

## QUESTIONNAIRE PERSONNELS DE CRECHES

*Il faut environ 20 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives. En cas de doute, cocher la case "Non". 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. Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications. Nous vous remercions chaleureusement de votre participation.*

**MERCI DE NE PAS RAYER, DE NE PAS DÉBORDER DES CASES  
ET D'ÉCRIRE EN MAJUSCULE D'IMPRIMERIE**

Date de réponse   /   /      
Jour Mois Année

Date de naissance   /      
Mois Année

Vous êtes :  Un homme  Une femme

Vous remplissez ce questionnaire :  seul(e)  Avec l'aide d'un proche

*\*Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe INSERM chargée de l'étude CRESPI est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.*

## VOTRE VIE QUOTIDIENNE

---

1. Vous vivez :  En couple  Seul(e)
2. Vous habitez :  Une maison individuelle  Un appartement  Autre Précisez :.....
3. Avez-vous un animal de compagnie ?  Oui  Non

## VOS FORMATION ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

---

1. Votre niveau d'études le plus élevé :
- Pas d'études  Certificat à Brevet  CAP – BEP  Bac à Bac +2  Bac +3 à Bac +4  Bac +5 ou plus
2. Quelle est votre profession ?
- Soins des enfants  Ménage (salarié de la crèche)  Ménage (prestataire externe)  Administratif
- Cuisine  Lingerie  Autre : .....

## VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

---

1. Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :
- Excellente  Très bonne  Bonne  Médiocre  Mauvaise
2. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?  Oui  Non

## ASTHME ET ALLERGIE DANS VOTRE FAMILLE

---





















1. Votre père, votre mère ou vos frères/sœurs ont-ils été soigné/diagnostiqué par un médecin pour	Mère	Père	Frères/sœurs
➤ De l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Une rhinite allergique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Des allergies alimentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ De l'eczéma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Aucun de ces 4 symptômes ou maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOS MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

1. Actuellement : Poids  kg Taille  cm Tour de taille (mesuré au nombril)  cm

2. Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ?  Oui  Non

3. Indiquez la silhouette qui vous décrit le mieux, aux âges suivants :

	FEMMES									HOMMES										
																				
À l'âge de 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 35/40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 50/55 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE CONSOMMATION DE TABAC ET CIGARETTE ELECTRONIQUE

1. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement une cigarette par jour ou plus ?  Oui  Non

↳ Si oui,

- A quel âge avez-vous commencé à fumer ?  ans
- Actuellement, combien fumez-vous de :
  - Cigarettes par jour ?
  - Cigares par semaine ?
  - Cigarillos par semaine ?
  - Tabac à pipe par semaine ?

➤ Avez-vous arrêté de fumer ?  Oui  Non

↳ Si oui,

- Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? (si moins de 1 an indiquer 0)  ans
- Avant d'arrêter, combien fumiez-vous de cigarettes par jour ?
- Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ?  Oui  Non

2. Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ?  Oui  Non

↳ Si oui,

- A quel âge avez-vous commencé ?  ans
- Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables ?  Oui  Non

↳ Si oui

- Indiquez combien de cigarettes par jour en moyenne :

- Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ?  Oui  Non

↳ Si oui

- Indiquez combien de millilitres en moyenne  |\_\_|\_\_| ml
- Actuellement quel dosage en nicotine utilisez-vous en moyenne, pour vos cigarettes électroniques ? (mg/ml)
- 0 (sans nicotine)
- Moins de 6
- 6-12
- 13 ou plus
- Je ne sais pas

## VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE

1. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

|\_\_|\_\_| jour(s)  Je n'ai pas eu d'activité physique intense ( *passez à la question 2*)

- Au total, combien de **temps** avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

|\_\_|\_\_| heure(s)  |\_\_|\_\_| minutes  Je ne sais pas

2. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ?  *Ne pas inclure la marche.*

|\_\_|\_\_| jour(s)  Je n'ai pas eu d'activité physique modérée ( *passez à la question 3*)

- Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours ?

|\_\_|\_\_| heure(s)  |\_\_|\_\_| minutes  Je ne sais pas

3. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée ?

|\_\_|\_\_| jour(s)  Je n'ai pas fait de marche ( *passez à la question 4*)

- Au total, combien d'épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée, avez-vous effectuée au cours des 7 derniers jours ?

|\_\_|\_\_| nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée  Je ne sais pas

### Exemples :

**Lundi : 1 marche de 60 minutes 6 épisodes**

**Mardi : 1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes 2 épisodes**

**Mercredi : 1 marche de 35 minutes 3 épisodes**

**Jeudi : 1 marche de 8 minutes 0 épisode**

**Vendredi : 1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes 0 épisode**

**Samedi : 1 marche de 18 minutes 1 épisode**

**Dimanche : 1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes 1 épisode**

**Total 13 épisodes**

4. Au cours des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, combien de temps, en moyenne par jour, avez-vous passé assis ?

|\_\_|\_\_| heure(s)  |\_\_|\_\_| minutes  Je ne sais pas

## SANTÉ RESPIRATOIRE

1. Dans l'ensemble, **depuis 10 ans**, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'âge) :
- N'a pas changé                       S'est amélioré                       S'est détérioré
2. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui     Non
- ↳ **Si oui** :
- Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?
- Oui     Non
- Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?
- Oui     Non
3. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui, une nuit ou plus/semaine                       Oui, moins d'une nuit par semaine                       Non
4. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, **au repos**, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui     Non
5. Avez-vous eu une crise d'essoufflement **après un effort intense**, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui     Non
6. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui, une nuit ou plus/semaine                       Oui, moins d'une nuit par semaine                       Non
7. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?
- Oui, une nuit ou plus/semaine                       Oui, moins d'une nuit par semaine                       Non
8. Toussez-vous **habituellement** en vous levant, en hiver ?
- Oui     Non
- ↳ **Si oui**, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?
- Oui     Non
9. Toussez-vous **habituellement** pendant la journée ou la nuit, en hiver ?
- Oui     Non
- ↳ **Si oui**, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?
- Oui     Non
10. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?
- Oui     Non
- ↳ **Si oui**, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?
- Oui     Non

11. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

Oui  Non

↳ **Si oui**, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

Oui  Non

12. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

Oui  Non

↳ **Si oui**, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

Oui  Non

↳ **Si oui**, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

Oui  Non

13. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

Oui  Non

14. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Oui  Non

↳ **Si oui** :

➤ Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?  Oui  Non

➤ À quel âge avez-vous eu votre **première** crise d'asthme ?   ans

➤ À quel âge avez-vous eu votre **dernière** crise d'asthme ?   ans

➤ Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ?  Oui  Non

➤ Avez-vous été traité(e) pour vos crises ? (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés, etc.)  Oui  Non

➤ Avez-vous été traité dans les 12 derniers mois ?  Oui  Non

↳ **Si vous avez répondu oui à au moins une des deux questions n° 13 ou 14, répondez à la question 15**

↳ **Si vous avez répondu non aux deux questions n° 13 et 14, passez directement à la question 20**

Veillez répondre, s'il vous plaît, à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines** à cause de votre **asthme** :

15. Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail, à l'école/université :

Tout le temps  La plupart du temps  Quelquefois  Rarement  Jamais

16. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'1 fois par jour  1 fois par jour  3 à 6 fois/ semaine  1 ou 2 fois/ semaine  Jamais

17. Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l'**asthme** (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou plus/ semaine  2 à 3 nuits/semaine  1 nuit/semaine  1 ou 2 fois en tout  Jamais

18. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple Salbutamol, Terbutaline) ?

3 fois/jour ou plus  1 ou 2 fois/ jour  2 ou 3 fois/ semaine  1 fois/ semaine  Jamais

19. Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ?

