

## Module complémentaire – Accidents au travail et problèmes de santé liés au travail

**Ce module sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail est posé en première et dernière interrogation aux personnes ayant entre 15 et 74 ans en emploi ou ayant travaillé par le passé ou aux personnes de 75 ans ou plus et qui sont en emploi (RGA=1,6) et ((15<=AGE<=74 et (ACTOP=1 ou AACGR=1)) ou (75<=AGE et ACTOP=1)).**

**SI (RGA=1,6) ET ((15<=AGE<=74 ET (ACTOP=1 OU AACGR=1)) OU (75<=AGE ET ACTOP=1))**

Les questions qui suivent portent sur les accidents au travail et les problèmes de santé liés au travail.

### ACCIDENTS AU TRAVAIL

#### Création de la variable DZT

Si ACTOP=1 alors DZT=1

Sinon si AACGR=1 alors :

Si (ANNEEDEB = ADFDAPR) alors DZT=1

Si (ANNEEDEB = ADFDAPR+1) et (MOISDEB ≤ AMOISR ou AMOISR inconnu) alors DZT=1

Sinon DZT=0

**SI AGÉ DE 15 À 74 ANS ET EN EMPLOI OU A TRAVAILLÉ  
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS : Si 15 <=AGE<=74 et DZT=1**

**M1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accidents au travail ou au cours d'une activité professionnelle, même bénins ou n'ayant pas entraîné d'arrêt de travail ?**

**MAD20\_ACCIDTRAV**

*Exclure : les accidents survenus lors des trajets domicile-travail*

*Inclure : les accidents lors d'un déplacement professionnel*

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui ont eu un ou plusieurs accidents au travail : Si MAD20\_ACCIDTRAV=1**

**M2 Avez-vous été blessé(e) à l'occasion d'au moins l'un de ces accidents ?**

**MAD20\_ACCIDBLESS**

*Inclure tout dommage ou lésion corporelle (entorse, plaie, douleur musculaire, réaction cutanée...) mais pas les atteintes psychiques ou morales*

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui ont été blessés à l'occasion d'un accident au travail : Si MAD20\_ACCIDBLESS=1**

**M3 Parmi ces accidents, combien vous ont occasionné une blessure ?**

**MAD20\_ACCIDNUM**

1. Un accident
2. Deux accidents ou plus

**Pour ceux qui ont été blessés à l'occasion d'un accident au travail : Si MAD20\_ACCIDBLESS=1**

**M4 [(Si MAD20\_ACCIDNUM=2) Nous allons maintenant parler du plus récent de ces accidents au travail ayant entraîné une blessure.] S'agissait-il d'un accident de la route ?** MAD20\_ACCIDTYP

*En tant que conducteur ou passager, piéton, ou cycliste*

*Rappel : les accidents au cours du trajet domicile-travail sont exclus*

*Sont exclus les accidents en dehors des routes et parkings publics (tracteurs dans les champs, véhicules sur les chantiers, dans l'enceinte de l'entreprise, etc.)*

1. Oui, il s'agissait d'un accident de la route
2. Non, il s'agissait d'un autre type d'accident

**Pour ceux qui ont été blessés à l'occasion d'un accident au travail : Si MAD20\_ACCIDBLESS=1**

**M5 Quel était votre emploi au moment de cet accident ?** MAD20\_ACCIDJOB

1. Votre emploi (principal) actuel
2. Votre emploi actuel pour un deuxième employeur
3. Votre seconde profession actuelle
4. Votre dernier emploi régulier
5. Un autre emploi

**Création de la variable CONGE**

*Si ACTOP=1 et TRAREF NE 1 et AIDFAM NE 1 et TEMP NE 1 et INFORM NE 1 alors CONGE=1  
Sinon CONGE=0*

**Pour ceux qui ont été blessés à l'occasion d'un accident au travail et qui ne sont pas en emploi ou sont en emploi mais n'ont pas travaillé pendant la semaine de référence : Si MAD20\_ACCIDBLESS=1 et (ACTOP NE 1 ou CONGE=1)**

