

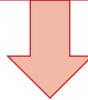
Prénom de la personne à qui est adressé le questionnaire :
(voir encadré en haut de la première page du questionnaire)

Date de naissance de la personne à qui est adressé le questionnaire : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|



Il est important que ce soit la personne concernée
qui remplisse elle-même le questionnaire

**Si la personne concernée ne peut pas remplir elle-même son questionnaire
(personne malvoyante par exemple)**



Prénom de la personne qui aide au remplissage : |_|_|
(réservé chiffrement)

Pour quelles raisons ne le fait-elle pas elle-même :
.....
.....



Il est impératif que la personne concernée soit présente
et que ce soit elle qui réponde aux questions

SANTÉ ET HABITUDES DE VIE

Votre santé et vos habitudes de vie

1. Comment est votre état de santé en général ?

- ₁ Très bon
- ₂ Bon
- ₃ Assez bon
- ₄ Mauvais
- ₅ Très mauvais

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

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

- ₁ Oui, fortement limité
- ₂ Oui, limité, mais pas fortement
- ₃ Non, pas limité du tout

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

|_|_|

5. Quelle est votre taille ? |_|_| m |_|_|_| cm

Quel est votre poids ? |_|_|_|_| kg

6. Avez-vous involontairement perdu du poids durant les 12 derniers mois, en dehors d'un régime alimentaire ?

- ₁ Oui → Combien de kilos avez-vous perdus ? |_|_|_|_| kg
- ₂ Non

7. Durant les 4 dernières semaines avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?

- ₁ Pas du tout
₂ Un peu
₃ Beaucoup
- } S'agissait-il surtout d'une fatigue : ₁ Psychique ₂ Physique
₃ Les 2 (psychique et physique)

8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies ou problèmes de santé ?

- ₀₁ Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)
₀₂ Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
₀₃ Infarctus du myocarde
₀₄ Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor
₀₅ Hypertension artérielle
₀₆ Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)
₀₇ Arthrose hors colonne vertébrale
₀₈ Lombalgies (douleurs des reins) et autres atteintes chroniques du dos
₀₉ Cervicalgies (douleurs du cou) et autres atteintes cervicales chroniques
₁₀ Diabète
₁₁ Allergies telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire (hors asthme allergique)
₁₂ Cirrhose du foie
₁₃ Incontinence urinaire, fuites urinaires, problème de contrôle de la vessie
₁₄ Dépression
₁₅ Aucune des maladies citées ci-dessus

9. Souffrez-vous depuis au moins un mois de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes fréquents ou sommeil non réparateur ou réveil trop précoce) au moins 3 nuits par semaine ?

- ₁ Oui
₂ Non

→ **10.** Si oui, ces troubles du sommeil ont-ils un retentissement sur votre vie quotidienne (sommolence diurne, baisse de l'attention, irritabilité...) ?

- ₁ Oui
₂ Non

→ **11.** Si oui, avez-vous consulté un médecin pour ces troubles du sommeil ?

- ₁ Oui
₂ Non

12. Portez-vous :

- ₁ Une couronne, un bridge, un implant ?
₂ Un dentier partiel (il vous reste des dents) ?
₃ Un dentier complet (vous n'avez plus de dent à vous) ?
₄ Aucune des propositions citées ci-dessus

13. Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants ?

	En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti très nerveux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti calme et détendu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti triste et abattu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti heureux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Extrait du manuel : le questionnaire MOS SF-36 (Leplège, éditions Estem, 2001)

14. Dans votre activité professionnelle ou vos travaux quotidiens (travaux domestiques, études, bénévolat...), qu'est-ce qui décrit le mieux ce que vous faites ?

