

Cadre réservé à l'enquêteur

|                                                              |   |   |   |   |               |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------|--|--|--|--|
| B                                                            | E | N | - | N | 4             |  |  |  |  |
| N° adresse                                                   |   |   |   |   | N° individuel |  |  |  |  |
| ANAISENQ                                                     |   |   |   |   |               |  |  |  |  |
| Année de naissance :                                         |   |   |   |   |               |  |  |  |  |
| Prénom de la personne concernée par le questionnaire : ..... |   |   |   |   |               |  |  |  |  |
| PRENOM_ENQ                                                   |   |   |   |   |               |  |  |  |  |



Le numéro **0 800 11 61 60**,  
gratuit depuis un poste fixe,  
est disponible du lundi au vendredi,  
de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h00,  
pour répondre à vos questions.

PERSONNE

QES

QST



# ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2014

## Questionnaire « 15 ans et plus »

VARIABLE GÉNÉRÉE :  
LIVRET

**Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon strictement anonyme**

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° 2014X700AU du ministre de l'Économie et des Finances, valable pour l'année 2014.

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'Irdes.

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 de GfK ISL, division Grandes enquêtes et institutionnel, 40, rue Pasteur CS 90004 92156 Suresnes cedex.

**IRDES**  
Institut de recherche  
et documentation en  
économie de la santé



Lors du remplissage du questionnaire, il est préférable que vous utilisiez un stylo noir, mettiez bien les croix dans les cases et prenez soin de bien écrire les chiffres.



Il est important, dans la mesure du possible, que ce soit la personne concernée (voir encadré en haut à gauche de la 1<sup>re</sup> page du questionnaire) qui remplisse elle-même le questionnaire.

## 1.

Qui remplit ce questionnaire ?

- <sub>1</sub> La personne concernée (voir encadré en haut à gauche de la 1<sup>re</sup> page du questionnaire)
- <sub>2</sub> Quelqu'un d'autre mais la personne concernée est juste à côté et c'est elle qui dit quoi remplir

Quel est le prénom de la personne qui remplit le questionnaire ?

..... | | | |  
réservé  
chiffrement

- <sub>3</sub> Quelqu'un d'autre, sans que la personne concernée dise quoi remplir

Quel est le prénom de la personne qui remplit le questionnaire ?

..... | | | |  
réservé  
chiffrement

### 1.1

Pourquoi ?

- <sub>1</sub> La personne concernée est absente pour une longue durée
- <sub>2</sub> La personne concernée est présente mais a une maladie ou un handicap de longue durée qui l'empêche de répondre
- <sub>3</sub> Pour une autre raison, précisez : .....

J\_LIVRET M\_LIVRET A\_LIVRET

## 2.

Date de remplissage de ce questionnaire : | | | | | 2 | 0 | | | |



Pour la suite de ce questionnaire, ce sont les réponses pour la personne concernée par le questionnaire (voir encadré en haut à gauche de la 1<sup>re</sup> page du questionnaire) qui doivent être reportées sur le questionnaire.

# SANTÉ

## Votre santé

## 3.

Comment est votre état de santé en général ?

- <sub>1</sub> Très bon
- <sub>2</sub> Bon
- <sub>3</sub> Assez bon
- <sub>4</sub> Mauvais
- <sub>5</sub> Très mauvais

ETASANTE

## 4.

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

CHRONIQUE

**5. Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e) **LIMITE**  
<sub>2</sub> Oui, limité(e), mais pas fortement  
<sub>3</sub> Non, pas limité(e) du tout