**M6 Vous n'avez pas travaillé la semaine du lundi...au dimanche... Est-ce à cause de cet accident ?** MAD20\_Q1\_ACCIDSTOP

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui n'ont pas travaillé à cause d'un accident et qui ne sont pas en emploi : Si MAD20\_Q1\_ACCIDSTOP=1 et ACTOP NE 1**

**M7 Pensez-vous retravailler un jour ?** MAD20\_Q2\_ACCIDSTOP

*Qu'il s'agisse de votre ancien emploi ou d'un autre*

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui ont été blessés à l'occasion d'un accident au travail et qui ont un emploi ou dont l'absence pendant la semaine de référence n'est pas liée à leur accident : Si MAD20\_ACCIDBLESS=1 et (ACTOP=1 ou MAD20\_Q1\_ACCIDSTOP NE 1)**

**M8 Au cours des 12 derniers mois, combien de temps vous êtes-vous arrêté(e) de travailler à cause de votre accident avec blessure le plus récent ?** MAD20\_Q3\_ACCIDSTOP

*Indiquez la durée pendant laquelle vous n'étiez pas apte au travail, y compris les dimanches, jours fériés, à l'exclusion du jour de l'accident*

*Présenter ou lire les modalités la carte code ACCIDSTOP*

1. Moins d'un jour ou aucun arrêt
2. De 1 à 3 jours
3. De 4 jours à moins de 2 semaines
4. De 2 semaines à moins d'1 mois
5. De 1 mois à moins de 3 mois
6. De 3 mois à moins de 6 mois
7. De 6 mois à moins de 9 mois
8. De 9 mois à 12 mois

## PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU TRAVAIL

**SI ÂGÉ DE 15 À 74 ANS ET EST EN EMPLOI OU A TRAVAILLÉ PAR LE PASSÉ :  
SI 15<=AGE<=74 ET (ACTOP=1 OU AACGR=1)**

**M9 [(Si MAD20\_ACCIDBLESS=1) Hormis l'accident que nous venons d'évoquer et ses conséquences sur votre santé, au (Sinon) Au] cours des 12 derniers mois, avez-vous été malade ou eu des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou mentaux ?**

**MAD20\_SANTPROB**

*Si « mentaux » n'est pas compris, reformuler avec « psychologiques » ou « psychiques »*

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui ont été malades ou ont eu des problèmes de santé : Si MAD20\_SANTPROB=1**

**M10 Au moins l'un de ces problèmes a-t-il été causé ou aggravé par votre travail actuel ou passé ?**

**MAD20\_TRAVPROB**

*Inclure les problèmes de santé non reconnus comme maladies professionnelles, les problèmes de santé n'ayant pas entraîné d'interruption du travail*

*Le travail qui a causé ou aggravé le problème de santé peut remonter à plus d'un an*

*Le problème de santé peut être dû à un accident au travail qui remonte à plus d'un an*

1. Oui
2. Non

**Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé : Si MAD20\_TRAVPROB=1**

**M11 Parmi ces problèmes, combien ont été causés ou aggravés par votre travail actuel ou passé ?**

**MAD20\_TRAVNUM**

1. Un
2. Deux ou plus

**Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé : Si MAD20\_TRAVPROB=1**

**M12 Nous allons maintenant parler de [(si MAD20\_TRAVNUM NE 1) votre problème de santé le plus sérieux (sinon) ce problème de santé] causé ou aggravé par le travail [(si MAD20\_ACCIDBLESS=1) en dehors de l'accident que nous venons d'évoquer]. Il s'agit principalement d'un...**

**MAD20\_Q1\_PROBTYP**

*Une seule réponse possible*

*En cas de doute choisir le problème le plus directement causé par le travail*

*Présenter ou lire les modalités la carte code PROBTYP*

1. Problème osseux, articulaire ou musculaire ?
2. Problème respiratoire ou pulmonaire ?
3. Problème de peau ?
4. Problème auditif ?
5. Stress, dépression ou anxiété ?
6. Maux de tête et / ou fatigue oculaire ?
7. Maladie ou attaque cardiaque ou autre problème circulatoire ?
8. Maladie infectieuse (virus, bactérie ou autre type d'infection) ?
9. Problème d'estomac, de foie, de rein ou digestif ?
10. Autre problème de santé ?