- Pas contrôlé du tout       Très peu contrôlé       Un peu contrôlé       Bien contrôlé       Totalemment contrôlé

20. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?  Oui  Non

21. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ?

Oui  Non

↳ **Si oui,**

➤ Avez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?  Oui  Non

➤ Avez-vous eu ces problèmes de nez dans les **12 derniers mois** ?  Oui  Non

22. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** ?

➤ Bronchite chronique  Oui  Non

➤ Emphysème  Oui  Non

➤ BPCO (forme non spécifiée)  Oui  Non

23. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, pendant au moins 6 mois ?

Oui  Non

↳ **Si oui,** avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les 12 derniers mois ?  Oui  Non

↳ **Si oui,** est-ce que, à un moment quelconque, ces rougeurs se sont situées sur l'un des points suivants : aux plis des coudes, derrière les genoux, sur le devant des chevilles, sous les fesses, ou autour du cou, des oreilles ou des yeux ?

Oui  Non

24. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqure d'ortie ?

Oui  Non

↳ **Si oui,** est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ?

Oui  Non

25. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Oui  Non

↳ **Si oui,**

➤ A quel âge pour la première fois ? ----- ans  Je ne sais pas

➤ En avez-vous eu dans les 12 derniers mois ?  Oui  Non

**26.** Avez-vous déjà eu les symptômes suivants sur les mains ou les doigts durant les 12 derniers mois ?

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Mains ou doigts rouges et enflés ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Peau squameuse sur les mains ou les doigts ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Démangeaisons sur les mains ou entre les doigts ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Fissures/crevasses sur les mains ou doigts ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Vésicules sur les mains ou entre les doigts ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Papules/boursoufflements rouges sur les doigts ou les mains ?                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Avez-vous eu un ou plusieurs de ces symptômes durant plus de trois semaines ?                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Avez-vous eu un ou plusieurs de ces symptômes plus d'une fois au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**27.** Si vous souhaitez nous faire part d'informations complémentaires concernant d'éventuels problèmes respiratoires, merci de nous l'indiquer ci-dessous.

.....

.....

.....

.....



## A DOMICILE

1. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile ?

(par exemple par votre conjoint(e), un(e) aide/employé(e) à domicile, des membres de la famille, amis, etc). ?

Oui

Non

**Pour les questions suivantes, merci de nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement dans votre logement**

2. Dans les 12 derniers mois, **combien de jours par semaine avez-vous effectué personnellement le ménage à votre domicile ?**

Jamais

<1 j/semaine

1-3 j/semaine

4-7 j/semaine

3. Combien de jours par semaine avez-vous personnellement accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

**Nombre de jours par semaine en moyenne**

Jamais

<1 j/sem.

1-3 j /sem.

4-7 j /sem.

a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis

b) Passer la serpillière ou lessiver

c) Nettoyer la cuvette des toilettes

d) Nettoyer la douche ou la salle de bain

e) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue

f) Lustrer, cirer le parquet ou les meubles

g) Nettoyer les vitres ou les miroirs

4. Utilisez-vous personnellement des produits de nettoyage « faits maison » à votre domicile ?

Oui

Non

↳ **Si oui :**

➤ Quels types de produits utilisez-vous ?

Bicarbonate de soude

Vinaigre blanc

Savon

Huiles essentielles

Autres, Précisez : .....

➤ A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

Moins d'un jour par semaine

Entre 1 et 3 jours par semaine

Entre 4 et 7 jours par semaine

➤ Les utilisez-vous sous forme de spray ?

Oui

Non

5. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les **produits de nettoyage** suivants (*dans les 12 derniers mois*) ?

**Nombre de jours par semaine en moyenne**

	Jamais	<1 j/sem.	1-3 j /sem.	4-7 j /sem.
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"/>

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les **produits sous forme de spray, atomiseur ou aérosol** suivants (*12 derniers mois*) ?

