem     1-3 j /sem     4-7 j/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ?  Oui     Non
10. Avez-vous travaillé en tant que personnel de ménage ou de nettoyage pendant une autre période ?  Oui     Non

☞ Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Travail de ménage/nettoyage », à disposition sur le site public : <https://crespi.vjf.inserm.fr> si besoin d'un second exemplaire

☞ Si oui, avec des tâches similaires,

11. Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) figurant pages 11 et 12 : .....

**SI NON à Q10 - et que vous n'avez pas travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire - FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**Nous vous remercions de votre participation.**