*Pour ceux qui ont des problèmes osseux, articulaires ou musculaires : Si MAD20\_Q1\_PROBTYP=1*

**M13 Est-ce que ce problème osseux, articulaire ou musculaire se situe principalement au niveau...** MAD20\_Q2\_PROBTYP

*Une seule réponse possible*

1. Du cou, des épaules, des bras ou des mains ?
2. Des hanches, des genoux, des jambes ou des pieds ?
3. Du dos ?

*Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé : Si MAD20\_TRAVPROB=1*

**M14 Diriez-vous que ce problème vous limite dans vos activités quotidiennes ?** MAD20\_PROBLIM

*Au travail ou en dehors*

1. Oui, considérablement
2. Oui, dans une certaine mesure
3. Non, pas du tout

*Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé : Si MAD20\_TRAVPROB=1*

**M15 Quel est l'emploi qui a causé ou aggravé ce problème de santé ?** MAD20\_PROBJOB

1. Votre emploi (principal) actuel
2. Votre emploi actuel pour un deuxième employeur
3. Votre seconde profession actuelle
4. Votre dernier emploi régulier
5. Un autre emploi

*Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé et qui ne sont pas en emploi ou sont en emploi mais n'ont pas travaillé pendant la semaine de référence: Si MAD20\_TRAVPROB=1 et (ACTOP NE 1 ou CONGE=1)*

**M16 Vous n'avez pas travaillé la semaine du lundi...au dimanche... Est-ce à cause de ce problème de santé ?** MAD20\_Q1\_PROBSTOP

1. Oui
2. Non

*Pour ceux qui ne sont pas en emploi à cause de ce problème de santé : Si MAD20\_Q1\_PROBSTOP=1 et ACTOP NE 1*

**M17 Pensez-vous retravailler un jour ?** MAD20\_Q2\_PROBSTOP

*Qu'il s'agisse de votre ancien emploi ou d'un autre*

1. Oui
2. Non

*Pour ceux qui ont des problèmes causés ou aggravés par leur travail actuel ou passé et qui sont en emploi ou dont l'absence pendant la semaine de référence n'est pas liée à leur problème de santé : Si MAD20\_TRAVPROB=1 et (ACTOP=1 ou MAD20\_Q1\_PROBSTOP NE 1)*

**M18 Au cours des 12 derniers mois, combien de temps vous êtes-vous arrêté(e) de travailler à cause de ce problème de santé ?** MAD20\_Q3\_PROBSTOP

*Indiquez la durée pendant laquelle vous n'étiez pas apte au travail, y compris les dimanches, jours fériés*

*Présenter ou lire les modalités de la carte code PROBSTOP*

1. Moins d'un jour ou aucun arrêt
2. De 1 à 3 jours
3. De 4 jours à moins de 2 semaines
4. De 2 semaines à moins d'1 mois
5. De 1 mois à moins de 3 mois
6. De 3 mois à moins de 6 mois
7. De 6 mois à moins de 9 mois
8. De 9 mois à 12 mois

**CONDITIONS DE TRAVAIL**  
**PERSONNES EN EMPLOI : Si ACTOP=1**

**M19 Diriez-vous qu'au travail vous êtes confronté(e) aux facteurs de risques suivants pouvant affecter votre santé physique ?** **MAD20\_PHYSRISK**

*Plusieurs réponses possibles*

*Si les expositions ne sont pas régulières, considérez une semaine de travail « normale »*

*Si les conditions de travail ont beaucoup changé, considérez la situation présente*

*Présenter ou lire les modalités de la carte code PHYSRISK*

1. Des positions fatigantes ou douloureuses
2. Mouvements répétitifs des mains ou des bras
3. Manipulation de charges lourdes y compris des personnes
4. Bruit
5. Vibrations fortes
6. Exposition à des produits chimiques dangereux, de la poussière, des vapeurs, de la fumée ou du gaz
7. Tâches demandant une forte concentration visuelle
8. Risque de glisser, trébucher ou tomber
9. Utilisation de machines ou d'outils (à l'exclusion des véhicules)
10. Utilisation de véhicules (au cours du travail, à l'exclusion des trajets domicile travail)
11. Autre facteur de risque pouvant affecter la santé physique
12. Rien de tout cela