**6. Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? (0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)**

|\_|\_| **NOTE**

**7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies ou problèmes de santé ? (plusieurs réponses possibles)**

- PB\_ASTHM** <sub>01</sub> Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)  
**PB\_BRONCHIT** <sub>02</sub> Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème  
**PB\_INFARCTUS** <sub>03</sub> Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles d'infarctus  
**PB\_CORONAIRE** <sub>04</sub> Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor  
**PB\_HYPERTENS** <sub>05</sub> Hypertension artérielle  
**PB\_AVC** <sub>06</sub> Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale), ou séquelles d'AVC ou d'attaque cérébrale  
**PB\_ARTHROS** <sub>07</sub> Arthrose  
**PB\_LOMBALGI** <sub>08</sub> Douleur ou affection chronique du dos ou du bas du dos (dorsalgie, lombalgie, sciatique)  
**PB\_CERVICAL** <sub>09</sub> Douleur ou affection chronique de la nuque ou des cervicales  
**PB\_DIABET** <sub>10</sub> Diabète  
**PB\_ALLERGI** <sub>11</sub> Allergies (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire  
**PB\_CIRRHOS** <sub>12</sub> Cirrhose du foie  
**PB\_URINAIR** <sub>13</sub> Incontinence urinaire, fuites urinaires, problème de contrôle de la vessie  
**PB\_REIN** <sub>14</sub> Problèmes rénaux tels que insuffisance rénale, néphrite, calculs des reins  
**PB\_DEPRESS** <sub>15</sub> Dépression  
**PB\_AUTMALA** <sub>16</sub> Une autre maladie chronique non citée ci-dessus, précisez : .....  
**PB\_NON** <sub>17</sub> **Aucune de ces maladies au cours des 12 derniers mois**

**8. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour corriger votre vue ?**

- <sub>1</sub> Oui **PROTLUN**  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Je suis non-voyant(e), je ne peux pas voir du tout

**9. Portez-vous un appareil auditif ?**

- <sub>1</sub> Oui **PROTAUD**  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Je suis profondément sourd(e), je n'entends pas du tout

## 10. Portez-vous une prothèse dentaire ?

- <sub>1</sub> Oui, une couronne, un bridge, un implant dentaire PROTDEN  
<sub>2</sub> Oui, un dentier partiel (il vous reste des dents) PROTPAR  
<sub>3</sub> Oui, un dentier complet (vous n'avez plus de dents à vous) PROTCOMP  
<sub>4</sub> Non PASPROT

## 11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été blessé(e)... (une réponse par ligne)

|                                                                                       | Oui                                   | Non                                   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| ...dans un accident de la circulation (y compris lors des trajets domicile-travail) ? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | ACC_CIRC   |
| ...dans un accident chez vous ou au domicile de quelqu'un d'autre ?                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | ACC_DOM    |
| ...dans un accident en pratiquant un loisir (hors accidents à domicile) ?             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | ACC_LOISIR |

### 11.1 Cet accident (ou le plus grave d'entre eux si vous en avez eu plusieurs) a-t-il nécessité des soins par un professionnel de santé (plusieurs réponses possibles) ?

- <sub>1</sub> Oui j'ai été admis(e) à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins et j'y suis resté(e) pour au moins une nuit ACC\_HOPNUIT  
<sub>2</sub> Oui, je me suis rendu(e) à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins mais je n'y ai pas passé la nuit ACC\_HOPPASNUIT  
<sub>3</sub> Oui, j'ai eu des soins d'un professionnel de santé (médecin, infirmier(ère), kinésithérapeute) en-dehors de l'hôpital ACC\_HORSHOP  
<sub>4</sub> Non, cet accident n'a pas nécessité de soins par un professionnel de santé ACC\_PASSOIN

## 12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent(e) de votre travail en raison d'un problème de santé ?

ABSTRAV

- <sub>1</sub> Oui → Combien de jours au total au cours des 12 derniers mois ? |\_|\_|\_| jours  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Je ne suis pas concerné(e) car je ne travaille pas ABSTRAV\_NBJ

## Gênes et difficultés



Les questions qui suivent concernent les gênes ou les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la vie de tous les jours.  
Ignorez les problèmes temporaires.

## 13. Avez-vous des difficultés pour voir (y compris avec vos lunettes ou lentilles de contact si vous en portez) ?

- <sub>1</sub> Pas de difficultés DIF\_VOIR  
<sub>2</sub> Quelques difficultés  
<sub>3</sub> Beaucoup de difficultés  
<sub>4</sub> Je suis non-voyant(e), je ne peux pas voir du tout

**14. Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne (y compris avec votre appareil auditif si vous en portez un)...**

|                                        | Pas de difficultés                    | Quelques difficultés                  | Beaucoup de difficultés               | Je suis profondément sourd(e), je n'entends pas du tout |                |
|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| ...dans une pièce silencieuse ?        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>                   | DIF_ENTENSILEN |
| ...dans une pièce où il y a du bruit ? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>                   | DIF_ENTENBRUIT |

