



**Propositions d'un corpus d'indicateurs  
Répondant  
A l'objectif 3 du P.R.S.P.  
« Améliorer la qualité de vie »**

**RAPPORT FINAL**

**21 AVRIL 2006**

## Remerciements

- **Mme C. FERRON**, Directrice-adjointe, Hôpital de jour pour adolescents. Montsouris, Association Cerep. Ancienne directrice-adjointe de la Direction des Affaires Scientifiques de l'INPES.
- **Mr P. GUILBERT**, Responsable du Baromètre santé, Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES)
- **Mme M. KAEMPF**, Responsable des projets de promotion de la santé à Promotion Santé Suisse
- **Mr P. LORENZO**, Directeur du Comité Régional d'Education pour la Santé de Picardie, membre de la FNORS
- **Dr L. MARESCAUX, Dr C. VERGER**, service santé au travail, Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP Bretagne)
- **Dr P. MORISSEAU**, Mutualité sociale agricole du Morbihan.
- **Dr A. TALLEC**, Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire.

# Sommaire

<b>Contexte</b>	p. 4
<b>Introduction</b>	p. 5
<b>1. La qualité de vie liée à la santé</b>	p. 6
1.1. Trois cadres théoriques sous-tendent la QLVS	p. 6
1.2. Les échelles utilisées en France	p. 8
1.3. Intérêt et limites	p. 12
<b>2. De la qualité de vie liée à la santé ... à la qualité de vie.</b>	p. 13
<b>3. Les éléments modérateurs de la qualité de vie liée à la santé</b>	p. 16
<b>4. Propositions d'un corpus d'indicateurs</b>	p. 19
4.1. Les jeunes	p. 19
4.2. Les salariés	p. 20
4.3. Les personnes âgées	p. 21
4.4. Des propositions complémentaires	p. 22
<b>Bibliographie</b>	p. 24
<b>Annexes :</b>	
Annexe 1 : Questionnaire du Whoqol 26	p. 29
Annexe 2 : Questionnaire ISPN	p. 33
Annexe 3 : Questionnaire SF 36	p. 34
Annexe 4 : Indicateurs service santé scolaire Mairie de Villeurbanne	p. 36
Annexe 5 : Questionnaire HBSC	p. 37
Annexe 6 : Questionnaire de Karascek	p. 39

## **Contexte**

Faisant suite aux constats sur la santé de la population en Bretagne, le Plan Régional de Santé Publique a défini 3 objectifs généraux permettant de donner du sens à l'action commune et de structurer la réflexion ainsi que les modes d'intervention pendant toute sa durée.

Ces trois objectifs sont :

- 1- Diminuer la mortalité prématurée
- 2- Réduire les inégalités de santé
- 3- Améliorer la qualité de vie

Si le premier objectif est à ce jour relativement bien documenté en terme d'indicateurs, les objectifs de réduction des inégalités et d'amélioration de la qualité de vie nécessitent un travail d'approfondissement afin de définir un corpus d'indicateurs permettant de les illustrer.

A cet effet, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne a missionné, Monsieur Eric Le Grand, sociologue, consultant en Santé Publique, pour établir un corpus d'indicateurs définissant le troisième objectif : « Améliorer la qualité de vie ».

*Le présent rapport intègre :*

- 1- Les recherches documentaires effectuées sur la qualité de vie liée à la santé. Deux perspectives ont ainsi été abordées : l'une portant sur l'analyse des « échelles de qualité de vie », l'autre sur l'appréhension de cette qualité de vie liée à la santé à partir des conditions de vie. Ces éléments ont donné lieu à un rapport intermédiaire remis au comité de pilotage de la DRASS en Février 2006.
- 2- Les propositions d'indicateurs permettant le suivi du troisième objectif du PRSP. Ces indicateurs ont été bâtis au regard de l'intérêt et des limites de chaque perspective évoquée précédemment ainsi que de l'analyse des indicateurs existants en Bretagne. Ces propositions ont été soumises à discussion lors d'une réunion du comité de pilotage le 10 avril 2006. Les remarques et suggestions émises lors de cette réunion ont été incluses dans ce rapport.

## Introduction

Le terme de qualité de vie apparaît en fait comme un « faux-ami » dans le langage courant et les politiques publiques. Ce terme utilisé dans différents domaines : politique, économique,... s'applique à différents objets. Nous pouvons citer par exemple, l'amélioration de la qualité de vie par l'augmentation des revenus (discours et pratiques liés au champ économique et politique) ou l'amélioration de la qualité de vie par une rénovation de l'habitat.

Pour autant, comme nous le rappellent les sociologues et les géographes, cette amélioration de l'habitat, impulsée par des politiques publiques, n'entraîne pas nécessairement chez les habitants un « sentiment » d'amélioration de leur qualité de vie. En ce sens, il peut évoquer pour certains, la perte de réseaux amicaux, des modifications de liens de voisinage,...

Il existe dans la question de la qualité de vie, une différence entre les conditions objectives – les conditions de vie - et la perception que la personne en retire selon son âge, son sexe, son rôle social, etc.

Pour prendre un exemple concret, dans le cadre de son ouvrage sur « *Les formes élémentaires de la pauvreté* », Serge Paugam<sup>1</sup> s'interroge sur la limite de l'utilisation de l'indicateur économique - le PIB - comme point de repère pour illustrer la pauvreté. Selon ce critère, le Portugal - avant l'élargissement de l'Europe - est un des pays les plus pauvres d'Europe. Pour autant lorsque l'on interroge les portugais sur « Vous estimez-vous pauvre ? » peu s'estime l'être. Les différentes raisons de cette réponse reposent sur l'importance des solidarités familiales, le peu de différenciation sociale existante entre les individus...<sup>2</sup>

En fait, tout comme le sentiment de pauvreté, la qualité de vie a elle aussi plusieurs significations qui reflètent l'expérience, la connaissance et les valeurs de chaque individu. Pour certains, la qualité de vie peut être assimilée ou rapprochée du degré de spiritualité, pour d'autres de la satisfaction rencontrée dans la vie familiale et amoureuse, voire de l'esthétique ou de la beauté. Nous avons donc affaire et à faire avec un objet polysémique et multiforme.

Dans le domaine de la santé, l'analyse de la qualité de vie intègre des aspects objectifs (conditions de vie, santé fonctionnelle) et des aspects subjectifs (satisfaction, bonheur, bien-être) qui permettent d'appréhender la situation des personnes dans leur globalité et de façon dynamique.

L'OMS définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement* ».

Pour cette étude, des recherches documentaires ont été effectuées à partir de l'interrogation de la Banque de données santé publique (BDSP) et de Medline, et ce pour les 3 populations concernées par le Plan Régional de Santé Publique (jeunes, personnes âgées, salariés<sup>3</sup>), ainsi que des prises de contacts auprès du Réseau Français des Villes Santé, et d'organismes suisses et canadiens travaillant sur la recherche d'indicateurs de qualité de vie liée à la santé.

---

<sup>1</sup> Paugam S. Les formes élémentaires de la pauvreté. Paris : PUF, mars 2005. (Le lien Social). 276 p.

<sup>2</sup> C'est ce que S. Paugam modélise en parlant de « pauvreté intégrée ».

<sup>3</sup> Les personnes détenues n'ont pas été intégrées dans cette recherche.

## 1. La qualité de vie liée à la santé

Comme le souligne A. Leplège<sup>4</sup>, l'intérêt pour la qualité de vie liée à la santé s'explique de plusieurs façons :

- l'importance des progrès thérapeutiques,
- la volonté de conjurer les effets indésirables de certains médicaments sur la qualité de vie,
- la prégnance plus forte des associations de patients qui réclament une meilleure prise en charge de leur problème,
- la rationalisation des dépenses de la sécurité sociale,
- la prise en compte de la définition de l'OMS « La santé est un état de bien-être physique et mentale ».

Il convient de préciser que les recherches sur la qualité de vie sont issues d'une perspective avant tout médicale. Pour renforcer cet aspect, le rapport « Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique » resitue cette qualité de vie liée à la santé dans la partie relative... à la maladie chronique et aux handicaps.

### 1.1. Trois cadres théoriques sous-tendent la QLVS5

*L'approche fonctionnaliste* : des indicateurs seront développés autour de la capacité d'un individu à réaliser ses capacités pour un âge et une fonction sociale donnée. Dès lors, le développement d'indicateurs de satisfaction de vie évaluera la capacité qu'auront les acteurs à remplir leur rôle social et les activités qu'ils souhaitent entreprendre, ainsi que le degré de satisfaction que cette situation leur procure. Cette position est relativement restrictive car elle est très dépendante de notre vision occidentale du monde social.

*L'approche du « bien-être »* : celle-ci a été plus particulièrement abordée dans le champ de la santé mentale. Le bien-être mental et psychologique étant des notions centrales dans l'approche positive de la santé. Les modèles de bien-être psychologiques explorent alors les réactions aux « expériences de vie » en isolant deux types de besoins : éviter les expériences douloureuses et maintenir ou développer le niveau de satisfaction de la vie. La qualité de vie est alors perçue comme l'augmentation et le maintien de la satisfaction de ces deux besoins. Avant de parler de « bien-être », les philosophes parlaient de « vie bonne ». Platon, dans Eurthydème formulait ainsi une question « N'est-il pas vrai que, nous autres hommes, désirons tous être heureux ? ». En ce sens, il associait l'idée d'une vie, à la fois heureuse et moralement accomplie. Ce n'est que plus tard qu'ils ont considéré le sentiment du bien-être et d'être heureux comme quelque chose que l'on désire, auquel on aspire et que l'on crée.

*La théorie de l'utilité* : celle-ci se base sur les choix préférentiels et comparatifs d'état de santé fait par l'individu. Un sujet préférera a priori se trouver dans tel état de santé par rapport à tel autre où les bénéfices perçus semblent moindres. Ce modèle suppose que les valeurs choisies existent préalablement aux choix. En ce sens, il s'agit donc d'attitudes et d'orientations qui organisent la conception individuelle du monde.

---

<sup>4</sup> Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. Paris : PUF, 1999. (Que sais-je). 127 p. Du même auteur : « Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications ». Paris : Estem, 2001. 333 p.

<sup>5</sup> Ces trois cadres sont repris de l'article de AUQUIER P., SIMEONI M.-C., LENDIZABAL H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Prévenir*, 1997, n°33, pp. 77-87.

C'est notamment dans l'articulation entre ces trois domaines – fonctionnaliste, bien-être et utilitarisme – que ce sont construites les échelles de qualité de vie et ce qui provoque depuis un véritable engouement dans le champ de la recherche en santé. En 1990, Spiker et al. proposent une bibliographie d'articles consacrés à la qualité de vie ne comportant pas moins de 579 références. En 1991, un éditorial du Lancet signale la croissance exponentielle des recherches dédiées à la qualité de vie appliquée à la santé : l'index Médecus recensait 207 articles en 1980, en propose 848 en 1990. Medline fournit 1089 références pour ce mot-clé pour la période juin 1994-juin 1995 et 14 890 de 2000 à 2003. Par ailleurs, deux revues sont entièrement consacrées à l'analyse de la qualité de vie appliquée à la santé : le Journal for Quality of life Measurement et Quality of life Research. Comme le souligne avec humour un auteur : « **Depuis les années 70, la mesure de la qualité de vie est passée de la petite entreprise rurale à l'échelon de l'industrie universitaire** ».