**M20 Parmi ces facteurs, lequel considérez-vous comme le plus risqué pour votre santé physique ?** **MAD20\_PHYSRISKP**

*Une seule réponse possible*

*Présenter ou lire les modalités de la carte code PHYSRISK*

1. Des positions fatigantes ou douloureuses
2. Mouvements répétitifs des mains ou des bras
3. Manipulation de charges lourdes y compris des personnes
4. Bruit
5. Vibrations fortes
6. Exposition à des produits chimiques dangereux, de la poussière, des vapeurs, de la fumée ou du gaz
7. Tâches demandant une forte concentration visuelle
8. Risque de glisser, trébucher ou tomber
9. Utilisation de machines ou d'outils (à l'exclusion des véhicules)
10. Utilisation de véhicules (au cours du travail, à l'exclusion des trajets domicile travail)
11. Autre facteur de risque pouvant affecter la santé physique

**M21 Diriez-vous qu'au travail vous êtes confronté(e) aux facteurs de risques suivants pouvant affecter votre bien-être mental ?** **MAD20\_MENTRISK**

*Plusieurs réponses possibles*

*Si les expositions ne sont pas régulières, considérez une semaine de travail « normale »*

*Si les conditions de travail ont beaucoup changé, considérez la situation présente*

*Présenter ou lire les modalités de la carte code MENTRISK*

1. Forte pression temporelle ou surcharge de travail
2. Violence ou menaces de violence
3. Harcèlement ou intimidation
4. Mauvaise communication ou coopération au sein de l'organisation
5. Clients difficiles (ou patients, élèves, usagers, etc.)
6. Risque de perte d'emploi
7. Manque d'autonomie ou manque d'influence sur le rythme de travail ou les méthodes de travail
8. Autre facteur de risque pouvant affecter le bien-être mental
9. Rien de tout cela

**M22 Parmi ces facteurs, lequel considérez-vous comme le plus risqué pour votre bien-être mental ?**

MAD20\_MENTRISK

*Présenter ou lire les modalités de la carte code MENTRISK*

1. Forte pression temporelle ou surcharge de travail
2. Violence ou menaces de violence
3. Harcèlement ou intimidation
4. Mauvaise communication ou coopération au sein de l'organisation
5. Clients difficiles (ou patients, élèves, usagers, etc.)
6. Risque de perte d'emploi
7. Manque d'autonomie ou manque d'influence sur le rythme de travail ou les méthodes de travail
8. Autre facteur de risque pouvant affecter le bien-être mental

# Module Covid

**SI GRAPPE ENTRANTE OU SORTANTE ET SEMAINE DE RÉFÉRENCE DU T3 OU DU T4 :  
Si RGA=1, 6 ET TRIM=3, 4**

***Si a eu des problèmes de santé causés ou aggravés par le travail : Si MAD20\_TRAVPROB=1***

**COV1 Vous avez décrit votre principal problème de santé causé ou aggravé par votre travail.**

**Pensez-vous qu'il s'agit du coronavirus ?**

**COVA**

*Plusieurs réponses possibles*

1. Oui, cela a été confirmé par un test
2. Oui, selon le médecin, mais il n'y a pas eu de test
3. Oui, c'est possible en raison des symptômes
4. Oui, c'est possible pour une autre raison
5. Non

***Si a eu des problèmes de santé au cours des 12 derniers mois ou hors champ du MAD et le principal problème de santé causé ou aggravé par le travail n'est pas lié au covid : Si MAD20\_SANTPROB=1, vide et COVA < 1, 2, 3, 4***

**COV2 (Si MAD20\_TRAVPROB=1 En dehors du problème de santé causé ou aggravé par votre travail que nous venons de décrire, pensez-vous) (Sinon Pensez-vous) avoir eu le coronavirus ?**