**15. Avez-vous des difficultés sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou une autre aide technique...**

|                                                                 | Pas de difficultés                    | Quelques difficultés                  | Beaucoup de difficultés               | Je ne peux pas du tout                |            |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| ...à marcher 500 m sur terrain plat sans aide ?                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_MARCH  |
| ...pour monter ou descendre une douzaine de marches sans aide ? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_MONTER |

VAR GÉNÉRÉE :  
NBDIF5RENS

**16. Avez-vous habituellement des difficultés à réaliser, sans l'aide de quelqu'un ou une aide technique, une ou plusieurs des 5 activités suivantes ?**

|                                                                                                  | Pas de difficultés                    | Quelques difficultés                  | Beaucoup de difficultés               | Je ne peux pas le faire sans aide     |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| 1. Vous nourrir sans aide                                                                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_NOURRIR |
| 2. Vous coucher ou vous lever du lit sans aide / Vous asseoir ou vous lever d'un siège sans aide | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_LIT     |
| 3. Vous habiller et vous déshabiller sans aide                                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_HABIT   |
| 4. Aller aux toilettes sans aide                                                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_TOILET  |
| 5. Prendre un bain ou une douche sans aide                                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | DIF_LAVER   |

**17. Recevez-vous (ou utilisez-vous) habituellement de l'aide pour au moins une de ces 5 activités (celles du tableau ci-dessus) ?** DIF5\_AIDE

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**Auriez-vous besoin de plus d'aide ?** DIF5\_PLUSAIDE

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**Auriez-vous besoin d'aide ?** DIF5\_BESOIN

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**18.** Avez-vous des difficultés à réaliser, sans l'aide de quelqu'un ou une aide technique, une ou plusieurs des 7 activités suivantes ?

|                                                                     | Pas de difficultés                    | Quelques difficultés                  | Beaucoup de difficultés               | Je ne peux pas le faire sans aide     | Je ne sais pas / je n'ai pas à le faire |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| 1. Préparer à manger sans aide                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_MANGER    |
| 2. Utiliser le téléphone sans aide                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_TEL       |
| 3. Faire les courses sans aide                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_COURSE    |
| 4. Préparer et prendre des médicaments sans aide                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_MEDIC     |
| 5. Faire des tâches ménagères légères sans aide                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_TACHLEGER |
| 6. Faire des tâches ménagères lourdes sans aide                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_TACHLOURD |
| 7. S'occuper des comptes et des démarches administratives sans aide | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>   | DIF_ADMIN     |

**19.** Recevez-vous (ou utilisez-vous) habituellement de l'aide pour au moins une de ces 7 activités (celles du tableau ci-dessus) ? **DIF7\_AIDE**

<sub>1</sub> Oui



**Auriez-vous besoin de plus d'aide ?** **DIF7\_PLUSAIDE**

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

<sub>2</sub> Non



**Auriez-vous besoin d'aide ?** **DIF7\_BESOIN**

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**20.** Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- <sub>1</sub> Nulle
- <sub>2</sub> Très faible
- <sub>3</sub> Faible
- <sub>4</sub> Moyenne
- <sub>5</sub> Grande
- <sub>6</sub> Très grande

DOULEUR

**21.** Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- <sub>1</sub> Pas du tout
- <sub>2</sub> Un petit peu
- <sub>3</sub> Moyennement
- <sub>4</sub> Beaucoup
- <sub>5</sub> Énormément

DOULEUR\_LIMIT

**22.** Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

|                                                                                                                                                                            | Jamais                                | Plusieurs jours                       | Plus de la moitié des jours           | Presque tous les jours                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_INTERET   |
| Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_TRISTE    |
| Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_DORMIR    |
| Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_FATIGUE   |
| Avoir peu d'appétit ou manger trop                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_APPETIT   |
| Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même                                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_NUL       |
| Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision                                                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_CONCENTRE |
| Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | G_LENT      |



# SOINS DE SANTÉ

## Soins hospitaliers

**23.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) au moins une nuit ? HOSPIT\_NUIT

- <sub>1</sub> Oui → **Combien de nuits au total au cours des 12 derniers mois ?** |\_|\_|\_| nuits  
<sub>2</sub> Non