Pour sa part, Lawton (1991 ; cité par Bruchon-Schweitzer<sup>6</sup>) envisage la qualité de vie comme « *l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuels, du système personne-environnement de chaque individu* ». Cette définition insiste volontairement sur les interactions entre les conditions objectives de la santé et la perception subjective que les personnes portent sur leur santé. Dans ce cadre, peuvent être intégrés comme dimension de la qualité de vie, les relations et les activités sociales et le bien-être matériel.

Dès lors, les échelles de qualité de vie portent généralement sur 4 dimensions <sup>7</sup> :

- *La santé psychologique* (et le bien-être) : émotions, états affectifs positifs. Certains instruments de mesure incluent également l'absence d'affects négatifs (anxiété, dépression), le fonctionnement psychologique (mémoire, concentration, fatigabilité) ainsi que plus rarement les valeurs de l'individu.
- *La santé physique* (et les capacités fonctionnelles) : santé physique (énergie, vitalité, fatigue, sommeil, repos, douleurs, symptômes, divers indicateurs biologiques), capacités fonctionnelles. Certains instruments de mesure prennent en compte également la santé perçue.
- *Les relations et les activités sociales* : réseau social (quantité), relations sociales ou soutien social perçue (qualité), participation aux activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique).
- *Le bien-être matériel* (et le statut économique).

Il existe aujourd'hui une quarantaine d'échelle de qualité de vie liée à la santé en France. Nous avons écarté les échelles dites « spécifiques », c'est-à-dire celles correspondantes à l'analyse de la qualité de vie liée à une pathologie spécifique, pour nous consacrer uniquement à celles pouvant être utilisées dans toute la population, dénommées « génériques ».

Il est important de signaler que ces différentes échelles de qualité de vie ont été conçues tout d'abord pour mesurer l'impact de la maladie sur certains types de population, avant d'être adaptées pour une utilisation en population générale.

Pour illustrer notre propos, nous donnerons des exemples d'utilisation de ces échelles dans le cadre d'analyse de la qualité de vie des populations.

---

<sup>6</sup> Bruchon-Schweitzer M. Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF, 1997. (Psychologie d'aujourd'hui). 220 p.

<sup>7</sup> Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod, 2002. 440 p.

## 1.2. Les échelles utilisées en France

Dans ce cadre, nous pouvons citer le profil de Santé de Duke, le Whoqol 26, l'échelle indicienne de perception de santé de Nottingham (ISPN) et le Short-Form. 36 (SF 36).

### Le profil de Santé de Duke.

Cette échelle est utilisée régulièrement dans le cadre du Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Le score de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir des 17 items du questionnaire. Le tableau ci-dessous présente les questions posées dans le cadre du test de Duke :

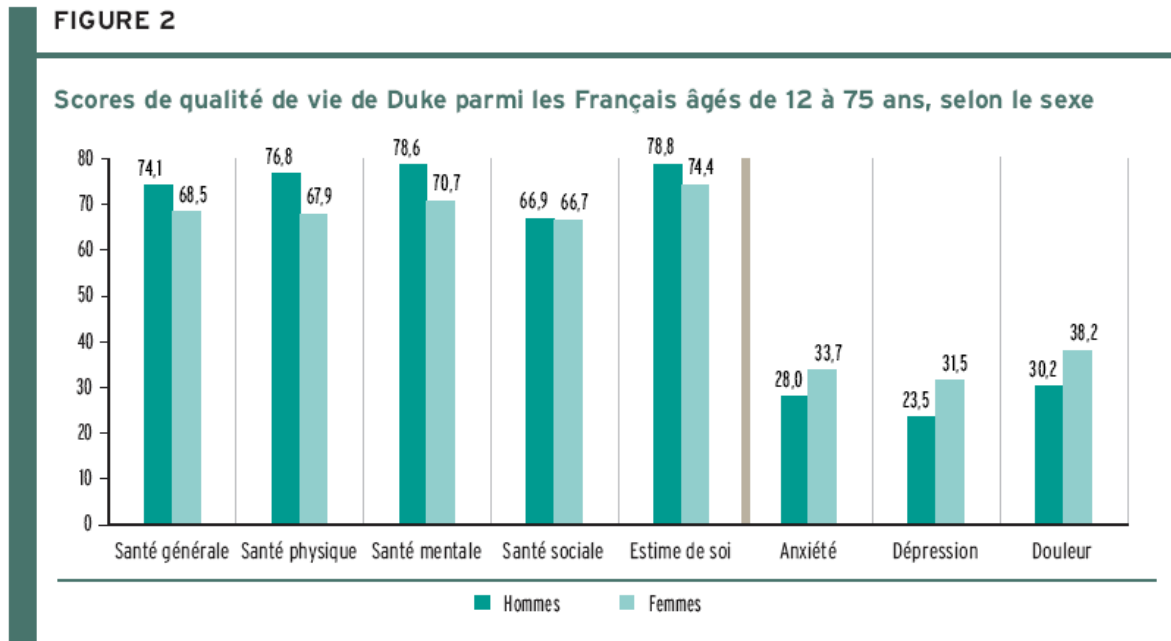
	<b>QUESTIONS</b>	<b>DIMENSIONS</b>
1	Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3	Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4	Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5	J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7	Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12	Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15	Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16	Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisirs	Sociale
17	Vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

En combinant ces paramètres entre eux, plusieurs domaines peuvent être explorés. La santé physique, mentale et sociale sont les trois principales dimensions étudiées qui, associées, produisent le score de santé générale. S'ajoutent à cela des indices pour évaluer l'anxiété, la douleur, la dépression, l'estime

de soi et l'incapacité. Les scores calculés vont de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité où le rapport est inversé.

Seule la santé perçue est appréciée à partir d'une unique question : « Au fond, je suis bien portant. Pensez-vous que cela soit tout à fait, à peu près, ou pas votre cas ? »

Nous donnons ici les résultats issus du Baromètre santé 2005<sup>8</sup>.



Dans ce cadre, nous pouvons voir que les hommes obtiennent des scores de qualité de vie supérieurs à ceux des femmes. Ainsi les hommes tous âges confondus atteignent le score de 74,1 sur 100 pour l'indice de santé générale qui correspond à la fusion des scores de santé physique, mentale et sociale, contre 68,5 sur 100 pour les femmes. Les différences les plus marquées se rapportent à la santé physique où le score moyen des hommes approche 77 sur 100, soit 9 points de plus que les femmes. Enfin, mais de façon moins nette, les femmes perçoivent leur niveau d'anxiété, de dépression et de douleur plus négativement que les hommes.

### **LE Whoqol 26**

Le Whoqol (World Health Organisation Quality of Life) est un instrument destiné à être utilisé dans le monde entier. Ce projet a été mené par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le premier Whoqol comportait 100 items. Afin de faciliter sa passation dans différentes enquêtes, une version réduite comportant 26 questions a été développée. Cette échelle de qualité de vie est reconnue pour ses qualités psychométriques ainsi que pour sa sensibilité aux changements de perception en population. Il a déjà été traduit en une vingtaine de langues.

<sup>8</sup> Guilbert P. (dir.), Gautier A. (dir.). Baromètre Santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : INPES, mars 2006. p. 25  
Pour avoir une illustration plus complète du profil de Duke, voir aussi : Guilbert P. (dir.), Baudier F. (dir.), Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2000, Méthode, Vol. 2. Vanves : CFES, 2001. 473 p.

Cet instrument de mesure est peu utilisé en France. L'INPES l'a intégré dans son dernier Baromètre santé. Pour le moment, les résultats portant sur son utilisation ne seront publiés qu'en 2007.

Nous ne présenterons ici que la version courte, qui explore 7 domaines :

- 1- Santé physique (énergie et fatigue, douleur et inconfort, sommeil et repos)
- 2- Santé psychologique (image du corps et apparence, sentiments négatifs, sentiments positifs, estime de soi, pensée, apprentissage, mémoire et concentration)
- 3- Niveau d'indépendance/dépendance (mobilité, activités quotidiennes, dépendance à substance médicale et à soutien médical, capacité de travail)
- 4- Relations sociales (relations personnelles, soutien social, activité sexuelle)
- 5- Environnement : ressources financières, liberté, sûreté physique et sécurité, aide sociale et à la santé : accessibilité et qualité ; habitat, opportunités de jeux/loisirs, environnement physique (pollution, bruit, embouteillages, climat ; transport)
- 6- Spiritualité, religion, croyances personnelles (facette unique)
- 7- Qualité de vie globale et santé générale.

Les différents items illustrant chacun de ces domaines sont présentés en *Annexe 1*.

### **L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN)**

Le Nottingham Health Profile a été développé en Grande-Bretagne à la fin des années 70 par le Dr Sonia Hunt à la demande du Ministère de la Santé Publique britannique. Le but était de développer un indicateur de santé utilisable pour la surveillance de la population à un moment donné. Au départ, cette échelle comportait 138 questions, qui ont été ramenées par la suite à 38 questions. Ce fut aussi le premier questionnaire de qualité de vie adapté en français.

Cet indicateur comporte 38 questions regroupées en 6 dimensions : le sommeil (5 questions), la mobilité physique (8 questions), l'énergie (3 questions), la douleur (8 questions), les réactions émotionnelles (9 questions), l'isolement social (5 questions). Les modalités de réponse se font sous forme dichotomique oui/non.

L'utilisation de cette échelle de qualité de vie se retrouve principalement dans le cadre du milieu du travail. Elle est utilisée dans le cadre de l'enquête Visat, ainsi que dans l'enquête Estev<sup>9</sup>.

En Bretagne, une enquête a été réalisée en 2003 par la Mutualité Sociale Agricole du Morbihan et l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) auprès de 6000 salariés de la filière viande des 4 départements bretons. Cette enquête intitulée « Santé perçue et travail dans la filière agricole »<sup>10</sup> a utilisé cette échelle autour de deux dimensions : « la douleur » comme indicateur d'atteinte physique et le « tonus » comme indicateur d'atteinte psychique.

Dans ce cadre, l'atteinte psychique touche 36 % des hommes et 46 % des femmes. Les prévalences les plus fortes concernent les sujets les plus âgés. Pour les hommes, les atteintes physiques et psychiques sont liées à l'absence de perspective d'évolution de carrière (élément pris en compte comme hypothèse de recherche) et chez les femmes les deux indicateurs de santé perçue sont liés aux

---

<sup>9</sup> Visat : Enquête « Vieillesse, santé et travail », Estev : Enquête « santé, travail et vieillissement ».

<sup>10</sup> Cette étude menée conjointement par l'INVS et la MSA du Morbihan est en cours de finalisation pour une parution en cours de 2006, début 2007.

contraintes temporelles induites par des horaires de travail décalés (obligeant à se coucher tard, et/ou empêchant de dormir la nuit).

Par ailleurs, cette échelle a aussi été utilisée dans le cadre de *l'évaluation de la qualité de vie* des personnes âgées en Bourgogne en 2002<sup>11</sup>. L'objectif de cette étude était d'améliorer la connaissance de la population âgée dépendante et d'évaluer la qualité de vie de celle-ci avant la mise en œuvre des diverses actions du Programme Régional de Santé. Les groupes de dépendance avaient été établis selon la classification de Colvez.