- ₁ Je suis le plus souvent assis ou debout
- ₂ Je marche ou je réalise des tâches nécessitant un effort modéré
- ₃ Je réalise le plus souvent des tâches nécessitant un effort physique important
- ₄ Je n'ai pas d'activité professionnelle et ne fais pas de travaux quotidiens

15. 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 ?

|_| jours (0 si jamais)

Précisément, combien de temps en moyenne par jour durent ces trajets |_|_| h |_|_| min

16. 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 ?

|_| jours (0 si jamais)

Précisément, combien de temps en moyenne par jour durent ces trajets |_|_| h |_|_| min

17. Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous faites du sport (salle de sport, piscine, activité de plein air...) pendant au moins 10 minutes de façon continue ?

|_| jours (0 si jamais)

Précisément, combien de temps dans une semaine habituelle |_|_|_| h |_|_| min



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

C'est par exemple :



1 pomme



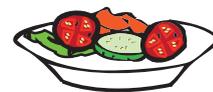
2 abricots



5-6 fraises



1 petite
salade de fruits



1 petite
assiette de crudités

18. A quelle fréquence consommez-vous des fruits (en excluant les jus) ?

- ₁ 1 fois ou plus par jour
↳ **Combien de portions par jour ?** |__|__|
- ₂ Entre 4 et 6 fois par semaine
- ₃ Entre 1 et 3 fois par semaine
- ₄ Moins d'1 fois par semaine
- ₅ Jamais

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

- ₁ 1 fois ou plus par jour
↳ **Combien de portions par jour ?** |__|__|
- ₂ Entre 4 et 6 fois par semaine
- ₃ Entre 1 et 3 fois par semaine
- ₄ Moins d'1 fois par semaine
- ₅ Jamais



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

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

Exemple de verre standard :



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

- ₁ Jamais
→ **Passez à la question 23**
- ₂ 1 fois par mois ou moins
- ₃ 2 à 4 fois par mois
- ₄ 2 à 3 fois par semaine
- ₅ 4 à 6 fois par semaine
- ₆ Tous les jours

21. Combien de verres standard consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- ₁ 1 ou 2 verres
- ₂ 3 ou 4 verres
- ₃ 5 ou 6 verres
- ₄ 7 à 9 verres
- ₅ 10 verres ou plus

22. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?

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

23. Fumez vous ?

- ₁ Oui tous les jours
- ₂ Oui occasionnellement
- ₃ Pas du tout

24. Fumez-vous par jour :

Des cigarettes ? ₁ Oui ₂ Non
→ Combien : |_|_|_|_|

Des cigares / cigarillos ? ₁ Oui ₂ Non
→ Combien : |_|_|_|_|

Des pipes ? ₁ Oui ₂ Non
→ Combien : |_|_|_|_|

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

Vaccinations - dépistage

26. Pouvez-vous me dire si vous avez déjà reçu depuis l'âge de 15 ans, au moins un rappel du vaccin contre la Diphtérie - Tétanos - Polio ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

27. Si oui, pouvez-vous me dire de quand date le dernier rappel ?

- ₁ 10 ans ou moins
- ₂ + de 10 ans
- ₃ Je ne sais pas

28. Si oui, pouvez-vous me dire le nom du vaccin ?

- ₁ Revaxis
- ₂ Repevax
- ₃ Boostrixtetra
- ₄ DTP
- ₅ Je ne connais pas le nom du vaccin

29. Si vous êtes une femme de moins de 25 ans, pouvez-vous me dire si vous avez été vaccinée par le vaccin contre le papillomavirus humain - HPV (virus à l'origine du cancer du col de l'utérus) (vaccins Gardasil ou Cervarix) ?

- ₁ Oui
↳ **Combien de doses ?**
|_|_| dose(s)
₁ Je ne sais pas
- ₂ Non
₃ Je ne sais pas

30. Si vous êtes une femme, avez-vous déjà eu un frottis cervico-utérin (appelé également frottis) ?

- ₁ Oui, il y a moins de 3 ans
₂ Oui, il y a entre 3 et 5 ans
₃ Oui, il y a plus de 5 ans
₄ Non, jamais

Gênes et difficultés rencontrées dans la vie quotidienne



Maintenant, pensez aux gênes ou aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans la vie de tous les jours.

Ignorez les problèmes temporaires, passagers.