HOSPIT\_NBNUIT

**24.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été admis(e) en hôpital de jour sans y passer la nuit ? HOSPIT\_PASNUIT

- <sub>1</sub> Oui → **Combien de fois au total au cours des 12 derniers mois ?** |\_|\_|\_| fois  
<sub>2</sub> Non

HOSPIT\_NBPASNUIT

## Soins de ville

**25.** **De quand date votre dernière visite pour vous-même chez un dentiste ou un orthodontiste ?**

- <sub>1</sub> Il y a moins de 6 mois  
<sub>2</sub> Entre 6 mois et moins de 12 mois  
<sub>3</sub> Il y a 12 mois ou plus  
<sub>4</sub> Je ne suis jamais allé ni chez un dentiste ni chez un orthodontiste

DERDENTISTE

**26.** **De quand date votre dernière consultation (consultation au cabinet, visite à domicile ou consultation téléphonique) pour vous-même avec un médecin généraliste ou votre médecin traitant ?**

- <sub>1</sub> Il y a moins de 12 mois  
<sub>2</sub> Il y a 12 mois ou plus  
<sub>3</sub> Je n'ai jamais consulté de médecin généraliste

DERGENE

**26.1** Au cours des 4 dernières semaines, combien de consultations (consultation au cabinet, visite ou consultation téléphonique) avez-vous eues pour vous-même avec un médecin généraliste ou votre médecin traitant ?

|\_|\_| contacts (0 si aucun contact au cours des 4 dernières semaines) NBGENE\_4S



Pour les questions 27 et 27.1, les consultations chez un dentiste, un kinésithérapeute et les consultations lors d'une hospitalisation ne doivent pas être prises en compte.

**27.** De quand date votre dernière consultation pour vous-même avec un médecin spécialiste ou un chirurgien ?

- <sub>1</sub> Il y a moins de 12 mois DERSPE
- <sub>2</sub> Il y a 12 mois ou plus
- <sub>3</sub> Je n'ai jamais consulté ni médecin spécialiste ni chirurgien

**27.1** Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même un médecin spécialiste ou un chirurgien ? NBSPE\_4S

I\_\_I\_\_I fois (0 si aucune consultation au cours des 4 dernières semaines)

**28.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté pour vous-même :

|                                                  | Oui                                   | Non                                   |      |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------|
| Un kinésithérapeute ?                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | KINE |
| Un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre ? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | PSY  |

**29.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé, pour vous-même et en raison de problèmes de santé, des services de soins ou d'aide à domicile (soins infirmiers, aide-ménagère, portage de repas...) ?

- <sub>1</sub> Oui AIDEDOM
- <sub>2</sub> Non

**30.** Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin ? (à l'exclusion des pilules contraceptives)

- <sub>1</sub> Oui MEDIC\_PRESC
- <sub>2</sub> Non

**31.** Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments, plantes médicinales ou vitamines non prescrits par un médecin ? MEDIC\_NONPRESC

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

## Prévention

**32.** De quand date votre dernière vaccination contre la grippe saisonnière ?

I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I (année)

I\_\_I\_\_I (mois si vous vous en souvenez)

- <sub>1</sub> Je n'ai jamais été vacciné(e) contre la grippe saisonnière

AN\_VACGRIP

MOIS\_VACGRIP

PAS\_VACGRIP

**33.** Avez-vous reçu à l'automne 2013, de votre caisse d'Assurance maladie, un bon de prise en charge gratuite du vaccin contre la grippe ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**BONGRIP**

**34.** De quand date la dernière mesure par un professionnel de santé...

|                                                                     | Moins de 12 mois                      | Entre 1 an et moins de 2 ans          | Entre 2 ans et moins de 3 ans         | Entre 3 ans et moins de 5 ans         | 5 ans ou plus                         | Jamais                                |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ...de votre tension artérielle ? <b>DER_TENSION</b>                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| ...de votre taux de cholestérol ? <b>DER_CHOL</b>                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| ...de votre taux de sucre dans le sang (glycémie) ? <b>DER_GLYC</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