**Nombre de jours par semaine en moyenne**

	Jamais	<1 j/sem.	1-3 j /sem.	4-7 j /sem.
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 rafraichir 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"/>

7. Combien de **temps au total par semaine** utilisez-vous ces produits sous forme liquide, mousse, poudre, lingette, spray ?

jamais ou <1 fois/sem.    <10 minutes/sem.    10-30 mn./sem.    30 mn. à 1 heure/sem.    1 à 2 h/sem.    > 2 h/sem.

8. Combien de jours par semaine des **produits parfumés ou senteurs** sont utilisés dans votre logement par vous ou une autre personne (*12 derniers mois*) ?

**Nombre de jours par semaine en moyenne**

	Jamais	<1 j/sem.	1-3 j /sem.	4-7 j /sem.
a) Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bougies parfumées, encens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rafraichisseurs d'air électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rafraichisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. En quelle année avez-vous commencé à travailler ?
2. Avez-vous déjà été professionnellement exposé(e) durant votre carrière à des poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques?  Oui  Non
3. Depuis quelle année, travaillez-vous dans cette crèche ?
4. A quelle fréquence travaillez-vous dans cette crèche ?  Temps plein  Temps partiel
5. Dans quelle section travaillez-vous dans cette crèche ?  Bébé  Moyen  Grand  Sections regroupées ou toutes les sections
6. Décrivez avec le plus de précision possible, comme pour l'exemple ci-dessous, les 5 derniers métiers /stages que vous avez exercés **au moins 6 mois, en commençant par le métier que vous exercez actuellement dans cette crèche.**

Exemple	Année début : 2000	Année fin: 2002
Quel est (était) votre métier ? Auxiliaire de puériculture	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? (Que faisait votre entreprise ou quel service fournissait-elle) ? Crèche collective de la ville de Paris	
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? Faire la toilette, donner à manger et jouer avec des enfants en bas-âge.		

<b>7. Métier actuel (numéro 1)</b>	Année de début:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>OU</u> Âge de début:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quel est votre métier ? ..... .....	Dans quel secteur d'activité êtes-vous ? ..... .....			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? ..... ..... ..... .....				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 1 et 2), notez la raison : .....

.....

<b>8. Métier précédent (numéro 2)</b>	Année de début:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Année de fin:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<u>OU</u> Âge de début:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Âge de fin :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quel était votre métier ? ..... .....	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? ..... .....			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? ..... ..... ..... .....				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 2 et 3), notez la raison : .....

.....

<b>9. Métier précédent (numéro 3)</b>	Année de début:	<input type="text"/>	Année de fin:	<input type="text"/>
	<u>OU</u> Âge de début:	<input type="text"/>	Âge de fin :	<input type="text"/>
Quel était votre métier ? ..... .....	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? ..... .....			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? ..... ..... ..... .....				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 3 et 4), notez la raison : .....

<b>10. Métier précédent (numéro 4)</b>	Année de début:	<input type="text"/>	Année de fin:	<input type="text"/>
	<u>OU</u> Âge de début:	<input type="text"/>	Âge de fin :	<input type="text"/>
Quel était votre métier ? ..... .....	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? ..... .....			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? ..... ..... ..... .....				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 4 et 5), notez la raison : .....

<b>11. Métier précédent (numéro 5)</b>	Année de début:	<input type="text"/>	Année de fin:	<input type="text"/>
	<u>OU</u> Âge de début:	<input type="text"/>	Âge de fin :	<input type="text"/>
Quel était votre métier ? ..... .....	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? ..... .....			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? ..... ..... ..... .....				

12. Avez-vous eu à un moment quelconque de votre vie **un grave incident d'inhalation** de poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ?  Oui  Non

↳ **Si oui**

➤ Était-ce lié à votre travail ?  Oui  Non

➤ Avez-vous été mis(e) en arrêt de travail ?  Oui  Non

➤ Avez-vous été hospitalisé(e) ?  Oui  Non

➤ A quelle année remonte cet accident ?