31. Portez-vous des lunettes ou des lentilles ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Je suis non-voyant, je ne peux pas voir du tout
↳ **Passez à la question 33**

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

- ₁ Pas de difficulté
₂ Quelques difficultés
₃ Beaucoup de difficultés
₄ Je ne peux pas du tout

33. Portez-vous un appareil auditif ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Je suis profondément sourd, je n'entends pas du tout
↳ **Passez à la question 36**

34. Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse (avec votre appareil auditif si vous en portez un) ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

35. Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne dans une pièce plus bruyante (avec votre appareil auditif si vous en portez un) ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

36. Avez-vous des difficultés à marcher 500 m, sans aide ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

37. Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre une douzaine de marches, sans aide ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

38. Avez-vous des difficultés à porter un sac de 5 kg comme un gros sac de provision, sans aide ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

39. Avez-vous des difficultés pour vous servir de vos mains et de vos doigts, sans aide ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

40. Avez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant une longue période ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

41. Avez-vous des difficultés pour vous baisser, vous agenouiller sans aide ?

- ₁ Pas de difficulté
- ₂ Quelques difficultés
- ₃ Beaucoup de difficultés
- ₄ Je ne peux pas du tout

42. Vous arrive-t-il de ne pas vous souvenir à quel moment de la journée nous sommes ?

- ₁ Oui
- ₂ Non



Nous allons maintenant vous interroger sur les difficultés que vous pouvez rencontrer dans les activités de la vie quotidienne. Une fois de plus, veuillez ignorer les problèmes passagers ou temporaires.

43. Avez-vous des difficultés à réaliser seul les activités suivantes ?

	Non, pas de difficulté	Oui, quelques difficultés	Oui, beaucoup de difficultés	Oui, je ne peux pas le faire seul
Se nourrir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Se coucher ou se lever du lit / S'asseoir ou se lever d'un siège	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
S'habiller et se déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Se servir des toilettes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Se laver (bain ou douche)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



Si vous avez des difficultés pour au moins 1 des activités citées ci-dessus :

44. Recevez-vous habituellement de l'aide de quelqu'un ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

45. Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un (ou de plus d'aide si vous en avez déjà) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

46. Avez-vous des difficultés à réaliser seul les activités suivantes ?

	Non, pas de difficulté	Oui, quelques difficultés	Oui, beaucoup de difficultés	Oui, je ne peux pas le faire seul	Je ne sais pas / Je n'ai pas à le faire
Préparer à manger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Faire les courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Prendre des médicaments seul	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Faire des tâches ménagères légères	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Faire des tâches ménagères lourdes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
S'occuper des comptes et des démarches administratives	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



Si vous avez des difficultés pour au moins 1 des activités citées ci-dessus :

→ **47.** Recevez-vous habituellement de l'aide ?

- ₁ Oui
₂ Non

→ **48.** Avez-vous besoin d'aide (ou de plus d'aide si vous en avez déjà) ?

- ₁ Oui
₂ Non

Don du sang / transplantation

49. Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un don de sang ?

- ₁ Oui
- ₂ Non, je ne peux pas en raison d'un problème de santé passé ou actuel
- ₃ Non, pour d'autres raisons, précisez :

→ **50.** Si oui, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous donné votre sang ?

I _ I _ I fois/an (0 si jamais)

→ **Si 0 fois, pourquoi n'avez-vous pas donné votre sang au cours des 12 derniers mois ?**

- ₁ Je ne peux pas en raison d'un problème de santé
- ₂ Je n'ai pas pu pour une raison de santé temporaire (voyage récent, maladie aigüe...)
- ₃ On me refuse pour d'autres raisons
- ₄ Je ne souhaite pas donner mon sang
- ₅ J'ai peur des conséquences pour ma santé
- ₆ Il n'y pas de service de don à proximité
- ₇ Je ne sais pas où m'adresser
- ₈ Autres raisons, précisez :

51. Vous-même ou l'un de vos proches a-t-il déjà été transfusé ?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Vous-même	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
L'un de vos proches	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

52. Si votre état de santé l'exigeait, seriez-vous prêt à vous faire greffer un organe, comme un rein, un foie ou un poumon par exemple ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

53. Seriez-vous prêt, vous-même, à faire don de vos organes en cas de décès, pour qu'ils soient transplantés à des personnes malades ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

→ **54.** Si oui, avez-vous fait une démarche dans ce sens (carte de donneur, en informant vos proches) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Accidents de la vie courante



Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

55. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'1 ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?