**35.** De quand date...

**DER\_HEMOCCULT**

|                                                                                                                   | Moins de 12 mois                      | Entre 1 an et moins de 2 ans          | Entre 2 ans et moins de 3 ans         | Entre 3 ans et moins de 5 ans         | 5 ans ou plus                         | Jamais                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ...votre dernier test de recherche de sang dans les selles (Hemocult® ou test immunologique de type Magstream® ?) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| ...votre dernière coloscopie (examen des intestins sous anesthésie générale) ?                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

**DER\_COLOSCOP**

**36.** Pour les femmes uniquement, de quand date...

|                                                                                             | Moins de 12 mois                      | Entre 1 an et moins de 2 ans          | Entre 2 ans et moins de 3 ans         | Entre 3 ans et moins de 5 ans         | 5 ans ou plus                         | Jamais                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ...votre dernière mammographie (radiographie des seins) ? <b>DER_MAMMO</b>                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| ...votre dernier frottis cervico-utérin (appelé également « frottis ») ? <b>DER_FROTTIS</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |



# FACTEURS PERSONNELS ET HABITUDES DE VIE

## Poids et taille

VAR GÉNÉRÉES :  
IMC  
ETATIMC

**37.** Quelle est votre taille (sans chaussures) ?

|\_| m |\_|\_| cm

TAILLE

**38.** Quel est votre poids actuel (sans vêtements et sans chaussures), ou si vous êtes enceinte, votre poids avant grossesse ?

|\_|\_|\_| kg

POIDS

## Activité physique

### Lors de votre activité principale

**39.** Qu'est-ce qui décrit le mieux les efforts physiques que vous réalisez dans le cadre de votre activité principale (travail, activité domestique ou études) ? TRAVQUOT

- <sub>1</sub> Je suis le plus souvent assis(e) ou debout sans que cela nécessite d'effort particulier
- <sub>2</sub> Je marche ou je réalise des tâches nécessitant un effort modéré
- <sub>3</sub> Je réalise le plus souvent des tâches nécessitant un effort important

### Lors de vos déplacements



Pensez maintenant aux trajets que vous faites habituellement en cette saison pour aller au travail, aller à l'école, faire vos courses etc.

**40.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous effectuez un trajet d'au moins 10 minutes à pied sans vous arrêter ?

|\_| jours (0 si jamais)

TRAJAPIED

**41.** Combien de temps au total par jour durent ces trajets d'au moins 10 minutes à pied ?

- <sub>1</sub> Entre 10 et 29 minutes par jour
- <sub>2</sub> Entre 30 et 59 minutes par jour
- <sub>3</sub> Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- <sub>4</sub> Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- <sub>5</sub> 3 heures ou plus par jour
- <sub>6</sub> Je n'effectue pas de trajet à pied d'au moins 10 minutes d'affilée

TRAJAPIEDJR

**42.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous effectuez un trajet d'au moins 10 minutes à vélo sans vous arrêter ?

I\_\_I jours (0 si jamais)

TRAJAVELO

**43.** Combien de temps au total par jour durent ces trajets d'au moins 10 minutes à vélo ?

- <sub>1</sub> Entre 10 et 29 minutes par jour
- <sub>2</sub> Entre 30 et 59 minutes par jour
- <sub>3</sub> Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- <sub>4</sub> Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- <sub>5</sub> 3 heures ou plus par jour
- <sub>6</sub> Je n'effectue pas de trajet à vélo d'au moins 10 minutes d'affilée

TRAJAVELOJR

## Lors de vos loisirs



Les questions suivantes excluent les activités précédemment évoquées (travail, activité domestique, études, trajets).

Ne tenez compte que des loisirs que vous pratiquez en cette saison qui entraînent au moins une légère accélération de la respiration ou du rythme cardiaque.

**44.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous pratiquez, pendant au moins 10 minutes d'affilée, un sport ou une activité physique de loisir ?

I\_\_I jours (0 si jamais)

SPORT

**45.** Précisément, combien de temps au total dans une semaine habituelle pratiquez-vous des sports ou des activités physiques de loisir pendant au moins 10 minutes d'affilée ?

I\_\_I\_\_I h I\_\_I\_\_I min

(0 si aucune activité physique de loisir pendant au moins 10 minutes d'affilée) SPORTSEM

**46.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous faites de la musculation ou des exercices de renforcement musculaire ?