Si les scores de perception des troubles des personnes dépendantes sont supérieurs aux personnes non dépendantes, des variations apparaissent dans certains domaines de la qualité de vie perçue par les personnes. C'est le cas notamment pour les troubles du sommeil qui sont ressentis de manière plus intenses pour les personnes les moins dépendantes. De la même façon, la qualité de vie est perçue de manière plus défavorable par les femmes, et ce qu'elles soient dépendantes ou non, excepté pour la dimension « trouble de la mobilité physique ».

Les différents items illustrant chaque dimension sont présentés en *Annexe 2*.

### **Le SF 36 :**

Le MOS SF-36 (dont le nom complet en anglais est Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey) permet d'évaluer la santé physique et mentale d'un individu à l'aide de 36 questions relatives à huit dimensions de la santé (activités physiques, activités sociales, résistance morale, physique et émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général). Il est déterminé un indice tant pour la santé physique que mentale (0-100).

Nom des domaines	Symbole	Nombre de questions	Nombre de modalités de réponses
Activité physique	PF	10	3
Limitations dues à l'état physique	RP	4	2
Douleur physique	BP	2	5 et 6
Vie et relation avec les autres	SF	2	5
Santé psychique	MH	5	6
Limitations dues à l'état psychique	RE	3	2
Vitalité	VT	4	6
Santé perçue	GH	5	5

<sup>11</sup> Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Enquête auprès de 2000 personnes âgées en Bourgogne. Dijon : ORS Bourgogne, janvier 2002, 4 p. Le rapport final est disponible à l'ORS Bourgogne.

Un score est calculé pour chaque catégorie sans calcul de score global. A ces huit dimensions, une question s'ajoute portant sur l'évolution de la santé perçue (symbole HT). Cette échelle est utilisée aussi dans le cadre de l'enquête décennale santé de l'INSEE<sup>12</sup>.

### 1.3. Intérêt et limites

Nous venons de voir différentes échelles de qualité de vie liée à la santé utilisées dans plusieurs études et/ou enquêtes nationales.

Si ces dernières ont été créées dans le but de mesurer l'impact des traitements auprès de malades, leur application en population générale s'avère satisfaisante<sup>13</sup>. De la même façon, leur validité interne (cohérence entre les questions) et leur validité externe (cohérence avec ce que l'on cherche à observer) permettent d'avoir une vision précise de ce que ressent l'individu au regard des différentes dimensions explorées<sup>14</sup>.

Toutefois, 3 limites sont à noter. Premièrement, la dimension *de la santé perçue* est soit absente - comme dans l'ISPN - soit entendue dans des connotations différentes. Dans le profil de Duke, seule une question aborde cet aspect : « Au fond, je suis bien portant » ; dans le SF 36, 5 questions abordent cet aspect, par exemple : Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, médiocre ou mauvaise? Enfin, pour le Whoqol 26, la question est formulée ainsi : « Etes-vous satisfait de votre santé ? »

La seconde limite repose sur les dimensions explorées par ces échelles. Elles sont plus ou moins développées selon ce que cherchent à observer leurs concepteurs dans la qualité de vie liée à la santé<sup>15</sup>. Pour autant, il n'est pas possible de combiner des items issus des différentes échelles, par exemple utiliser la dimension « *Réactions émotionnelles* » de l'ISPN, en la complétant par la dimension « *activités physiques* » du SF 36 qui semblerait plus pertinente. En effet, ces échelles constituent des « systèmes intégrés » qui n'autorisent pas ce type de construction.

Enfin, on notera qu'à l'exception du Whoqol, les échelles présentées n'intègrent pas la dimension financière. Cet aspect est considéré comme une « variable de la qualité de vie ».

Pour conclure cette partie, si le choix d'une échelle de qualité de vie est dépendant de ce que nous souhaitons observer, il ne faut pas négliger dans ce choix les conditions de faisabilité de passation de ces échelles. Dans le cas du Baromètre santé, le choix du profil de Duke a été motivé par le nombre restreint de questions facilement intégrables lors d'une enquête par téléphone. Nous allons aborder maintenant la qualité de vie liée à la santé... au travers des conditions de vie.

---

<sup>12</sup> Nous signalons aussi une application dans le domaine médical : Vercherin P., Gutknecht C., Guillemin F. [et al.]. Non réponses aux questionnaires de qualité de vie SF-36 dans un échantillon de l'étude SU.VI.MAX. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51, 2003. pp. 513-525. De la même façon, cette échelle a été utilisée dans le cadre d'enquêtes en médecine universitaire. Tran Quy N., Gerbaud L., Perreuve A. [et al.]. Utilisation d'un auto-questionnaire de qualité de vie en service de médecine préventive universitaire. *Santé Publique*, 2000, vol. 12, n°2, pp. 211-220.

<sup>13</sup> Voir à cet effet, l'intervention de J. Bloch (INVS) et de S. Briançon « Evaluation du plan –Mesure de la qualité de vie » In Actes du Séminaire Santé Publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels, 8 décembre 2004. 118 pages.

<sup>14</sup> Seule la dimension sociale du profil de Duke affiche une cohérence plus faible par rapport à l'échelle. Voir à cet effet, Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J-M. [et al.]. Le Profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. *Santé publique*, 1997, n°1, pp. 35-44.

<sup>15</sup> Voir à cet effet, l'analyse entre le Profil de Duke et l'ISPN : Olm C., Le Quéau P. La Construction sociale de la perception de la santé. *Cahier de recherche*, juin 1999, n°128, pp. 82-90.

## **2. De la qualité de vie liée à la santé ... à la qualité de vie**

Afin de répondre à l'objectif du PRSP Bretagne, les recherches se sont aussi dirigées vers la définition d'indicateurs objectifs, relevant principalement des conditions de vie.

Les expériences menées dans ce domaine s'inscrivent sur un territoire restreint, une ville, voir un canton (Le Canton de Genève en Suisse) et/ou dans une dynamique de promotion de la santé, inscrit préalablement dans le contexte du pays, comme notamment le Canada. Par ailleurs, dans le cadre du réseau Français des Villes-Santé, la perspective adoptée et les expériences relatées s'inscrivent dans une dynamique relevant de l'Agenda 21, du développement durable et de promotion de la santé. En quelque sorte, comme il est précisé « *Il faut s'intéresser aux conditions de vie (logement, scolarité, transports, travail), à la qualité de l'environnement, aux relations sociales et à la culture, pour développer « un profil ville santé », qui peut être considérée comme une socio-écologie de la qualité de vie et donc de la santé* ». <sup>16</sup>

Dans ce cadre, chaque ville a développé son propre système d'observation de la santé selon ses besoins. Ces réflexions ont été menées à partir notamment de l'adaptation du Baromètre santé de Rotterdam<sup>17</sup>. Nous pouvons citer le système d'observation de la santé en milieu scolaire de Villeurbanne<sup>18</sup> et les indicateurs développés par la Ville de Rennes.

Pour cette dernière, les indicateurs sont répartis en 9 catégories<sup>19</sup> (démographie, logement, enfance/éducation, action sociale, emploi-insertion, action socioculturelle, prévention/justice, personnes âgées, santé).

Dans le domaine de la santé, nous retrouvons décryptée l'offre de soins : le nombre de médecins généralistes, de médecins spécialistes, d'infirmier(e)s, de masseurs, de pharmacies (données fournies par la CPAM), et les consultations médicales : par classe d'âge, par type de bénéficiaires, nombre de consultations (données CPAM), ainsi que le nombre de bénéficiaires de la CMU, et les résultats des bilans de santé des centres d'examen de santé.

Par ailleurs, dans le domaine des personnes âgées : outre des éléments démographiques (âge, composition du ménage), la nature du logement occupé, le nombre de résidences de personnes âgées sont renseignés. En complément est restitué le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par sexe, par Gir (1-2 ; 3-4), par situation familiale (seul/en couple), le nombre de demande d'APA et les bénéficiaires des soins infirmiers.

Ces indicateurs servent d'éléments de cadrage descriptif de la situation d'une commune et différentes enquêtes auprès de la population ont été effectuées pour appréhender la perception des habitants de cette commune.

---

<sup>16</sup> Réseau Français des Villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Vers un profil santé de ville. Système local d'observation en santé. Rennes : Réseau français des Villes-Santé, 2005. p. 8.

<sup>17</sup> Le Baromètre santé de Rotterdam n'est pas l'homonyme du Baromètre santé de l'INPES. 6 dimensions étaient abordées pour élaborer des cartographies de la santé de la population de Rotterdam. Ces 6 dimensions concernent la santé, la sécurité, la qualité de l'environnement, la démographie, le statut social, les modes de vie. Une étude de faisabilité de son adaptation au contexte français a été effectuée par le Réseau ville-santé français. Ce réseau a produit un document intitulé : « Quelle adaptation du baromètre santé de Rotterdam dans le réseau français des villes santé ? Etude de faisabilité », novembre 2004, 25 p.

<sup>18</sup> Voir les indicateurs proposés en annexe. Lire aussi l'article de Guerrier-Sagnes F., Fortin M., Beynel-Mélinand F. Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux : l'expérience de Villeurbanne. *Santé Publique*, mars 2006, n°1, pp. 141-151.

<sup>19</sup> Nous remercions l'APRAS de nous avoir permis l'accès au tableau de bord de la Ville de Rennes.

Dans le cadre de la politique environnementale des communes, outre l'analyse de la pollution et de la qualité de l'eau, une attention est portée sur la question *du bruit*. Dans cette optique, deux éléments sont analysés, le niveau sonore des diverses voies de circulation, ainsi que l'analyse des dépôts de plaintes pour nuisances sonores selon les 5 catégories définies par le Ministère de la Santé (circulation, loisirs organisés, activités économiques, sources domestiques, autres)<sup>20</sup>. Pour autant, si cet indicateur est utile et nécessaire pour orienter la politique d'action des communes, il se heurte à la subjectivité de la perception du bruit. En effet, comme le souligne l'extrait du tableau de bord d'environnement urbain de la Ville de Rennes, les évolutions à la baisse du nombre de plaintes sont-elles dues à une réduction réelle des nuisances sonores ou bien à une augmentation du niveau de tolérance de la population. D'autre part, nous pourrions ajouter que la plainte représente l'ultime seuil d'exaspération de la population face aux nuisances sonores. De nombreuses personnes peuvent être gênées par le bruit, sans qu'elles se sentent le courage ou la volonté de porter plainte<sup>21</sup>. Pour autant, le bruit est fréquemment évoqué comme la principale nuisance ressentie en ville.<sup>22</sup>

De la même façon, le Canton de Genève<sup>23</sup> a mené un projet sur la recherche d'indicateurs de qualité de vie liée à la santé afin de mesurer l'impact des différentes actions réalisées dans le domaine de la santé auprès de la population. Ce projet, élaboré par le groupe Promotion Santé Suisse, la Fondation du Devenir et l'Observatoire suisse de la santé, est né en 2002, dans le cadre d'une recherche sur les indicateurs objectifs de la qualité de vie. Ce modèle présuppose que les éléments structurels, de nature objective qui sont visés en priorité par les interventions en faveur de la santé, influencent plus fortement la qualité subjective que l'inverse, mais qu'une série de facteurs modérateurs (en particulier des dispositions sociopsychologiques et les contextes immédiats dans lesquels des groupes ou des individus agissent) exercent en outre une influence entre les éléments objectifs et le bien-être subjectif.

