

Cadre réservé à l'enquêteur

B	E	N	-	N	4				
N° adresse					N° individuel				
Année de naissance : ANAISENQ									
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^{re} page du questionnaire) qui remplisse elle-même le questionnaire.

1.

Qui remplit ce questionnaire ?

- ₁ La personne concernée (voir encadré en haut à gauche de la 1^{re} page du questionnaire)
- ₂ 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

- ₃ 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 ?

- ₁ La personne concernée est absente pour une longue durée
- ₂ La personne concernée est présente mais a une maladie ou un handicap de longue durée qui l'empêche de répondre
- ₃ 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^{re} page du questionnaire) qui doivent être reportées sur le questionnaire.

SANTÉ

Votre santé

3.

Comment est votre état de santé en général ?

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

ETASANTE

4.

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

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 ?

- ₁ Oui, fortement limité(e) **LIMITE**
₂ Oui, limité(e), mais pas fortement
₃ 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** ₀₁ Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)
PB_BRONCHIT ₀₂ Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
PB_INFARCTUS ₀₃ Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles d'infarctus
PB_CORONAIRE ₀₄ Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor
PB_HYPERTENS ₀₅ Hypertension artérielle
PB_AVC ₀₆ Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale), ou séquelles d'AVC ou d'attaque cérébrale
PB_ARTHROS ₀₇ Arthrose
PB_LOMBALGI ₀₈ Douleur ou affection chronique du dos ou du bas du dos (dorsalgie, lombalgie, sciatique)
PB_CERVICAL ₀₉ Douleur ou affection chronique de la nuque ou des cervicales
PB_DIABET ₁₀ Diabète
PB_ALLERGI ₁₁ Allergies (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foies, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire
PB_CIRRHOS ₁₂ Cirrhose du foie
PB_URINAIR ₁₃ Incontinence urinaire, fuites urinaires, problème de contrôle de la vessie
PB_REIN ₁₄ Problèmes rénaux tels que insuffisance rénale, néphrite, calculs des reins
PB_DEPRESS ₁₅ Dépression
PB_AUTMALA ₁₆ Une autre maladie chronique non citée ci-dessus, précisez :
PB_NON ₁₇ **Aucune de ces maladies au cours des 12 derniers mois**

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

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

9. Portez-vous un appareil auditif ?

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

10. Portez-vous une prothèse dentaire ?

- ₁ Oui, une couronne, un bridge, un implant dentaire PROTDEN
₂ Oui, un dentier partiel (il vous reste des dents) PROTPAR
₃ Oui, un dentier complet (vous n'avez plus de dents à vous) PROTCOMP
₄ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	ACC_CIRC
...dans un accident chez vous ou au domicile de quelqu'un d'autre ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	ACC_DOM
...dans un accident en pratiquant un loisir (hors accidents à domicile) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	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) ?

- ₁ 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
₂ 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
₃ Oui, j'ai eu des soins d'un professionnel de santé (médecin, infirmier(ère), kinésithérapeute) en-dehors de l'hôpital ACC_HORSHOP
₄ 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

- ₁ Oui → Combien de jours au total au cours des 12 derniers mois ? |_|_|_| jours
₂ Non
₃ 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) ?

- ₁ Pas de difficultés DIF_VOIR
₂ Quelques difficultés
₃ Beaucoup de difficultés
₄ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	DIF_ENTENSILEN
...dans une pièce où il y a du bruit ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	DIF_MARCH
...pour monter ou descendre une douzaine de marches sans aide ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	DIF_LIT
3. Vous habiller et vous déshabiller sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	DIF_HABIT
4. Aller aux toilettes sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	DIF_TOILET
5. Prendre un bain ou une douche sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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

₁ Oui

₂ Non

Auriez-vous besoin de plus d'aide ? DIF5_PLUSAIDE

Auriez-vous besoin d'aide ? DIF5_BESOIN

₁ Oui

₁ Oui

₂ Non

₂ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_MANGER
2. Utiliser le téléphone sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_TEL
3. Faire les courses sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_COURSE
4. Préparer et prendre des médicaments sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_MEDIC
5. Faire des tâches ménagères légères sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_TACHLEGER
6. Faire des tâches ménagères lourdes sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	DIF_TACHLOURD
7. S'occuper des comptes et des démarches administratives sans aide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	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**

₁ Oui



Auriez-vous besoin de plus d'aide ? **DIF7_PLUSAIDE**

₁ Oui

₂ Non

₂ Non



Auriez-vous besoin d'aide ? **DIF7_BESOIN**

₁ Oui

₂ Non

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

- ₁ Nulle
- ₂ Très faible
- ₃ Faible
- ₄ Moyenne
- ₅ Grande
- ₆ 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 ?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Un petit peu
- ₃ Moyennement
- ₄ Beaucoup
- ₅ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	G_INTERET
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	G_TRISTE
Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	G_DORMIR
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	G_FATIGUE
Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	G_NUL
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	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

- ₁ Oui → **Combien de nuits au total au cours des 12 derniers mois ?** |_|_|_| nuits
₂ 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

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

HOSPIT_NBPASNUIT

Soins de ville

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

- ₁ Il y a moins de 6 mois
₂ Entre 6 mois et moins de 12 mois
₃ Il y a 12 mois ou plus
₄ 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 ?**

- ₁ Il y a moins de 12 mois
₂ Il y a 12 mois ou plus
₃ 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 ?