I\_\_I jours (0 si jamais)

MUSCU

## Consommation de fruits et légumes



Une portion est l'équivalent de 80 à 100 grammes.

C'est par exemple :



1 pomme



3 abricots



7 fraises



1 petite  
salade de fruits



1/2 pampleousse



Fruits secs



1 compote de fruits



1 jus de fruits fait maison



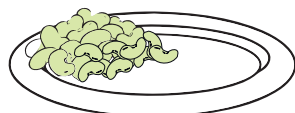
1 banane

**47.** A quelle fréquence consommez-vous des fruits (les jus de fruits ne sont inclus que s'ils sont faits maison) ?

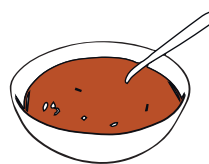
- <sub>1</sub> 1 fois ou plus par jour → **Combien de portions par jour ? |\_\_|\_\_|** **FRUITJR**
- <sub>2</sub> Entre 4 et 6 fois par semaine
- <sub>3</sub> Entre 1 et 3 fois par semaine **FRUIT**
- <sub>4</sub> Moins d'1 fois par semaine
- <sub>5</sub> Jamais



1/3 d'assiette de haricots verts



1/3 d'assiette de flageolets



1 bol de soupe



1 tomate



1 bol de salade

**48.** A quelle fréquence consommez-vous des légumes ou de la salade (en excluant les jus et les pommes de terre) ?

- <sub>1</sub> 1 fois ou plus par jour → **Combien de portions par jour ? |\_\_|\_\_|** **LEGUMEJR**
- <sub>2</sub> Entre 4 et 6 fois par semaine
- <sub>3</sub> Entre 1 et 3 fois par semaine **LEGUME**
- <sub>4</sub> Moins d'1 fois par semaine
- <sub>5</sub> Jamais

## Consommation de tabac et de cigarettes électroniques

### 49. Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours CIGELEC  
<sub>2</sub> Oui, occasionnellement  
<sub>3</sub> Non

### 50. Fumez-vous du tabac (hors cigarettes électroniques) ?

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours  
<sub>2</sub> Oui, occasionnellement  
<sub>3</sub> Pas du tout → **Passez à la question 51**

FUME

#### → 50.1 Que fumez-vous ?

|                                                                                      | Oui                                   | Non                                   | Si vous en fumez tous les jours, combien ? |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Des cigarettes ? <span style="color: red;">CIGARETT</span><br>(en paquet ou roulées) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | _ _  par jour                              | <span style="color: red;">CIGARETTJR</span> |
| Des cigares / cigarillos ? <span style="color: red;">CIGARES</span>                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | _ _  par jour                              | <span style="color: red;">CIGARESJR</span>  |
| Des pipes ? <span style="color: red;">PIPES</span>                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | _ _  par jour                              | <span style="color: red;">PIPESJR</span>    |
| La chicha, le narguilé ? <span style="color: red;">CHICHA</span>                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | _ _  par jour                              | <span style="color: red;">CHICHAJR</span>   |

### 51. À quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée du tabac en intérieur ?

- <sub>1</sub> Jamais ou presque jamais TABACEXPO  
<sub>2</sub> Moins d'une heure par jour  
<sub>3</sub> Une heure ou plus par jour

### 52. Avez-vous déjà fumé quotidiennement ou presque, pendant au moins 1 an ?

- <sub>1</sub> Oui AFUME  
<sub>2</sub> Non



## Consommation d'alcool



Les 3 questions suivantes concernent  votre consommation des 12 derniers mois et pas seulement des dernières semaines.

Alcool = toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky...)

Exemples de verre standard :



**53.** Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- <sub>1</sub> Jamais → **Passez à la question 56**
- <sub>2</sub> 1 fois par mois ou moins
- <sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois
- <sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine
- <sub>5</sub> 4 à 6 fois par semaine
- <sub>6</sub> Tous les jours

ALCOOL

**54.** Combien de verres standards (voir dessin ci-dessus) consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- <sub>1</sub> 1 ou 2 verres
- <sub>2</sub> 3 à 4 verres
- <sub>3</sub> 5 à 6 verres
- <sub>4</sub> 7 à 9 verres
- <sub>5</sub> 10 verres ou plus

NBVER

**55.** Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standards ou plus (voir dessin ci-dessus) au cours d'une même occasion ?