- ₁ Oui → Combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours des 3 derniers mois ? | _ | _ |
→ Passez à la question n° 56
- ₂ Non → Passez au questionnaire « Economique et social » page 15

→ **56.** Le dernier accident a eu lieu ?

- ₁ Au domicile
- ₂ A l'école
- ₃ Au cours d'une activité sportive
- ₄ Sur un lieu de loisirs
- ₅ Autre, précisez :

→ **57.** Décrivez la blessure dûe au dernier accident :

- ₁ Plaie, coupure
- ₂ Brûlure
- ₃ Fracture
- ₄ Entorse, luxation
- ₅ Autre, précisez :

→ **58.** Où était située cette blessure ?

- ₁ Tête
- ₂ Cou
- ₃ Epaule, bras, main
- ₄ Genou, jambe, pied
- ₅ Tronc
- ₆ Autre, précisez :

→ **59.** A quels soins avez-vous eu recours pour ce dernier accident :

- ₁ Soins de médecin
- ₂ Soins infirmiers
- ₃ Kinésithérapie
- ₄ Achats en pharmacie
- ₅ Passage aux urgences d'un hôpital
- ₆ Hospitalisation
- ₇ Autre, précisez :

→ **60.** Au cours des 48 heures qui ont suivi ce dernier accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?

- ₁ Oui, sévèrement limité
- ₂ Oui, limité
- ₃ Non, pas du tout

ECONOMIQUE ET SOCIAL



Ce questionnaire vise à mieux connaître votre situation personnelle. Il nous aide à comprendre les problèmes de santé et d'accès aux soins qui peuvent se poser en France.

61. 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 ?

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

62. 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...)?

- ₁ Oui
- ₂ Non

63. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne veux pas / je n'ose pas demander d'aide

64. Quel est le niveau d'étude que votre père a atteint ?

- ₁ Il n'est jamais allé à l'école
- ₂ Maternelle, primaire, certificat d'études (CEP)
- ₃ 1^{er} cycle : 6^e, 5^e, 4^e, 3^e, technique jusqu'à CAP et BEP
- ₄ 2^e cycle : 2^{de}, 1^{re}, terminale, bac technique, bac
- ₅ Études supérieures au bac
- ₆ Autres, précisez :
- ₇ Je ne sais pas

65. Quel est le niveau d'étude que votre mère a atteint ?

- ₁ Elle n'est jamais allée à l'école
- ₂ Maternelle, primaire, certificat d'études (CEP)
- ₃ 1^{er} cycle : 6^e, 5^e, 4^e, 3^e, technique jusqu'à CAP et BEP
- ₄ 2^e cycle : 2^{de}, 1^{re}, terminale, bac technique, bac
- ₅ Études supérieures au bac
- ₆ Autres, précisez :
- ₇ Je ne sais pas

66. Participez-vous régulièrement à des activités 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 ?

- ₁ Oui
- ↳ Si oui, en tant que :
 - ₁ Responsable, organisateur ou membre actif
 - ₂ Simple adhérent
- ₂ Non

67. 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		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec des amis ou des voisins		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec des collègues de travail en dehors des périodes de travail		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec d'autres personnes dans des associations, organismes bénévoles, églises, partis politiques, etc.		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

CONDITIONS DE TRAVAIL



Si vous occupez un emploi actuellement, veuillez répondre aux propositions suivantes. Sinon passez au questionnaire « Accès à la mutuelle » page 21.

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.

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

- ₁ Oui ₂ Non
₃ Sans objet (60 ans et plus)

71. Je suis obligé de me dépêcher pour faire mon travail.

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

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

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais
₅ Sans objet (pas de contact avec le public)

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

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

74. Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles.