➤ Quels produits et dans quelles circonstances ? .....

.....

.....

13. Avez-vous eu une maladie professionnelle pulmonaire ?  Oui  Non

↳ **Si oui**

➤ Laquelle ?  
.....  
.....

➤ A-t-elle été déclarée ?  Oui  Non

↳ **Si oui**

➤ En quelle année ?

14. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé en tant que personnel de ménage ou de nettoyage ? (quel que soit le lieu)  Oui  Non

↳ **Si oui, continuez page 14 et complétez le questionnaire « Travail de ménage et de nettoyage »**

15. Avez-vous travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire ?  Oui  Non

↳ **Si oui, continuez page 17 et complétez le questionnaire « Infirmier(ière), personnel de santé ou de laboratoire »**

**SI NON à Q14 et Q15 - FIN DU QUESTIONNAIRE**

**Nous vous remercions de votre participation.**

## TRAVAIL DE MÉNAGE ET DE NETTOYAGE

Numéro du métier :

***précédemment noté de 1 à 5***  
*figurant pages 11 et 12*

Rappeler ici :

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 ?	<b>Nombre de jours par semaine</b>			
	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"/>

	<b>Nombre de jours par semaine</b>			
	<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 ?	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 utilisiez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisiez-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.**



## INFIRMIER(IÈRE), PERSONNEL DE SANTÉ OU PERSONNEL DE LABORATOIRE

**Numéro du métier**

**précédemment noté 1 à 5**  
*figurant pages 11 et 12*

Rappeler ici :

**Année début :**





**Année fin :**





1. Quel était votre travail ? <i>Identifiez le travail principal</i>	Oui	Non			
a) Infirmier(ère) chez un généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Infirmier(ère) dans un hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Aide-soignant(e) dans un hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Assistant(e) anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) Technicien(ne) dans un hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) Personnel soignant au domicile des malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
g) Personnel soignant en maison de retraite ou chez des personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
h) Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) Puéricultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
j) Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) Infirmier(ère) de maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
j) Assistant(e) de dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
k) Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
l) Chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
m) Autre, précisez : .....					
<b>2. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé des gants de latex <u>poudrés</u> ?</b>	Nombre de jours par semaine				
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem	≥4 j <del>/sem</del>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Des gants en latex poudrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Des gants en latex non poudrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Combien de paires de gants utilisés-vous par jour ?</b>	Nombre de paires de gants utilisées par jour				
	Aucune	1-2	3-5	6-10	> 10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Paires de gants de latex <u>poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Paires de gants de latex <u>non poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage et de désinfection suivants au travail ?

	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Poudre à laver, à récurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tous nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Produits pour blanchir, javel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Solvants, détachants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Produits de nettoyage <u>en sprays</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Formaldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eau de javel, chlore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ortho-phthalaldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Chloramine-T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alcool ( <i>éthanol, méthanol</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Composés d'ammonium quaternaire (quats)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Acide acétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Acide peracétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Peroxyde d'hydrogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous ne connaissez pas le(s) produit(s) actif(s)</b>				
r) Donnez la/les marque(s) (inscrire ci-dessous)				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Autre produit de nettoyage ou de désinfection ; ne sait pas le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autres lieux, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les méthodes de désinfection suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Utiliser des sprays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utiliser des lingettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rincer à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Laver à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autre méthode, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Les jours où vous utilisiez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisiez-vous en moyenne au travail ?  <1 heure par jour  1-4 heures par jour  >4 heures par jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ?  Jamais  <1 jour/sem  1-3 jour/sem  4-7 jours/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ?  Oui  Non
10. Avez-vous travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire pendant une autre période ?  Oui  Non

☞ Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Infirmier(ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire », 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 - FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**Nous vous remercions de votre participation.**