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> Moins d'1 fois par mois
- <sub>3</sub> 1 fois par mois
- <sub>4</sub> 1 fois par semaine
- <sub>5</sub> Tous les jours ou presque

SIXVER

# ENTOURAGE, SOUTIEN ÉCONOMIQUE ET SOCIAL



Les conditions de vie actuelles et passées, y compris pendant l'enfance, sont des éléments importants pour comprendre les différences d'état de santé et de recours aux soins.

Nous allons donc vous poser des questions vous concernant et concernant également la ou les personne(s) qui vous élevai(en)t lorsque vous aviez 12 ans, qu'il s'agisse de vos parents ou non.

**56.** Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie de rencontrer des difficultés pour payer votre loyer, vos charges (y compris eau, électricité, téléphone), votre participation financière ou le remboursement de vos emprunts pour le logement ?

- <sub>1</sub> Oui, de grosses difficultés auxquelles je ne pouvais faire face
- <sub>2</sub> Oui, mais je pouvais faire face
- <sub>3</sub> Non
- <sub>4</sub> Sans objet (je n'ai jamais payé de loyer, de charges et n'ai jamais eu de prêt à rembourser)

DIFPAYER

**57.** Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie, y compris durant l'enfance, de souffrir durablement d'isolement à la suite d'événements subis par vous ou vos proches (changement de pays ou de région, placement, conflit grave, incarcération...) ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

ISOLEMENT

**58.** Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ?

- <sub>1</sub> Aucune
- <sub>2</sub> 1 ou 2
- <sub>3</sub> 3 à 5
- <sub>4</sub> 6 ou plus

NBPROCHE

**59.** Les gens montrent-ils de l'intérêt pour ce que vous faites ?

- <sub>1</sub> Oui, beaucoup d'intérêt
- <sub>2</sub> Oui, un certain intérêt
- <sub>3</sub> Je ne peux pas le dire avec certitude
- <sub>4</sub> Non, peu d'intérêt
- <sub>5</sub> Non, pas du tout d'intérêt

INTERET

**60. Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ?**

- <sub>1</sub> Très facilement
- <sub>2</sub> Facilement
- <sub>3</sub> C'est possible
- <sub>4</sub> Difficilement
- <sub>5</sub> Très difficilement

AIDVOISIN

**61. Quel est le niveau d'études que votre père (ou l'homme qui vous a élevé(e)) a atteint ?**

- <sub>1</sub> Il n'est jamais allé à l'école
- <sub>2</sub> Maternelle, primaire, certificat d'études
- <sub>3</sub> 1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, technique jusqu'à CAP et BEP
- <sub>4</sub> 2<sup>e</sup> cycle : 2<sup>de</sup>, 1<sup>re</sup>, terminale, bac technique, bac
- <sub>5</sub> Études supérieures au bac
- <sub>6</sub> Autres, précisez : .....
- <sub>7</sub> Je ne sais pas

PERE\_ETUDE

PERE\_CLETUDE

**62. Quel est le niveau d'études que votre mère (ou la femme qui vous a élevé(e)) a atteint ?**

- <sub>1</sub> Elle n'est jamais allée à l'école
- <sub>2</sub> Maternelle, primaire, certificat d'études
- <sub>3</sub> 1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, technique jusqu'à CAP et BEP
- <sub>4</sub> 2<sup>e</sup> cycle : 2<sup>de</sup>, 1<sup>re</sup>, terminale, bac technique, bac
- <sub>5</sub> Études supérieures au bac
- <sub>6</sub> Autres, précisez : .....
- <sub>7</sub> Je ne sais pas

MERE\_ETUDE

MERE\_CLETUDE

**63. Participez-vous régulièrement à des actions collectives (réunions, rencontres, actions) dans le cadre d'une association (bénévolat, parents d'élèves, de quartiers, crèche parentale, conseil syndical d'immeuble...), d'un club sportif, d'une communauté religieuse, d'un syndicat, d'un parti politique ?**

ASSOCIATION

- <sub>1</sub> Oui
  - **Si oui, en tant que :** ASSMEMBRE
    - <sub>1</sub> Responsable, organisateur(trice) ou membre actif(ve)
    - <sub>2</sub> Simple adhérent(e)
- <sub>2</sub> Non