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

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

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais
₅ Sans objet (pas de collègue)

76. Mon travail est reconnu à sa juste valeur.

- ₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

77. **Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

78. **Mon travail m'oblige à ne pas dormir entre minuit et 5 h du matin (50 nuits par an équivalent à souvent).**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

79. **J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

80. **Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

81. **Je suis exposé(e) à des postures pénibles ou fatigantes à la longue : debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air, en torsion, position forcée.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

82. **Je suis exposé(e) à des produits (ou substances) nocifs ou toxiques : poussières, fumées, microbes, produits chimiques.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

83. **Je travaille avec la peur de perdre mon emploi.**

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

84. **Au cours des 12 derniers mois y a-t-il eu un plan de licenciements dans l'établissement où vous travaillez.**

₁ Oui ₂ Non

ACCES A LA MUTUELLE

85. Avez-vous une complémentaire santé (souvent appelée mutuelle) ou la CMU Complémentaire ?

₁ Oui → Passez à la page 24

₂ Non

→ **86.** Pourquoi n'avez-vous pas de mutuelle ?
(plusieurs réponses possibles)

₁ Je souhaiterais en avoir une, mais je n'en ai pas les moyens

₂ Je suis pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une maladie de longue durée (ALD) ou pour une invalidité

₃ Je ne souhaite pas être couvert, je n'en ai pas besoin

₄ Je n'y pense pas, je n'ai pas le temps de faire les démarches

₅ Je ne sais pas comment faire

₆ Je suis en cours d'adhésion

₇ Pour une autre raison, précisez :

Tournez la page SVP ➡

87. Avez-vous dans le passé été assuré auprès d'une mutuelle, y compris la CMU Complémentaire ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle plus

→ **88.** Si oui, la dernière fois que vous avez été assuré, était-ce par :

- ₁ Une mutuelle d'entreprise souscrite via votre employeur ?
- ₂ Une mutuelle individuelle que vous aviez souscrite vous-même ?
- ₃ La mutuelle d'entreprise ou individuelle souscrite par un proche ?
- ₄ La CMU Complémentaire (couverture maladie universelle)
- ₅ Un autre biais, précisez :
.....

→ **89.** Si oui, depuis combien de temps n'avez-vous plus de mutuelle ?

I _ | _ | _ | mois I _ | _ | _ | _ | _ | année

→ **90.** Si oui, pour quelles raisons avez-vous perdu cette mutuelle ?
(plusieurs réponses possibles)

- ₁ Je n'ai plus les moyens de m'en payer une
- ₂ Je suis pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une maladie de longue durée (ALD) ou pour une autre invalidité
- ₃ En raison d'un changement de situation professionnelle
- ₄ En raison d'un changement de situation personnelle
- ₅ Je ne souhaite plus être couvert, je n'en ai plus besoin
- ₆ Pour une autre raison, précisez :
.....

→ **91.** Si non ou si vous ne vous rappelez plus, envisagez-vous prochainement de souscrire une mutuelle ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas



L'Aide à la Complémentaire santé, appelée aussi ACS ou chèque santé, est une aide financière accordée par les caisses d'Assurance maladie, sous conditions de ressources, pour payer une partie de la cotisation de la mutuelle.

92. Aviez-vous déjà entendu parler de l'Aide à la Complémentaire santé (ACS) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

93. Pensez-vous avoir le droit à l'ACS ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

94. Envisagez-vous prochainement de faire des démarches pour bénéficier de l'ACS ?

- ₁ Oui
- ₂ J'ai déjà fait les démarches
- ₃ Non
- ₄ Je ne sais pas

95. Avez-vous déjà fait des démarches pour obtenir la CMU Complémentaire ou l'ACS qui ont été rejetées car vous aviez des revenus trop élevés ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

96. Avez-vous déjà fait des démarches pour obtenir la CMU Complémentaire ou l'ACS qui ont été acceptées, mais vous n'êtes pas allé au bout de la démarche ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

Tournez la page SVP ➡