Nous présentons ici le tableau récapitulatif de cette réflexion.

---

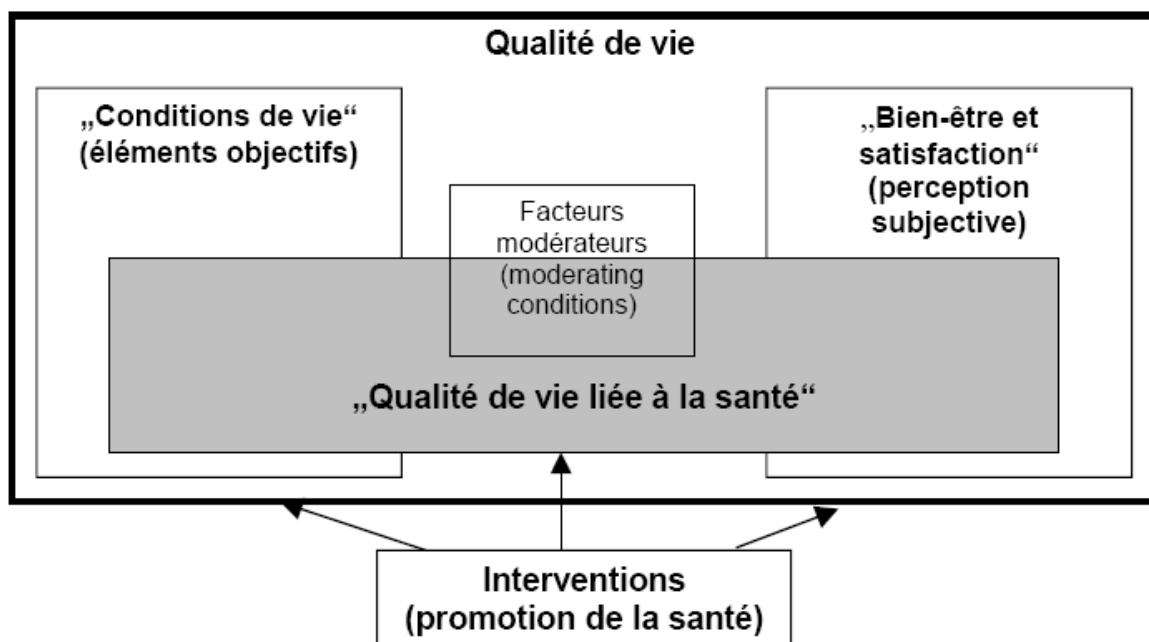
<sup>20</sup> Voir le document : Evaluer sa politique environnementale, la pratique des tableaux de bord en Bretagne. Rennes : IRPA, Direction Régionale de l'Environnement, 2005. 5 p.

<sup>21</sup> Voir aussi, Boussin G., Rajon A.M., Gat J.-M., Pous J. Application de l'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN) à l'analyse des plaintes pour nuisances de l'habitat dans l'agglomération Toulousaine. *Santé Publique*, 1993, n°2, pp. 34-42.

<sup>22</sup> Martin-Houssart G. Mesurer la qualité de vie dans les grandes agglomérations. *INSEE Première*, n° 868, oct. 2002. 4 p. Territoires prioritaires du contrat de ville. Les habitants du Blossne et de Maurepas jugent leur quartier. *Octant*, n°90, juin 2002. 15 p.

<sup>23</sup> Voir aussi, Breda J., Goyvaerts K. La mesure générale du bien-être : esquisse d'une approche quantitative. *Santé Publique*, 1999, vol. 11, n°2, pp. 103-126

Figure 1 : Concept de la qualité de vie selon Promotion Santé Suisse - Modèle de base



Afin de finaliser leur réflexion, le groupe Promotion Suisse en s'inspirant de modèles canadien ont privilégié, 10 domaines d'activités permettant de cerner la qualité de vie liée à la santé.

Domaine	Exemples
1. <i>Structure démographique de la société</i>	Données générales selon le sexe, l'âge, la nationalité et les langues
2. <i>Formation et emploi</i>	Données sur la formation, les taux d'occupation, le chômage, etc.
3. <i>Revenu et niveau de vie</i>	Revenu personnel et revenu de la famille, composantes du revenu, taux de pauvreté, etc.
4. <i>Modes de vie et intégration sociale</i>	Modes de vie, mariage, divorce, réseaux sociaux, etc.
5. <i>Logement</i>	Types de logement, prix et qualité des logements
6. <i>Santé</i>	Système de santé, état de santé et comportement en la matière, bien-être
7. <i>Culture et loisirs</i>	Participation à la culture au sens large (p. ex. diffusion des journaux, d'Internet), sélection de loisirs, voyages d'agrément
8. <i>Sécurité et nuisances</i>	Criminalité, protection sociale, accidents, suicide, etc.
9. <i>Politique et interventions de l'Etat</i>	Activités politiques, estime de soi sur le plan politique, élections, dépenses publiques en faveur de certains domaines
10. <i>Environnement</i>	Données sur certains types de pollution et sur la protection de l'environnement

Comme nous le voyons ces différents domaines reprennent le descriptif de la qualité de vie en général. Si ce modèle de classification a été élaboré dans la perspective de données aisément accessibles, ce tableau ne permet pas de situer ce qui permet d'identifier la qualité de vie liée à la santé pour les personnes concernées.

Lors d'entretiens téléphoniques menés en janvier et février 2006 auprès des promoteurs de ce projet, la démarche qui dura 1 an et demi, fut la mise en place de consultations publiques (sous forme de focus-groupes) auprès de populations du canton de Genève. Ce fut à partir des résultats de cette consultation que les éléments de la qualité de vie liée à la santé furent priorisés. Nous y retrouvons principalement, le logement, les espaces verts, l'insécurité, les relations, la présence de médecins.

Il est à noter que cette démarche fut faite sur un canton, donc de taille restreinte et s'inscrivant dans une dynamique de promotion de la santé. Par ailleurs, les promoteurs ont indiqué que peu à peu cette démarche -fort longue- fut recentrée, pour privilégier l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé auprès de populations atteintes de cancers, notamment le cancer du sein, et celui de la prostate.<sup>24</sup>

Pour conclure ce chapitre, aborder la qualité de vie liée à la santé par les seules conditions de vie soulèvent plusieurs obstacles. D'une part, nous pourrions dresser une liste exhaustive des indicateurs les illustrant sans pouvoir répondre à la question de ceux qui agissent réellement sur « la qualité de vie liée à la santé » ; d'autre part, comme nous l'avons vu précédemment, il existe un décalage entre ces conditions et la perception que les individus en ont. En effet, la variabilité des situations individuelles – âge/sexe - et sociales -CSP d'appartenance- joue un rôle non négligeable dans la perception de sa qualité de vie. Nous allons toutefois donner quelques éléments modérateurs de cette qualité de vie liée à la santé.

### **3. Les éléments modérateurs de la qualité de vie liée à la santé**

Nous incluons dans ces éléments, 3 dimensions : la satisfaction/le bonheur ; la croyance religieuse/les convictions, le soutien/la participation sociale.

- *la satisfaction, le bonheur,...*

La satisfaction se trouve évoquée dans le cadre des différentes enquêtes. Pour les jeunes, celle-ci est analysée autour de deux aspects : la satisfaction vis-à-vis des relations familiales, et la satisfaction vis-à-vis de l'institution scolaire. Dans le cadre du travail, cet aspect se limite à la satisfaction vis-à-vis de son emploi. Cet élément de la satisfaction –et ce quel que soit son objet- apparaît comme déterminant dans l'abord de la perception de la santé. En effet, les personnes relativement satisfaites de leur vie professionnelle, de leur vie familiale ou de leur scolarité montrent une perception de la santé plus positive. Curieusement, nous n'avons pas trouvé cet aspect dans les enquêtes auprès des populations âgées. N'y – a-t-il pas des personnes âgées, satisfaites de leur vie, même si elles ne travaillent plus ?

Pour autant, la question du bonheur est rarement posée, illustrant pourtant des conceptions différentes de la vie. Dans le cadre de l'enquête « Travail et mode de vie », fruit d'un partenariat entre le laboratoire de sciences sociales de l'école normale supérieure et l'INSEE<sup>25</sup>, la question de départ du questionnaire était « Qu'est-ce qui est pour vous le plus important pour être heureux ? ». A cette question, les ouvriers,

---

<sup>24</sup> La Fondation du Devenir et Promotion Santé Suisse organisent un colloque sur « Les indicateurs de qualité de vie », du 18 au 20 mai 2006 à Genève.

<sup>25</sup> Gollac M. Le travail, pour le meilleur et pour le pire. *Informations Sociales*, Février 2004, n° 114, , pp. 84-87.

les chômeurs s'expriment par l'avoir. Il s'agit avant tout d'avoir un travail, ressource qui ouvre l'accès à d'autres ressources de base que sont l'argent, le salaire, le logement, la maison. A l'opposé, pour les cadres, il s'agit alors de construire son bonheur en donnant au travail, à la famille...une place en harmonie avec sa personnalité : d'où l'usage fréquent des mots harmonie et équilibre dans l'expression des conditions du bonheur. Ces termes de travail, bonheur, trouvent des résonances différentes selon les CSP, mais ont une influence sur le mode de vie de chacun, notamment dans la répartition entre temps de loisirs et temps de travail, mais aussi dans les incidences sur... la santé.

*- La vie spirituelle et l'appartenance religieuse, les convictions...*

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, l'échelle de qualité de vie du Whoqol intègre comme dimension, la vie spirituelle de la personne, comme élément influençant la qualité de vie et la santé perçue de la personne et ce quelque soit son âge.

En effet, si peu d'études en France portent sur les liens entre religion et santé, nous savons que l'appartenance religieuse joue un rôle dans la constitution de certains comportements de santé. Dans ce cadre, nous pouvons citer la question des comportements alimentaires, de la sexualité. Elle joue aussi un rôle, comme Sylvie Fainzang<sup>26</sup> l'a démontré, dans le rapport aux prescriptions médicamenteuses et dans le respect de ces dernières. De la même façon, l'appartenance religieuse ou la référence religieuse (qui peut prendre des formes de spiritualités diverses ) joue aussi à la fois dans l'expression de la douleur, mais aussi dans sa perception, comme le souligne David Le Breton<sup>27</sup>.

Le fait de croire et l'appartenance religieuse jouent un rôle dans la perception de la qualité de vie lié à la santé, notamment dans la limitation du stress. Dans le cadre de l'enquête nationale santé québécoise, cette dimension est fréquemment évoquée.

S'il faut noter en France un déclin progressif de la pratique religieuse, ce déclin n'est pas synonyme de disparition<sup>28</sup> de la croyance, celle-ci se réadapte, bouge, évolue et prend d'autres formes. De la même façon, en nous éloignant du champ religieux, ce que démontrent les diverses études autour de la qualité de vie, c'est surtout le fait de croire en quelque chose, de se rattacher à une ou plusieurs valeurs. En ce sens, cela peut-être la famille, le travail... Il y a donc aussi dans la qualité de vie liée à la santé, des valeurs qui orientent notre action et qui nous permettent de faire face aux événements, tout en donnant un sens à notre vie.