**COVB**

*Plusieurs réponses possibles*

1. Oui, cela a été confirmé par un test
2. Oui, selon le médecin, mais il n'y a pas eu de test
3. Oui, c'est possible en raison des symptômes
4. Oui, c'est possible pour une autre raison
5. Non

***Si contaminé par covid-19 et (travaille ou (a travaillé et emploi terminé en 2020)) : Si COVB=1, 2, 3, 4 et (ACTOP=1 ou (AACGR=1 et ADFDAPR=2020, vide)***

**COV3 Pensez-vous avoir été contaminé(e) dans le cadre de votre travail ?**

**COV\_TRAV**

*Y compris pendant les trajets*

1. Oui, c'est très probable
2. Oui, c'est possible
3. Non

***Si contaminé par le covid-19 dans le cadre de son travail : Si COV\_TRAV=1, 2***

**COV4 Quel emploi occupiez-vous à ce moment-là ?**

**COV\_PROBJOB**

1. Votre emploi (principal) actuel
2. Votre emploi actuel pour un deuxième employeur
3. Votre seconde profession actuelle
4. Votre dernier emploi régulier
5. Un autre emploi

***Si contaminé par le covid-19 : COVA=1, 2, 3, 4 ou COVB=1, 2, 3, 4***

**COV5 Quand pensez-vous avoir été contaminé(e) par le coronavirus ?**

**COV\_MOIS**

*Indiquer le mois*

**Si contaminé par le covid-19 dans le cadre de son emploi : COVA=1, 2, 3, 4 ou COV\_TRAV=1, 2**

**COV6a Au moment où vous pensez avoir été contaminé(e), aviez-vous accès, à votre travail, aux mesures de protection suivantes ?** **COV\_PREVA**

*Que ces protections soient fournies par votre employeur, vous-même ou une autre personne*

*Plusieurs réponses possibles*

1. Gants
2. Masques
3. Gel hydroalcoolique ou savon
4. Distance vis-à-vis des collègues / clients
5. Aménagements pour réduire les risques pendant les trajets domicile / travail (mise à disposition de véhicule, horaires décalés, etc.)
6. Télétravail
7. Autre(s) mesure(s)

**Si autre mesure : Si COV\_PREVA=7**

**COV6b Précisez cette ou ces autres mesures de protection :** **COV\_PREVAUTR**

*Intitulé en clair*

**Si en emploi et a travaillé pendant la semaine de référence : Si ACTOP=1 et (PASTRA NE 1 ou RABS=7)**

**COV7a Au travail, pendant la semaine du lundi... au dimanche..., étiez-vous en contact direct avec d'autres personnes ?** **COV\_CONTACT**

*Contact direct : contact physique, échange verbal à moins de deux mètres ou présence dans un même lieu clos à moins de deux mètres. Avec ou sans mesure de protection*

*Plusieurs réponses possibles*

1. Oui, des collègues (y compris pendant les pauses, dans les vestiaires, à la cantine)
2. Oui, le public, les clients, les patients, etc.
3. Oui, d'autres usagers lors des trajets en transport en commun
4. Oui, d'autres personnes
5. Non, aucun contact direct

**Si aucun contact direct : Si COV\_CONTACT=5**

**COV7b Est-ce parce que vous étiez en télétravail ?** **COV\_TELTRAV**

1. Oui
2. Non

**Si en contact direct : COV\_CONTACT=1, 2, 3, 4**

**COV8a Pendant cette semaine du lundi... au dimanche..., au travail, aviez-vous un accès aux mesures de protection suivantes contre le risque de contamination au coronavirus ?** **COV\_PREVB**

*Que ces protections soient fournies par votre employeur, vous-même ou une autre personne*

1. Gants
2. Masques
3. Gel hydroalcoolique ou savon
4. Distance vis-à-vis des collègues / clients
5. Aménagements pour réduire les risques pendant les trajets domicile / travail (mise à disposition de véhicule, horaires décalés, etc.)
6. Télétravail
7. Autre(s) mesure(s)

**Si autre mesure : Si COV\_PREVB=7**

**COV8b Précisez cette ou ces autres mesures de protection :** **COV\_PREVAUTRB**

*Intitulé en clair*