- ₁ Il y a moins de 12 mois **DERSPE**
₂ Il y a 12 mois ou plus
₃ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	KINE
Un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	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...) ?

- ₁ Oui **AIDEDOM**
₂ Non

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

- ₁ Oui **MEDIC_PRESC**
₂ Non

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

- ₁ Oui
₂ 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)

- ₁ 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 ?

- ₁ Oui
₂ 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 ? DER_TENSION	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
...de votre taux de cholestérol ? DER_CHOL	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
...de votre taux de sucre dans le sang (glycémie) ? DER_GLYC	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
...votre dernière coloscopie (examen des intestins sous anesthésie générale) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

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) ? DER_MAMMO	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
...votre dernier frottis cervico-utérin (appelé également « frottis ») ? DER_FROTTIS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

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

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

|_| jours (0 si jamais)

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

- ₁ Entre 10 et 29 minutes par jour
- ₂ Entre 30 et 59 minutes par jour
- ₃ Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- ₄ Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- ₅ 3 heures ou plus par jour
- ₆ 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 ?

- ₁ Entre 10 et 29 minutes par jour
- ₂ Entre 30 et 59 minutes par jour
- ₃ Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- ₄ Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- ₅ 3 heures ou plus par jour
- ₆ 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



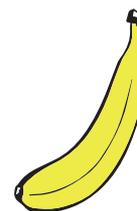
Fruits secs



1 compote de fruits



1 jus de fruits fait maison



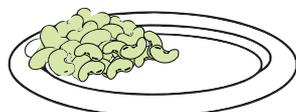
1 banane

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

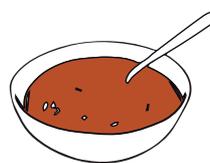
- ₁ 1 fois ou plus par jour → **Combien de portions par jour ? |__|__|** **FRUITJR**
- ₂ Entre 4 et 6 fois par semaine
- ₃ Entre 1 et 3 fois par semaine **FRUIT**
- ₄ Moins d'1 fois par semaine
- ₅ Jamais



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) ?

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

Consommation de tabac et de cigarettes électroniques

49. Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

- ₁ Oui, tous les jours CIGELEC
₂ Oui, occasionnellement
₃ Non

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

- ₁ Oui, tous les jours
₂ Oui, occasionnellement
₃ 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 ? CIGARETT (en paquet ou roulées)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ par jour	CIGARETTJR
Des cigares / cigarillos ? CIGARES	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ par jour	CIGARESJR
Des pipes ? PIPES	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ par jour	PIPESJR
La chicha, le narguilé ? CHICHA	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ par jour	CHICHAJR

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

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

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

- ₁ Oui AFUME
₂ 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 ?

- ₁ Jamais → **Passez à la question 56**
- 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

ALCOOL

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

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

- 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

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 ?

- ₁ Oui, de grosses difficultés auxquelles je ne pouvais 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)

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...)?

- ₁ Oui
- ₂ 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 ?

- ₁ Aucune
- ₂ 1 ou 2
- ₃ 3 à 5
- ₄ 6 ou plus

NBPROCHE

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

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

INTERET

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

- ₁ Très facilement
- ₂ Facilement
- ₃ C'est possible
- ₄ Difficilement
- ₅ Très difficilement

AIDVOISIN

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

- ₁ Il n'est jamais allé à l'école
- ₂ Maternelle, primaire, certificat d'études
- 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

PERE_ETUDE

PERE_CLETUDE

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

- ₁ Elle n'est jamais allée à l'école
- ₂ Maternelle, primaire, certificat d'études
- 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

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

- ₁ Oui
 - **Si oui, en tant que :** ASSMEMBRE
 - ₁ Responsable, organisateur(trice) ou membre actif(ve)
 - ₂ Simple adhérent(e)
- ₂ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec des amis ou des voisins <small>TPSAMI</small>		<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 <small>TPSCOLLEG</small>		<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. <small>TPSASSO</small>		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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.

₁ Oui ₂ Non

₃ Sans objet (60 ans et plus)

CT_MMTRAV

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

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

CT_DEPECH

69. 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)

CT_TENSION

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

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

CT_LIBERTE

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

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

CT_APPREND

72. 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)

CT_AIDECOL

73. Mon travail est reconnu à sa juste valeur.

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais

CT_RECONNU

74. **Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct.**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ 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).**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais **CT_TRAVNUIT**

76. **J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne.**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais **CT_REPET**

77. **Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention.**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ 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.**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais **CT_POSTURE**

79. **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 **CT_PRODUI**

80. **Je travaille avec la peur de perdre mon emploi.**
₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Jamais **CT_PEUR**

81. **Au cours des 12 derniers mois, il y a eu un plan de licenciements dans l'établissement où je travaille.**
₁ Oui ₂ Non **CT_LICENCIE**