*- L'aspect du soutien et de la participation sociale.*

Comme le soulignait C. Herzlich<sup>29</sup>, le soutien social permet , non seulement de faire face à la maladie , et peut apparaître comme protecteur vis-à-vis de certaines pathologies. Dans ce cadre, les enquêtes santé jeune et santé travail introduisent fréquemment cet item du soutien perçu dans le cadre soit de l'institution scolaire, soit de l'entreprise.

---

<sup>26</sup> Fainzang S.. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : PUF, 2001.

<sup>27</sup> Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Editions Métailié, 1995. 237 p.

<sup>28</sup> Cf travaux Lambert Y. Crépuscule des religions chez les jeunes, jeunes et religion en France. Paris : L'Harmattan, 1992. 264 p. ; Hervieu-Léger D. La fin du catholicisme et Le Grand E. Jeunes et religion. *Réussir*, 1999, 48 p. ; Des pèlerins de Tours à la rencontre de l'Eglise universelle. *Les Cahiers du Centre d'Etudes Interdisciplinaires des Faits Religieux*, septembre 1998, n°1, pp. 96-111.

<sup>29</sup> Herzlich C., Adam P. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Nathan, 1994. 128 p.

De la même façon, et sans aller jusqu'aux théories de Putman sur le « Capital social » incluant la participation, la confiance et la réciprocité<sup>30</sup>, la question du rapport à des structures associatives, ou à tous types d'organismes reste importante. Ce point est notamment évoqué dans les différentes enquêtes sur les jeunes, au travers de leur réseau d'amis, ou de leur participation à des activités sportives. A l'inverse, le sentiment d'isolement est fréquemment évoqué par les personnes âgées – même si les liens avec la famille peuvent rester fort –. Au même titre pour les populations en situation de précarité, comme le souligne Paugam, un retrait de toute forme de participation à la vie associative apparaît (par exemple, en 1994, la population française ayant un emploi stable déclarait participer à 31,4 % à la vie associative, contre 18,8 % de chômeurs de plus d'un an)<sup>31</sup>.

Dès lors, cet aspect de la participation est fréquemment évoqué dans les différentes enquêtes santé, comme contribuant à la qualité de vie. Ce point se heurte à plusieurs difficultés. La première relève de la distinction entre la participation, l'inscription dans une structure (culturelle, sportive, etc.) , et à la qualité des relations développées. La seconde repose sur le sens que donne l'individu à son inscription. Par exemple : adhérer à un club sportif peut revêtir différentes significations : s'entretenir, prendre du plaisir, faire des rencontres, faire de la compétition, alors que s'engager dans une association de défense de l'environnement peut revêtir un idéal militant. La troisième difficulté repose aussi sur la modularité de cette participation selon l'âge. Dans une enquête portant sur la sociabilité dans des quartiers malouins, les différences selon les âges sont très marquées quant à la participation à des activités culturelles, sportives et ce malgré la présence importante d'équipements culturels ou sportifs. D'une manière générale, ce sont plus les personnes âgées qui participent aux activités que les jeunes<sup>32</sup>.

Si ces interrogations portant sur la nature de la participation, du sens que va donner la personne à son inscription dans tel ou tel structure et/ou association restent importantes, il existe autour de la participation, un nœud important de l'abord de la qualité de vie liée à la santé. Il faut noter aussi l'intérêt croissant pour cet aspect. La dernière enquête ESPS a intégré ce variable du « capital social », sous la forme de questions autour de la participation associative.

---

<sup>30</sup> Voir à cet effet, Méda D. Le capital social, succès et risque d'une notion. *Informations sociales*, 2004, n° 14, pp. 14-23. ainsi que la critique de cette notion par Fassin D. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Revue d'épidémiologie et de santé Publique*, 2003, n°51, pp. 403-413.

<sup>31</sup> Paugam S. op cité, pp. 208-209.

<sup>32</sup> La sociabilité à La Découverte, Bellevue et La Madeleine. *Octant*, octobre 2002, n° 91, pp. 21-24.

#### **4. Propositions d'un corpus d'indicateurs pour l'objectif du PRSP « Améliorer la qualité de vie »**

La qualité de vie liée à la santé n'est pas un élément facilement définissable. Elle recouvre des éléments aussi divers que le bonheur, le bien-être, la quête d'un idéal (qu'il soit religieux, familial, professionnel, etc.) variant d'un individu à l'autre, d'une position sociale à l'autre, et passé au prisme du vécu individuel et collectif de chacun.

Nous avons présenté dans un premier temps, différentes échelles de qualité de vie liée à la santé. Celles-ci abordent au travers d'un corpus d'indicateurs, les différentes dimensions de la qualité de vie qu'elles soient sociales, émotionnelles, physiques, mentales. De la même façon, nous avons pu voir les applications de ces échelles auprès de différentes populations : jeunes, salariés, personnes âgées. Le choix d'une échelle de qualité de vie liée à une population repose notamment sur sa facilité d'utilisation, et sur ce que l'on souhaite privilégier comme observation des dimensions de la qualité de vie liée à la santé.

De la même façon, en raison de sa subjectivité, qui nécessite le recours à des enquêtes auprès de la population, il existe une réelle difficulté à donner des indicateurs de conditions de vie permettant de cerner cette qualité de vie liée à la santé. En effet, nous pourrions inclure une multitude d'indicateurs relevant des conditions de vie, ou de santé (comme l'offre et l'accès aux soins), sans toucher réellement cette qualité de vie liée à la santé. Il n'est pas ici question de minimiser l'impact des conditions de vie sur la santé des populations, mais bien de montrer qu'une approche exclusive portant sur ces indicateurs se révélerait restrictive. Il existe en effet un écart entre des conditions objectives de vie ou de santé, et la perception que l'on se fait de son environnement.

*Les propositions* suivantes sont des préconisations d'intégration d'échelle de qualité de vie liée à la santé selon les populations concernées par le Programme Régional de Santé Publique. Le choix s'est fait selon deux critères : leur pertinence et leur faisabilité présente ou future. Par ailleurs, des indicateurs complémentaires seront proposés pour chaque population. Pour conclure, nous proposerons une échelle de qualité de vie pouvant s'adapter à la totalité de la population.

##### 4.1. Les jeunes

La future enquête santé des jeunes en Bretagne peut être une opportunité pour intégrer une échelle de qualité de vie. Dans ce cadre, l'échelle proposée serait celle *du profil de Duke*, utilisée dans le cadre du Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Ce choix s'explique par les comparaisons qui peuvent être effectuées au niveau national et auprès des 4 régions qui ont décliné ce baromètre : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie.

Si en 2000 les scores de l'échelle de Duke variaient peu entre ces régions, on notera cependant que les filles présentaient un score plus faible pour les dimensions positives et un score plus élevé pour les dimensions négatives (anxiété, dépression). Pour autant, lorsque est isolée la question de la santé perçue « Au fond, je suis bien portant », les résultats sont différents. La proportion de jeunes se déclarant « pas bien portant » varie de 4 % dans les Pays de La Loire à ... 21,6 % dans le Nord-Pas-de-Calais<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Pour les résultats plus complets, voir : Guilbert P. (dir.), Gautier A. (dir.), Baudier F. (dir.), Trugeon A. (dir.). Baromètre santé 2000 : les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux. Vol 3.1. Saint-Denis : INPES, 2004. 216 p.

Voir aussi : Comportements de santé : 4 régions à la loupe. *La santé de l'homme*, mars-avril 2004, n°370.

Afin de comparer leurs résultats dans le temps, ces 4 régions ont participé à la dernière enquête du Baromètre en 2005<sup>34</sup>. Les analyses portant sur la qualité de vie seront publiées entre 2006 et 2008.

Outre le profil de Duke dans l'enquête santé des jeunes en Bretagne, des indicateurs portant sur la perception de l'environnement et sur la gêne occasionnée par le bruit pourraient être intégrés afin de parfaire la comparaison avec les régions sus-citées.

L'indicateur suivant – bien qu'éloigné de la qualité de vie liée à la santé, en terme d'échelles– pourrait apporter un éclairage sur des constats émis dans le cadre du PRSP, notamment le lien entre l'expression d'un mal-être, les conduites à risque et la pression scolaire. A cet effet, nous proposons d'utiliser le modèle développé par l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children <sup>35</sup>». Ce modèle considérant l'école comme un environnement psychosocial ayant des conséquences sur les comportements de santé, les plaintes subjectives de santé, la satisfaction concernant la vie et la santé perçue propose d'aborder cet environnement autour de 6 dimensions (autonomie de l'élève, soutien des autres élèves, soutien du corps enseignant, soutien des parents, exigences scolaires excessives et satisfaction concernant l'école)(cf. Annexe 5). Chacune de ces dimensions sont mesurées par plusieurs items (cinq pour la satisfaction concernant l'école et trois pour les autres). Les réponses permettent le calcul d'un score. Nous sommes plus ici dans le registre du domaine du soutien perçu et du stress.

Enfin, il pourrait être pertinent – mais non prioritaire - de s'interroger sur le mode de transport et le temps passé entre le domicile et l'école, facteurs de fatigue. Cet élément permettrait d'aborder la question des rythmes de vie des adolescents.

Nous avons évoqué différents indicateurs envisageables dans le cadre de l'enquête future des jeunes en Bretagne. Toutefois, peu d'informations existent sur la question de la qualité de vie liée à la santé pour les enfants en école élémentaire. Certains outils sont en cours d'élaboration<sup>36</sup> ou d'autres sont proposés comme le questionnaire Auquei<sup>37</sup>. Pour autant, nous avons trouvé peu d'utilisations concrètes par rapport à l'utilisation d'échelles de qualité de vie adaptée pour ce public. Ce domaine reste donc à explorer.

#### 4.2. Les salariés

Dans le cadre des enquêtes santé au travail, *l'échelle à privilégier serait celle de l'ISPN*. Ce choix repose sur deux critères : d'une part, cette échelle est recommandée par l'Institut National de Veille Sanitaire (Cellule santé travail), d'autre part, elle est déjà utilisée dans le cadre d'enquêtes santé travail.

Toutefois, à l'exception de l'enquête sur la filière agricole bovine, il n'existe pas à ce jour d'autres enquêtes ayant intégré, en Bretagne, cette dimension de la qualité de vie liée à la santé. Suite à une rencontre avec la Direction Régionale du Travail (Service santé), un travail complémentaire pourrait être envisagé afin d'approfondir cette question.

---

<sup>34</sup> Pour l'enquête 2005, les régions Champagne-Ardenne, Lorraine, Poitou-Charentes, Ile de France ont elles aussi décliné le Baromètre.

<sup>35</sup> Godeau E. (dir.), Grandjean H. (dir.), Navarro F. (dir.). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France 2002. Saint-Denis : INPES, août 2005. (Baromètres). 284 p.

<sup>36</sup> Gayral-Taminh M., [et al.]. Auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6-12 ans : construction et premières étapes de validation du Kidloqol, outil générique présenté sur ordinateur. *Santé publique*, 2005, vol. 17, n°2, pp. 167-177.