**64.** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré et passé du temps avec les personnes suivantes :

| Activité                                                                                                                     | Fréquence | Tous les jours ou presque             | Au moins une fois par semaine         | Au moins une fois par mois            | Moins d'une fois par mois             | Jamais                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Avec des personnes de votre famille vivant en dehors du ménage <small>TPSFAMIL</small>                                       |           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Avec des amis ou des voisins <small>TPSAMI</small>                                                                           |           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Avec des collègues de travail en dehors des périodes de travail <small>TPSCOLLEG</small>                                     |           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Avec d'autres personnes dans des associations, organismes bénévoles, églises, partis politiques, etc. <small>TPSASSO</small> |           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

**65.** En matière d'attitude à l'égard du risque, placez-vous à l'aide d'une croix sur une échelle de 0 à 10 dans différents domaines de la vie : **RISQUE**

0 : personnes très prudentes, qui s'efforcent de limiter au maximum les risques de l'existence et recherchent une vie bien réglée, sans surprise.

10 : personnes attirées par l'aventure, qui recherchent la nouveauté et les défis, aiment prendre des risques et miser gros dans leur existence.

**Globalement, en matière d'attitude à l'égard du risque, où vous placez-vous :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Prudent(e) Aventureux(se)

**66.** En matière d'attitude à l'égard de l'avenir, placez-vous à l'aide d'une croix sur une échelle de 0 à 10 selon que vous vous sentez plus proche de l'un ou de l'autre portrait-type : **AVENIR**

0 : personnes qui vivent au jour le jour et prennent la vie comme elle vient, sans trop songer au lendemain ni se projeter dans l'avenir.

10 : personnes préoccupées par leur avenir (même éloigné), qui ont des idées bien arrêtées sur ce qu'elles voudraient être ou faire plus tard.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Vit au jour le jour Préoccupé(e) par l'avenir

# CONDITIONS DE TRAVAIL



Ne répondez aux propositions suivantes que si vous occupez un emploi actuellement. Sinon, allez en page 23.

Ces propositions portent sur votre emploi principal (c'est-à-dire celui dans lequel vous travaillez le plus grand nombre d'heures dans la semaine).

Elles concernent vos conditions de travail actuelles.

**67.** Je me sens capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans.

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

<sub>3</sub> Sans objet (60 ans et plus)

CT\_MMTRAV

**68.** Je suis obligé(e) de me dépêcher pour faire mon travail.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

CT\_DEPECH

**69.** Je vis des tensions avec un public : usagers, patients, élèves, voyageurs, clients.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

<sub>5</sub> Sans objet (pas de contact avec le public)

CT\_TENSION

**70.** Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment faire mon travail.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

CT\_LIBERTE

**71.** Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

CT\_APPREND

**72.** Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

<sub>5</sub> Sans objet (pas de collègue)

CT\_AIDECOL

**73.** Mon travail est reconnu à sa juste valeur.

<sub>1</sub> Toujours <sub>2</sub> Souvent <sub>3</sub> Parfois <sub>4</sub> Jamais

CT\_RECONNU

**74.** **Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_SALCORRECT**

**75.** **Mon travail m'oblige à ne pas dormir entre minuit et 5 h du matin (50 nuits par an équivalent à souvent).**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_TRAVNUIT**

**76.** **J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_REPET**

**77.** **Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_LOURD**

**78.** **Je suis exposé(e) à des postures pénibles ou fatigantes à la longue : debout prolongé, accroupi(e), courbé(e), bras en l'air, en torsion, position forcée.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_POSTURE**

**79.** **Je suis exposé(e) à des produits (ou substances) nocifs ou toxiques : poussières, fumées, microbes, produits chimiques.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_PRODUI**

**80.** **Je travaille avec la peur de perdre mon emploi.**  
<sub>1</sub> Toujours   <sub>2</sub> Souvent   <sub>3</sub> Parfois   <sub>4</sub> Jamais   **CT\_PEUR**

**81.** **Au cours des 12 derniers mois, il y a eu un plan de licenciements dans l'établissement où je travaille.**  
<sub>1</sub> Oui   <sub>2</sub> Non   **CT\_LICENCIE**