<sup>37</sup> Manificat S., Dazord A. La qualité de vie des enfants et des adolescents : analyse à partir d'enquêtes. *Recherches en soins infirmiers*, septembre 2002, n° 70, pp 13-22. Voir aussi : Manificat S., Dazord A., Cochat P., Nicolas J. Evaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Archives pédiatriques*, 1997, n°4, pp. 1238-1246.

Bien que n'intégrant pas d'échelle de qualité de vie, la déclinaison envisagée de l'enquête Sumer en Bretagne permettrait d'obtenir de multiples informations sur les conditions de travail<sup>38</sup>.

De la même façon que pour la population « jeune », nous proposons ici des indicateurs complémentaires, bien qu'éloignés des échelles de qualité de vie liée à la santé. Nous les proposons suite à notre rencontre avec la direction régionale du travail, et du fait qu'ils sont intégrés sous des formes diverses dans différentes enquêtes santé.

Ces indicateurs relèvent :

- *du cadre temporel* : trois indicateurs doivent être pris en compte : l'imposition ou le choix de la durée du temps de travail, notamment lorsqu'il s'agit d'un temps partiel ; sa variabilité dans l'année, la semaine et la journée ; et la durée du trajet du domicile au travail. Comme le souligne, Marie-France Cristofari <sup>39</sup>, il est fréquemment noté au travers des différentes enquêtes que le temps partiel imposé à l'embauche, se cumule plus fréquemment que les autres avec des contrats précaires et des horaires atypiques. Les femmes y sont très largement sur-représentées, avec pour principal motif le suivi ou le soin de leurs enfants. Par ailleurs, la distance domicile-travail est un élément à prendre aussi en considération, la crise immobilière a occasionné de nombreux déplacements au plus loin de la périphérie des villes, loin des différents centres d'emploi<sup>40</sup>.
- *des exigences cognitives et psychiques du travail* : C'est dans ce domaine, que nous retrouvons le modèle de Karasek utilisé dans le cadre de l'enquête Sumer 2003 (cf. Annexe 6) Ce dernier a élaboré un questionnement autour des sources potentielles de tension au travail selon 3 variables : les exigences du travail (jobs demands), de faible à forte, l'autonomie (job latitude) et le soutien social auquel le salarié peut faire appel.
- *de l'absentéisme* : cette donnée est un indicateur intéressant sur le rapport que le salarié entretient avec son entreprise. Cependant, deux écueils se présentent. D'une part, l'obtention de cette information : si ce point apparaît dans les bilans sociaux des grandes entreprises, cette donnée est plus difficile à cerner pour les petites entreprises. D'autre part, différentes interprétations peuvent être données de l'origine de cet absentéisme.

#### 4.3. Les personnes âgées

Nous n'avons pu obtenir d'indications sur de futures enquêtes concernant la population âgée en Bretagne dans lesquelles insérer une échelle de qualité de vie liée à la santé. Cet axe, ainsi que le choix d'une échelle, restera donc à finaliser<sup>41</sup>.

Toutefois, les principales études liées au vieillissement de la population reposent sur l'observation des comportements de santé des personnes dépendantes, notamment identifiées au travers de l'obtention

---

<sup>38</sup> Cette déclinaison reste toutefois à confirmer.

<sup>39</sup> Cristofari M-F. « Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel », Centre d'Etude de l'Emploi, octobre 2003, 95 p. Annexes.

<sup>40</sup> Ce point peut être mis en relation avec les données relevant du mode de garde des enfants sur le territoire et des inégalités qui peuvent être observées à ce propos. Voir à cet effet, S. Bressé, B. Galtier « La conciliation entre vie familiale et vie professionnelle selon le niveau de vie des familles », Etudes et Résultats, N° 465, février 2006, 12 pages.

<sup>41</sup> Le choix de l'ISPN ou du SF 36 semblerait le plus intéressant, mais nécessite d'être discuté avec différents partenaires.

de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (Gir 1 à 3). Il serait intéressant, en partenariat avec les conseils généraux et les différents partenaires oeuvrant auprès des personnes âgées, et ce sans sous-estimer les difficultés des personnes lourdement dépendantes, de développer une réflexion autour des Gir 4 à 6 afin de mieux cerner leur perception de la qualité de vie.

#### 4.4. Des propositions complémentaires

A l'exception des personnes âgées, nous venons de proposer des échelles de qualité de vie liée à la santé intégrables dans de futures enquêtes sur la région Bretagne. Par ailleurs, des indicateurs, en complément de la qualité de vie liée à la santé, ont été proposés.

Le choix de ces différentes échelles s'est articulé autour de plusieurs critères reposant pour les jeunes sur la comparaison possible avec d'autres régions et pour les salariés avec leur utilisation dans différentes enquêtes santé travail.

Pour autant, afin d'avoir une base de travail, et ce dès le début du Plan Régional de Santé Publique en Bretagne, il est possible d'obtenir de la part de l'INPES (avec la signature d'une convention d'utilisation) les données relatives à la population bretonne concernée par le dernier Baromètre santé.

Cet échantillon constitué de 915 bretons interrogés autour du profil de Duke, est complété par 842 personnes de 12 à 75 ans ayant répondu au **Whoqol 26**. Cette base de travail est intéressante notamment dans l'utilisation de cette dernière échelle. En effet, celle-ci intègre outre des éléments sur la santé, différents paramètres de conditions de vie, comme le transport, l'environnement, la sécurité pouvant intéresser différentes politiques publiques. De la même façon, cette échelle s'adapte aux différentes populations concernées par le PRSP.

Il pourrait être intéressant de développer une enquête en population - sous forme d'entretiens téléphoniques - utilisant cette échelle. Dans le cadre de la préparation des Etats généraux de la santé en 1999, l'ORS des Pays de la Loire a mené une étude sur « la perception de la santé » dans cette région<sup>42</sup>. Si cette étude s'articulait autour du Profil de Duke et de questions relevant du recours au système de soins, de la prévention, et de l'opinion des ligériens sur la politique de santé et la prévention, cette expérience pourrait être effectuée autour du **Whoqol 26**.

Le dernier élément que nous souhaitons aborder, est la nécessaire reconduction<sup>43</sup> des enquêtes en population *incluant* des échelles de qualité de vie afin de mesurer les évolutions, qu'elles soient positives ou négatives.

Ce point implique notamment de cerner deux aspects : d'une part d'envisager dès à présent le coût de cette reconduction, d'autre part de s'interroger sur la nécessité de décliner des enquêtes nationales ou d'élaborer sa propre étude selon les besoins recensés. La déclinaison d'enquêtes nationales, impliquant un sur-échantillon régional, est, comme nous l'avons vu, un atout en terme de comparaison. En termes financiers, à titre d'exemple, la déclinaison du Baromètre santé sur la tranche d'âge 12-25 ans représente environ 250 000,00 € (information transmise par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire). Ce coût correspond au travail de l'institut de sondage sollicité pour effectuer les entretiens téléphoniques sur l'échantillon régional, à l'exploitation des données, et à la

---

<sup>42</sup> La perception de la santé dans les Pays de la Loire. Enquête auprès de la population, mai-juin 1999. Nantes : ORS Pays de la Loire, juillet 2000. 32 p.

<sup>43</sup> Cette reconduction peut intervenir tous les 3 à 5 ans.

diffusion des résultats<sup>44</sup>. A titre d'information, différentes enquêtes nationales dont le Baromètre Santé de l'INPES se dérouleront en 2008.<sup>45</sup>

### Récapitulatif des indicateurs proposés.

Population	Echelle proposée	Motifs	Indicateurs complémentaires
Jeunes	<b>Duke</b>	<i>Comparaison avec les autres régions ayant décliné le Baromètre santé</i>	- perception de l'environnement et du bruit - soutien perçu - transport
Salariés	<b>ISPN</b>	<i>Utilisé dans le cadre des enquêtes nationales santé travail</i>	- cadre temporel (temps partiel, contraint ou désiré, variabilité dans l'année, distance domicile/travail) - soutien perçu - absentéisme
Personnes âgées	<i>Choix d'échelle (ISPN, SF36, ...) à finaliser avec les partenaires oeuvrant auprès de cette population et en fonction des opportunités d'études</i>		
Echantillon INPES (12-75 ans)	<b>Profil Duke Whoqol 26</b>	<i>Disposer de données récentes illustrant la qualité de vie liée à la santé.</i>	

<sup>44</sup> D'une manière générale, ce coût correspond à la déclinaison de toute enquête nationale.

<sup>45</sup> Si une déclinaison n'est pas envisagée, il restera toujours la possibilité d'obtenir les données relatives aux différentes échelles de qualité de vie liée à la santé sans pour autant que l'échantillon soit représentatif de la population bretonne.

## BIBLIOGRAPHIE

ALIX E. Peut-on évaluer l'impact des soins nutritionnels sur la qualité de vie des personnes âgées ? *Information Diététique*, 1/2004, pp. 3-10.

ALLONIER C., DOURGON P., ROCHEREAU T. L'enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français. *Questions d'économie de la santé*, janvier 2006, n°105. 4 p.

ARÈNES J. (dir.), JANVRIN M.-P. (dir.), BAUDIER F. (dir.) Baromètre santé jeunes 97/98. 2<sup>e</sup> éd. Vanves : CFES, 1999. (Baromètres) 328 p.

AUVRAY L., DOUSSIN A., LE FUR P. Santé, soins et protection sociale en 2002. *Questions d'Economie de la santé*, décembre 2003, n° 78, 8 p.

BLANCHET D., DEBRAND T. Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. *Questions d'économie de la santé*, décembre 2005, n° 103, 4 p.

BOIGUERIN B., RAYAUD D., BREUIL-GENIER P. Les trajectoires de soins en 2003. *Etudes et Résultats*, février 2006, n°463, 11 p.

BOISSELOT P. L'évolution des opinions des Français en matière de santé et de protection sociale entre 2000 et 2005. *Etudes et Résultats*, février 2006, n°462, 8 p.

BOITARD V. L'allocation personnalisée d'autonomie en Bretagne au 30 septembre 2003. *L'Info statistique*, février 2004, n°4, 4 p.

BOULAY C., FONTAINE D., BIDOU E. [et al.] Enquête Smeba. La santé des étudiants en 2005. 4<sup>ème</sup> enquête. Paris : FNORS, Angers : Smeba, mai 2005, 71 p.

BOURNOT M.-C., BRUANDET A., DECLERCQ C., [et al.]. Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Résultats régionaux. Vol. 3.2. Saint-Denis : INPES, 2004. (Baromètres). 253 p.

BREDA J., GOYVAERTS K. La mesure générale du bien-être : esquisse d'une approche quantitative. *Santé Publique*, juin 1999, vol. 11, n°2, pp. 103-126.

BRIOUL M. L'évaluation de la qualité de vie : un enjeu pour la clinique. *Santé Publique*, septembre 1997, vol. 9, n° 3, pp. 315-328.

BROUSSOULOUX S., HOUZELLE N., KERNEUR C., [et al.]. Santé à l'école : tout un programme. *La santé de l'homme*, novembre-décembre 2005, n°380, pp. 7-43.

BRUCHON-SCHWEITZER M. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod, 2002. 440 p.

BUSSON O., LUCAS-GABRIELLI V., ROCHEREAU T., [et al.] Environnement local, santé, soins et protection sociale. *Questions d'économie de la santé*, juin 1999, n°19, 6 p.

CARIO A. (rapp.), LEMESLE J. (rapp.), Les jeunes de 16-25 ans : une chance pour la Bretagne., Rennes : Conseil Economique et Social de Bretagne, novembre 2003, 336 p.

CASSOU B., IWATSUBO Y., MANDEREAU L. [et al.]. Facteurs prédictifs d'un vieillissement sans besoin d'aide dans une population de personnes âgées de plus de 80 ans. *Revue Médicale de l'assurance Maladie*, janvier-mars 2005, vol. 36, n° 1, pp. 43-51.

CHAIX B., CHAUVIN P. Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins : l'apport des analyses multiniveaux et spatiales. *Questions d'économie de la santé*, décembre 2005, n°104, 6 p.

CHANUT J.-M., MICHAUDON H. Difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité. Une approche à partir de l'enquête H.I.D. *Etudes et Résultats*, n° 306, avril 2004, 12 p.

CRISTOFARI M.-F. Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, octobre 2003, 95 p., annexes.

DRESSEN C. (dir.), NAVARRO F. (dir.). Les Années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France. Vanves : CFES, mai 2000. 114 p.

Espaces, bien-être et qualité de vie : actes du colloque Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être, Angers, 23 et 24 septembre 2004. Editions Presses de l'Université d'Angers, mars 2006. 318 p.

Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Enquête auprès de 2000 personnes âgées en Bourgogne. Dijon : ORS Bourgogne, janvier 2002, 4 p.

FASSIN D. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, septembre 2003, vol. 51, n°4, pp. 403-413.

FLEURET S. (dir.), SECHET R. (dir.). La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2002. (Espace et Territoires). 236 p.

FROSSARD M, JASSO MOSQUEDA G., SUAREZ C., [et al.]. Indicateurs de qualité de santé et de qualité de vie : une typologie. *Gérontologie et Société*, octobre 1996, n°78, pp. 122-131.

GAUTIER A. (dir.), BAUDIER F. (dir.), LEON C. (dir.). Comment ça va la santé ? Enquête auprès des 12-25 ans. *La santé de l'homme*, mars-avril 2004, n° 370, pp. 13-39.

GODEAU E. (dir.), GRANDJEAN H. (dir.), NAVARRO F. (dir.). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France 2002. Saint-Denis : INPES, août 2005. (Baromètres). 284 p.

GUILBERT P. (dir.), ARWIDSON P. (dir.). Santé : des enquêtes à la prévention. *La santé de l'homme*, mai-juin 2003, n°365, pp. 11-46.

GUILBERT P. (dir.), BAUDIER F. (dir.), GAUTIER A. (dir.), [et al.]. Baromètre santé 2000, Méthode, Vol. 1. Vanves : CFES, 2001. (Baromètres). 142 pages.

GUILBERT P. (dir.), BAUDIER F. (dir.) , GAUTIER A. (dir.), [et al.]. Baromètre santé 2000, Résultats, Vol. 2. Vanves : CFES, 2001. (Baromètres). 473 pages.

GUILBERT P. (dir.), BAUDIER F. (dir.) , GAUTIER A. (dir.), TRUGEON A. (dir.): Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux. Vol. 3.1. Saint-Denis : INPES, 2004. (Baromètres). 216 p.

GUILBERT P. (dir.), GAUTIER A. (dir.). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : INPES, mars 2006. (Baromètres). 170 p.

GUILLEMIN F., PAUL-DAUPHIN A., VIRION J.M. [et al.]. Le profil de santé de DUKE : un instrument de mesure de qualité de vie liée à la santé. *Santé Publique*, mars 1997, n° 1, pp. 35-44.

HENRARD J.C. (dir). La santé des personnes âgées. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7 février 2006, n°5-6/2006, pp. 37-52.

IMBERT F., LANG P. O., MEYER N. [et al.]. Description des conditions de vie de la population âgée de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, avril 2005, vol. 53, n°2, pp. 153-165.

INPES, INSERM, DREES, IRDES. La santé des adolescents. *Etudes et Résultats*, juin 2004, n°322, 12 p.

JOLIOT E., DESCHAMPS J.-P. La mesure de qualité des adolescents : un nouvel outil d'évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative ? *Promotion et éducation*, vol. 4, avril 1997, pp. 7-10.

La Mesure des évolutions dans les enquêtes de santé, Séminaire de Créteil, 13 et 14 mars 2003. Saint-Denis : INPES, juillet 2004. (Séminaire). 243 p.

La Perception de la santé dans les Pays de la Loire. Enquête auprès de la population, mai-juin 1999. Nantes : ORS Pays de la Loire, juillet 2000. 32 p.

La Promotion de la santé- Efficace ? *Recherche sur les politiques de santé*, vol 1, n°3, 39 p.

LANOE J.-L., MAKDESSI-RAYNAUD Y. L'état de santé en France en 2002. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Etudes et Résultats*, octobre 2005, n° 436, 12 p.

LE QUEAU P., OLM C. La construction sociale de la perception de la santé. *Actualité et dossier en santé publique*, mars 1999, n°26, pp. 12-16

LEPLEGE A. Les mesures de la qualité de vie. Paris : PUF, 1999. (Que sais-je). 128 p.

LEPLÈGE A.(dir.), COSTE J. (dir.). Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Paris : Editions ESTEM, 2001. 333 p.

Les Evolutions de la santé au cours de la vie professionnelle : altération, préservation, construction : actes du séminaire Vieillesse et travail, année 2004. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, octobre 2005. (Rapport de recherche ; 27). 198 p.

Les Mesures du bien-être. Informations sociales, février 2004, n°114, 146 p.

MANIFICAT S., DAZORD A. La qualité de vie des enfants et des adolescents : analyse à partir d'enquêtes. *Recherches en soins infirmiers*, septembre 2002, n° 70, pp 13-22.

MANIFICAT S., DAZORD A., COCHAT P., NICOLAS J. Evaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Archives pédiatriques*, 1997, n°4, pp. 1238-1246.

MICHALSI J. H. Projet des indicateurs de la qualité de vie : résultats préliminaires, Consultations publiques, 4 décembre 2000 : ébauche. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche sur la politique publique (RCRPP). 26 p.

MICHEL C. La Dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault : un Héraultais sur dix a recours à une aide régulière à domicile : résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités- Dépendance- Hérault 1999. Montpellier : Conseil général de l'Hérault : INSEE Languedoc-Roussillon, 2003. 16 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Direction générale de la santé. Santé Publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels : actes du séminaire, 8 décembre 2004, Paris. Nancy : Ecole de santé publique, juillet 2005. 118 p.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Direction Générale de la Santé, MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, juillet 2005, 503 p.

OLM C., LE QUEAU P. La construction sociale de la perception de la santé. *Cahier de recherche*, juin 1999, n°128, 94 p.

PAUGAM S. Les formes élémentaires de la pauvreté. Paris : PUF, 2005. 276 p. (Lien Social)

PERRIN-ESCALON H., HASSOUN J. Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. Saint-Denis : INPES, septembre 2004. (La santé en action). 114 p.

Personnes âgées. *Santé Bourgogne*, n° 44, juin 2002, 12 p.

Qualité de vie, santé, écologie, environnement. *Prévenir*, 2<sup>nd</sup> semestre 1997, n° 33, 224 p.

RAPHAEL, D., [et al.] The Community Quality of Life Project : a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International*, 1999, n°14, pp. 197-210.

RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Vers un profil santé de ville. Système local d'observation en santé. Rennes : Réseau français des Villes-Santé, 2005. 65 p.

RETEL-RUDE N., IONESCU S., LEPLÈGE A. [et al.]. Qualité de vie liée à la santé des personnes en situation de chômage : revue de la littérature. *Journal de l'économie médicale*, juin-juillet 1998, n°4-5, pp. 297-319.

SIMEONI M.C. [et al.]. Conceptualisation et validation d'instruments de qualité de vie liée à la santé. Enseignements d'une revue critique de la littérature. *Journal d'économie médicale*, 1999, t. 17, n°1, pp. 17-28.

STURGIS P., THOMAS R., PURDON S., BRIDGWOOD A., DODD T. Comparative review of Assessment of Key Health State. Mesures of the general population. Department of Health, 2001. 126 p.

TRON I., PENNONGON L., MAZERIE V., PRIMAULT D. La santé des jeunes en Bretagne : 2000 jeunes répondent à 84 questions. Rennes : ORSB, 2003. 246 p.

WALTISPERGER D. Le Travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq. *Premières Synthèses Informations*, mai 2004, n°19-1, 4 p.

YILMAZ E. Pénibilité du travail, évaluation statistique. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, janvier 2006. (Document de travail ; 55). 84 p.

ZDANOWICZ N., JANNE P., REYNAERT C. L'adolescent est-il responsable de sa santé ? *Louvain Med.* 2001, vol. 120, n°7, pp. 255-262.

## **ANNEXE 1 : LES QUESTIONS DU WHOQOL 26**

Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

- 1- Très mauvaise
- 2- Mauvaise
- 3- Ni bonne, ni mauvaise
- 4- Bonne
- 5- Très bonne

Etes-vous satisfait de votre santé ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très insatisfait

Actuellement, une douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Complètement

Un traitement médical vous est-il nécessaire dans votre vie de tous les jours ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Complètement

Trouvez-vous votre vie agréable ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Complètement

Vos croyances (convictions personnelles) donnent-elles un sens à votre vie ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Complètement

Etes-vous capables de vous concentrer ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Tout à fait

Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Tout à fait

Votre environnement est-il sain du point de vue de la pollution, du bruit, de la salubrité, etc. ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Tout à fait

Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Acceptez-vous votre apparence physique ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Comment trouvez-vous votre capacité (physique) à vous déplacer seul ?

- 1- Très mauvaise
- 2- Mauvaise
- 3- Ni bonne, ni mauvaise
- 4- Bonne
- 5- Très bonne

Etes-vous satisfaits de votre sommeil ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait

- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Beaucoup
- 5- Extrêmement

Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Avez-vous facilement accès aux soins (médicaux) dont vous avez besoin ?

- 1- Pas du tout
- 2- Un peu
- 3- Modérément
- 4- Suffisamment
- 5- Tout à fait

Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?

- 1- Pas du tout satisfait
- 2- Pas satisfait
- 3- Ni satisfait, ni insatisfait
- 4- Satisfait
- 5- Très satisfait

Eprouvez-vous des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

- 1- Jamais
- 2- Parfois
- 3- Souvent
- 4- Très souvent
- 5- Toujours.

## ANNEXE 2 : INDICATEUR DE SANTE PERÇUE DE NOTTINGHAM.

Questions de l'ISPN (réponses en oui/non)

Dimension explorée

Je me sens tout le temps fatigué  
Tout me demande un effort  
Je me fatigue vite

Energie

J'ai des douleurs la nuit  
J'ai des douleurs insupportables  
J'ai des douleurs quand je change de position  
Je souffre quand je marche  
J'ai des douleurs quand je suis debout  
J'ai des douleurs en permanence  
J'ai des douleurs en montant les escaliers ou les marches  
Je souffre quand je suis assis

Douleur

Je suis de plus en plus découragé  
Je me rend compte que plus rien ne me fait plaisir  
Je me sens nerveux, tendu  
Je trouve que les journées sont interminables  
Je me mets facilement en colère ces temps-ci  
J'ai du mal à faire face aux évènements  
J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir  
Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue  
Je me réveille déprimé le matin

Réactions émotionnelles

Je me sens seul  
J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres  
J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler  
J'ai l'impression d'être une charge pour les autres  
J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres

Isolement Social

Pour marcher, je suis limité à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment)  
J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir)  
J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet)  
Je suis totalement incapable de marcher  
J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches  
J'ai du mal à tendre les bras (pour attraper les objets)  
J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller  
J'ai des difficultés à rester longtemps debout

Mobilité physique

Je prends des médicaments pour dormir  
Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à m'endormir  
Je reste éveillé une grande partie de la nuit  
Je mets beaucoup de temps à m'endormir  
Je dors mal la nuit

Sommeil

### **ANNEXE 3 : QUESTIONS DU SF 36 et ses modalités de réponse**

- 1- **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :** Excellente, Très bonne, Bonne, médiocre, Mauvaise. **GH**
- 2- **Par rapport à il y a 6 mois, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment :** Bien meilleur qu'il y a un an, Plutôt meilleur, A peu près pareil, Plutôt moins bon, Beaucoup moins bon. **HT**

**Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre santé actuel (entourez la réponse de votre choix) ; Oui beaucoup limité(e) ; Oui, un peu limité(e) ; Non, pas du tout limité(e).PF**

- 3- Efforts physiques importants tels que courir, soulever un poids lourd, faire du sport,
- 4- Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules,
- 5- Soulever et porter les courses
- 6- Monter plusieurs étages par l'escalier
- 7- Monter un étage par l'escalier
- 8- Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir
- 9- Marcher plus d'un KM à pied
- 10- Marcher plusieurs centaines de mètres
- 11- Marcher une centaine de mètres
- 12- Prendre un bain, une douche ou s'habiller

**Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (entourez la réponse de votre choix, une par ligne) Oui, Non. RP**

- 13- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?
- 14- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
- 15- Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses
- 16- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?(Par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire).

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne).Oui, Non. RE**

- 17- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?
- 18- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
- 19- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

**20- Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille , vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix). Pas du tout, un petit peu, moyennement, beaucoup, énormément. SF**

**21- Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques (entourez la réponse de votre choix) :** Nulle, très faible, faible, moyenne, grande, très grande. **BP**

**22- Au cours, de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ? (entourez la réponse de votre choix).** Pas du tout, un petit peu, moyennement, beaucoup, énormément. **BP**

**Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours des 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières, il y a-t-il eu des moments où (entourez la réponse de votre choix, une par ligne).** Pas du tout, Souvent, Très souvent, Quelque fois, Rarement, Jamais.

23- Vous vous êtes senti(e) dynamique, VT

24- Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) MH

25- Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? MH

26- Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? MH

27- Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie VT

28- Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) MH

29- Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) VT

30- Vous vous êtes senti(e) heureux(se) MH

31- Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) VT

**32- Au cours de ces 4 dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (Entourez la réponse de votre choix).** En permanence, une bonne partie du temps, de temps en temps, rarement, jamais. **SF**

**Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure, elles sont vraies ou fausses dans votre cas (entourez la réponse de votre choix, une par ligne).** Totalement vraie, plutôt vraie, je ne sais pas, plutôt fausse, totalement fausse.

33- Je tombe malade plus facilement que les autres GH

34- Je me porte aussi bien que n'importe qui GH

35- Je m'attends à ce que ma santé se dégrade GH

36- Je suis en excellente santé. GH

#### **Les 9 dimensions du SF 36 :**

- **PF** : activités physiques :
- **RP** : limitations dues à l'état physique
- **BP** : douleurs physiques
- **GH** : santé perçue
- **VT** : vitalité
- **SF** : vie et relations aux autres
- **RE** : limitations dues à l'état psychique
- **MH** : santé psychique
- **HT** : évolution de la santé perçue.

## ANNEXE 4 : INDICATEURS UTILISES SERVICE SANTE SCOLAIRE VILLEURBANNE.

Typologie structurelle scolaire	Environnement social du groupe scolaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'élèves inscrits, de la GSM au CM2 + CLIS + CLIN</li> <li>- Nb de Classes d'intégration scolaire et de Classes d'initiation</li> <li>- Classification du groupe scolaire en Réseau d'Éducation Prioritaire</li> <li>- Score moyen de l'école à l'évaluation de CE2 (français et math agrégées)</li> <li>- % des enfants avec un an ou plus de retard en CM2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Densité d'orthophonistes sur le périmètre du groupe scolaire</li> <li>- Densité d'ophtalmologistes sur le périmètre du groupe scolaire</li> <li>- Densité d'ORL sur le périmètre du groupe scolaire</li> <li>- Densité de dentistes sur le périmètre du groupe scolaire</li> </ul>
Santé et environnement social des élèves	
<i>Suivi global de la santé des élèves</i>	<i>Protection de l'enfance et prévention de l'échec scolaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- % d'élèves vus pour un bilan de santé par rapport aux élèves inscrits (GSM + rat. CP)</li> <li>- % d'élèves reconvoqués pour un bilan de santé par rapport aux élèves inscrits (GSM + rat. CP)</li> <li>- % de bilans de santé avec suivis préconisés par rapport à l'ensemble des bilans(GSM + rat. CP)</li> <li>- % de retours aux suivis préconisés (GSM + rat. CP)</li> <li>- % de relances aux suivis préconisés (GSM + rat. CP)</li> <li>- Prévalence des orientations pour trouble de l'audition lors des bilans de santé</li> <li>- Prévalence du surpoids et de l'obésité lors des bilans de santé (GSM + rat. CP)</li> <li>- Prévalence des troubles du langage lors des bilans de santé (GSM + rat. CP)</li> <li>- % d'élèves vus pour un examen à la demande par rapport nombre total d'élèves</li> <li>- % d'examens à la demande avec suivis préconisés</li> <li>- % de retours aux suivis préconisés lors d'examens à la demande</li> <li>- % de bilans infirmiers en CE2 avec orientation vers le SMSS</li> <li>- % de bilans infirmiers en CE2 avec orientation vers les services extérieurs</li> <li>- % de retours aux suivis préconisés lors des bilans infirmiers en CE2</li> <li>- % de dépistages visuels avec suivi préconisé</li> <li>- % de retours aux suivis préconisés lors de dépistages visuels</li> <li>- % de dépistages bucco-dentaire avec suivi préconisé sur dent définitive</li> <li>- % de retours aux suivis préconisés sur dent définitive lors de dépistages bucco-dentaires</li> <li>- Nb de Conventions d'Intégration</li> <li>- Nb de Projets d'Accueil Individualisés</li> <li>- % de vaccinations DTP non à jour par rapport aux vaccinations contrôlées en fin de CE2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de demandes sociales</li> <li>- % d'élèves à risque ou en danger par rapport aux demandes sociales</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés financières par rapport aux demandes sociales</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés familiales ou personnelles par rapport aux demandes sociales</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés scolaires par rapport aux demandes sociales</li> <li>- % de familles reçues suite à des demandes sociales</li> <li>- % d'élèves à risque ou en danger de maltraitance</li> <li>- Nb de signalements d'élèves à risque ou en danger de maltraitance</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés financières par rapport au nb total d'élèves</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés familiales ou personnelles par rapport au nb total d'élèves</li> <li>- % d'élèves signalés pour des difficultés scolaires par rapport au nb total d'élèves</li> <li>- Nb de dossiers présentés en Commission de circonscription préscolaire et élémentaire</li> </ul>

## Annexe 5: QUESTIONNAIRE DU HBSC

### *Dimension : Résultats scolaires*

Selon toi, que pense(nt) ton maître, ta maîtresse, ou tes professeurs de tes résultats scolaires comparés à ceux de tes camarades ? Ils pensent que mes résultats sont : très bons, bons, moyens, en dessous de la moyenne.

### *Dimension : Satisfaction*

Actuellement, que penses-tu de l'école ? Je l'aime beaucoup, Je l'aime un peu, Je ne l'aime pas beaucoup, Je ne l'aime pas du tout.

### *Dimension : Soutien*

Voici quelques phrases à propos des élèves de ta classe. Indique à quel point tu es d'accord ou non avec chacune d'entre elles. Modalités de réponse : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- Les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble
- 2- La plupart des élèves de ma classe sont gentils et prêts à aider les autres
- 3- Les autres élèves m'acceptent comme je suis

### *Dimension : Pression Scolaire*

Es-tu stressé(e) par le travail scolaire : Pas du tout, Un peu, Assez, Beaucoup.

### *Dimension : Autonomie*

Voici quelques phrases à propos de ton école. Indique à quel point tu es d'accord ou non avec chacune d'entre elles. Modalités de réponse : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- Dans mon école, on tient compte des propositions des élèves pour prendre des décisions
- 2- Les élèves sont traités trop sévèrement dans mon école
- 3- Les règlements de mon école sont justes (équitables)

### *Dimension : Soutien*

Voici quelques phrases à propos de ton maître, ta maîtresse ou tes enseignants. Indique à quel point tu es d'accord ou non avec chacune d'entre elles. Modalités de réponses : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- Ils m'encouragent à donner mon avis en classe
- 2- Ils sont justes avec les élèves
- 3- Quand j'ai besoin d'une aide supplémentaire, je peux l'obtenir.

*Dimension : Soutien*

Indique à quel point tu es d'accord ou non avec les affirmations suivantes : Modalités de réponses : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- Si j'ai des problèmes à l'école, mes parents sont prêts à m'aider
- 2- Mes parents sont prêts à venir à l'école parler avec mes maîtres, maîtresses ou professeurs
- 3- Mes parents m'encouragent à bien travailler à l'école

*Dimension : Exigences scolaires perçues*

Indique à quel point, tu es d'accord ou non avec les affirmations suivantes : Modalités de réponses : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- J'ai trop de travail scolaire
- 2- Je trouve le travail scolaire trop difficile
- 3- Je trouve le travail scolaire fatigant.

*Dimension : Satisfaction*

Indique à quel point, tu es d'accord ou non avec les affirmations suivantes. Modalités de réponses : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, Ni d'accord / ni pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord.

- 1- J'ai envie d'aller à l'école
- 2- J'aime être à l'école
- 3- Il y a beaucoup de choses que je n'aime pas concernant l'école
- 4- J'aimerais ne pas avoir à aller à l'école
- 5- J'aime les activités scolaires.

## **ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE KARASCEK (ENQUETE SUMER 2002)**

26 questions :les réponses se font selon 4 modalités (Pas du tout d'accord, Pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord).

- 1- Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles
- 2- Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives
- 3- Mon travail me demande d'être créatif
- 4- Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même
- 5- Mon travail demande un haut niveau de compétences
- 6- Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail
- 7- Dans mon travail, j'ai des activités variées
- 8- J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail
- 9- J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles
- 10- Mon travail demande de travailler très vite
- 11- Mon travail demande de travailler intensément
- 12- On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive
- 13- Je dispose du temps nécessaire pour effectuer correctement mon travail
- 14- Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes
- 15- Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense
- 16- Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard
- 17- Mon travail est très bousculé
- 18- Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail
- 19- Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnées
- 20- Mon supérieur prête attention à ce que je dis
- 21- Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien
- 22- Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnées
- 23- Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents
- 24- Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt
- 25- Les collègues avec qui je travaille sont amicaux
- 26- Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien