

L' ENVIRONNEMENT



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET

DE



Enquête de santé par interview 1997
Auto-questionnaire

PERSONNE CONCERNÉE

N° de la personne

Prénom:

ENQUÊTEUR

Nom de l'enquêteur :

Code de l'enquêteur:

Date de l'enquête: / / 19

Répondez vous-même aux questions suivantes.

Cochez la réponse de votre choix.

Faites un seul choix pour chaque question, sauf indication contraire.

Par exemple

TR.01. Combien de fois par semaine vous levez-vous après 9 heures du matin?

- ₁ 1 fois
- ₂ 2-3 fois
- ₃ 4 fois ou plus
- ₄ Ne sait pas

Perception de la santé

PE.01. Comment est votre état de santé général ?

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

PE.02. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez vous votre état de santé en ce moment ?

- ₁ Bien meilleur que l'an dernier
- ₂ Plutôt meilleur
- ₃ A peu près pareil
- ₄ Plutôt moins bon
- ₅ Beaucoup moins bon

Morbidité

- MO.01. Êtes-vous régulièrement gêné par la toux ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.02. Avez-vous parfois des palpitations ou des battements de coeur ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.03. Avez-vous parfois des problèmes d'estomac ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.04. Avez-vous souvent des crises d'éternuement ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.05. Est-ce que votre nez est régulièrement bouché ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.06. Vous sentez-vous parfois oppressé ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.07. Êtes-vous parfois gêné par des picotements dans le nez ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.08. Avez-vous des problèmes d'insomnie ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.09. Vous plaignez-vous parfois de douleurs aux os ou aux muscles ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.10. Êtes-vous parfois gêné par un mal de dos ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.11. Avez-vous parfois des douleurs dans la poitrine ou dans la région du coeur ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.12. Avez-vous souvent une sensation de fatigue ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.13. Êtes-vous parfois gêné par des maux de tête ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.14. Avez-vous parfois des plaintes peu définies à l'estomac ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.15. Avez-vous parfois des vertiges ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.16. Vous est-il arrivé de ressentir un engourdissement ou des fourmillements dans les jambes ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.17. Est-ce que vous vous sentez souvent agité ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.18. Vous sentez-vous parfois sans courage ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.19. Souffrez-vous de rhumatismes ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.20. Avez-vous parfois des douleurs dans la région de l'estomac ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.21. Est-ce que vous vous sentez souvent nerveux ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.22. Est-ce que vous vous sentez plus vite fatigué que cela ne vous paraît normal ? ₁ Oui ₂ Non
- MO.23. Vous sentez-vous vite irrité ? ₁ Oui ₂ Non

MO.24 Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Un petit peu
- ₃ Moyennement
- ₄ Beaucoup
- ₅ Enormément

MO.25. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos douleurs (phy-
siques)?

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

MO.26. Au cours de ces 4 dernières semaines, est-ce que vos douleurs vous ont gêné dans votre travail ou vos activités habituelles?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Un petit peu
- ₃ Moyennement
- ₄ Beaucoup
- ₅ Enormément

Consommation de tabac

TA.01. Fumez-vous?

- ₁ Oui, tous les jours
- ₂ Oui, occasionnellement
- ₃ Non - passez à TA.09. (voir page 6)

TA.02. Habituellement, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

- ₁ Ne fume pas de cigarettes
- ₂ Moins de 20
- ₃ 20 ou plus

TA.03. Habituellement, combien de cigares fumez-vous en moyenne par jour?

- ₁ Ne fume pas de cigares
- ₂ Je fume habituellement cigares par jour

TA.04. Habituellement, quelle quantité de tabac pour pipe fumez-vous en moyenne par semaine?

- ₁ Ne fume pas la pipe
- ₂ Je fume habituellement grammes par semaine

TA.05. Comparé à il y a 2 ans pourriez-vous dire que vous fumez moins en ce moment?

- ₁ Oui - passez à TA.07.
- ₂ Non

TA.06. Comparé à il y a 2 ans pourriez-vous dire que vous fumez plus en ce moment?

- ₁ Oui
- ₂ Non

TA.07. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à AL.01. (voir page 7)

TA.08. Pourquoi avez-vous essayé d'arrêter de fumer?

(plusieurs réponses sont possibles)

- | | | | |
|----|---|--|---|
| 1. | A cause d'une maladie que vous avez ou que vous avez eue | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 2. | Pour améliorer vos performances sportives | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 3. | Parce que vous êtes ou vous étiez enceinte | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 4. | Parce que vous avez peur des conséquences du tabac sur la santé | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 5. | Sous l'influence de votre entourage | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 6. | Pour des motifs financiers | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 7. | Pour une autre raison | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
- Laquelle?

Après avoir répondu à la question **TA.08.** - passez à **AL.01.** (voir page 7)

TA.09. Avez-vous déjà fumé?

- ₁ Oui, quotidiennement
₂ Oui, occasionnellement
₃ Non - passez à **AL.01.** (voir page 7)

TA.10. Depuis quand avez-vous cessé de fumer?

- ₁ il y a moins de 2 ans
₂ il y a deux ans ou plus

TA.11. Pourquoi avez-vous arrêté de fumer?

(plusieurs réponses sont possibles)

- | | | | |
|----|---|--|---|
| 1. | A cause d'une maladie que vous avez ou que vous avez eue | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 2. | Pour améliorer vos performances sportives | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 3. | Parce que vous êtes ou vous étiez enceinte | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 4. | Parce que vous avez peur des conséquences du tabac sur la santé | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 5. | Sous l'influence de votre entourage | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 6. | Pour des motifs financiers | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 7. | Pour une autre raison | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
- Laquelle?

Consommation de boissons alcoolisées

AL.01. Indiquez dans la liste ci-dessous quelles boissons alcoolisées vous avez bues au cours des 12 derniers mois (même si ce n'est qu'une seule fois)?

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Bière (bière sans alcool non comprise) | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 2. Vin, sherry, porto, vermouth | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 3. Liqueur, advocaat, kir | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 4. Gin, brandy, cognac, whisky, vodka | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 5. Longdrinks, cocktails | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 6. Boissons faiblement alcoolisées
par exemple bière light) | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |
| 7. Autres boissons alcoolisées?
Lesquelles? | <input type="checkbox"/> ₁ .Oui | <input type="checkbox"/> ₂ ..Non |

AL.02. Au cours des six derniers mois, avez-vous bu 6 verres de boissons alcoolisées (éventuellement différentes) ou plus le même jour?

- ₁ Oui
₂ Non - passez à **AL.04.**

AL.03. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 6 verres de boissons alcoolisées (éventuellement différentes) ou plus le même jour ?

- ₁ Tous les jours
₂ 5 à 6 fois par semaine
₃ 3 à 4 fois par semaine
₄ 1 à 2 fois par semaine
₅ 1 à 3 fois par mois
₆ 3 à 5 fois sur six mois
₇ 1 à 2 fois sur six mois

AL.04. Buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées pendant la semaine (du lundi au jeudi)?

- ₁ Oui
₂ Non - passez à **AL.08 (voir page 8)**

AL.05. Au cours de combien de jours de la semaine (du lundi au jeudi) buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées?

- ₁ 1 jour
₂ 2 jours
₃ 3 jours
₄ 4 jours

AL.06. En moyenne, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour en semaine (du lundi au jeudi)?

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

AL.07. Quel type de boisson alcoolisée buvez-vous le plus, d'habitude, pendant les jours de semaine (du lundi au jeudi)?

- ₁ Bière (à l'exception de la bière light ou non-alcoolisée)
- ₂ Vin, sherry, porto, vermouth
- ₃ Liqueur, advocaat, kir
- ₄ Gin, cognac, whisky, genièvre, vodka
- ₅ Long-drinks, cocktails
- ₆ Boissons faiblement alcoolisées (par exemple, bière light)
- ₇ Autre boisson alcoolisée
Laquelle?

AL.08. Buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées pendant le week-end (du vendredi au dimanche) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **HI.01. (voir page 10)**

AL.09. Au cours de combien de jours du week-end (du vendredi au dimanche) buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées?

- ₁ 1 jour
- ₂ 2 jours
- ₃ 3 jours

AL.10. En moyenne, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour (du vendredi au dimanche) ?

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

AL.11. Quel type de boisson alcoolisée buvez-vous le plus, d'habitude, pendant le week-end (du vendredi au dimanche)?

- ₁ Bière (à l'exception de la bière light ou non-alcoolisée)
- ₂ Vin, sherry, porto, vermouth
- ₃ Liqueur, advocaat, kir
- ₄ Gin, cognac, whisky, genièvre, vodka
- ₅ Long-drinks, cocktails
- ₆ Boissons faiblement alcoolisées (par exemple bière light)
- ₇ Autre boisson alcoolisée
Laquelle?

SIDA

HI.01. D'après vous, la transmission du virus du SIDA est-elle possible...?

	Oui	Non	On dit que non, mais je me méfie	Je ne sais pas
1. en s'asseyant sur une planche de W.C.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. en buvant dans le verre de quelqu'un	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. en embrassant quelqu'un sur la bouche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. en recevant du sang en Belgique actuellement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. en donnant du sang en Belgique actuellement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

HI.02. Pour se protéger du SIDA, est-ce que les moyens suivants sont efficaces?

	Tout à fait efficaces	Plutôt efficaces	Plutôt pas efficaces	Pas du tout efficaces	Je ne sais pas
1. se retirer avant l'éjaculation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
2. choisir des partenaires qui paraissent en bonne santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
3. utiliser la pilule (contraceptive)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
4. se laver après les rapports sexuels	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

HI.03. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du virus du SIDA?

- ₁ Oui, plusieurs fois
- ₂ Oui, une fois
- ₃ Non - passez à **HI.07. (voir page 11)**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **HI.07. (voir page 11)**

HI.04. Quand avez-vous passé un test de dépistage du virus du SIDA pour la dernière fois?

Mois: Année: 19

HI.05. A l'initiative de qui a été réalisé ce test ?

- ₁ A ma propre initiative
- ₂ A l'initiative de mon médecin
- ₃ A l'initiative de quelqu'un d'autre
Qui?

HI.06. Pourquoi a-t-on fait ce test?

- ₁ A cause de plaintes physiques
- ₂ Parce que je voulais devenir enceinte
- ₃ Dans le cadre d'analyses faites durant la grossesse
- ₄ Dans le cadre d'un check-up de routine
- ₅ Parce que je devais être opéré
- ₆ Parce que j'étais inquiet d'avoir pu être infecté par le virus de SIDA
 - _A Suite à un contact sexuel
 - _B Pour une autre raison.
Laquelle?
- ₇ Pour une raison administrative (par exemple assurance, emploi, visa,..)
- ₈ Parce que j'avais commencé une nouvelle relation ou que j'allais me marier
- ₉ Pour une autre raison.
Laquelle?

HI.07. Accepteriez-vous de ...?

	Oui	Oui, mais j'aurais peur	Non (car j'aurais trop peur)	Je ne sais pas
1. de travailler ou d'étudier en compagnie d'une personne séro-positif(e)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. de laisser vos enfants en compagnie d'une personne séro-positif(e) (garde d'enfants, autres enfants séropositifs)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

HI.08. Êtes-vous d'accord ...?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
1. un patron doit pouvoir licencier une personne atteinte du SIDA	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
2. si un de mes collègues était séro-positif, je devrais en être averti même sans son consentement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
3. il faut traduire en justice les personnes qui se savent séro-positives et qui ont des rapports sexuels sans précaution et sans avertir leur partenaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

Nutrition

NU.01. En ce moment, essayez-vous de maigrir, de grossir, de maintenir votre poids ou bien cela ne vous préoccupe-t-il pas?

- ₁ J'essaie de maigrir
- ₂ J'essaie de garder le même poids
- ₃ J'essaie de grossir - passez à **ON.01. (voir page 13)**
- ₄ Je ne m'en préoccupe pas - passez à **ON.01. (voir page 13)**

NU.02. Que faites-vous en ce moment pour maigrir ou pour maintenir votre poids? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 1. | Je fais attention aux types d'aliments que je mange | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 2. | Je prend moins de calories | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 3. | Je fais plus attention à mon alimentation | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 4. | Je me dépense plus | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 5. | Je saute des repas | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 6. | Je jeûne pendant 24 heures ou plus | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 7. | J'utilise des produits diététiques | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 8. | Je prends des produits pour maigrir | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 9. | Je prends des laxatifs | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 10. | Je m'intègre dans un groupe (Weight Watchers, par exemple) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 11. | Autre moyen
Lequel? | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

NU.03. Sur les conseils de qui essayez-vous de maigrir?

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 2. | Médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 3. | Diététicien | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 4. | De ma propre initiative | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |
| 5. | Sur les conseils de quelqu'un d'autre
Qui? | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

Accidents

ON.01. Au cours des deux derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accidents qui a (ont) gêné vos activités habituelles pendant au moins une journée?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **ON.03.**
- ₉ Ne sait pas - passez à **ON.03.**

**ON.02. De quel genre d'accident(s) s'agissait-il?
(plusieurs réponses possibles)**

- ₁ D'un accident de travail ou à l'école
- ₂ D'un accident de la route
- ₃ D'un accident dans la pratique d'un sport
- ₄ D'un accident domestique
- ₅ D'un autre type d'accident
Lequel ?

ON.03. Attachez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous êtes assis à l'avant d'une voiture (comme conducteur ou passager)?

- ₁ Toujours
- ₂ Parfois
- ₃ Jamais
- ₄ Pas d'application (n'est jamais assis à l'avant, ne se déplace pas en voiture, ...)

ON.04. Attachez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous êtes assis à l'arrière d'une voiture?

- ₁ Toujours
- ₂ Parfois
- ₃ Jamais, même s'il y a des ceintures à l'arrière
- ₄ Jamais, car il n'y a pas de ceintures à l'arrière
- ₅ Pas d'application (n'est jamais assis à l'arrière de l'auto, ne se déplace pas en voiture, ...)

ON.05. Quel est le taux d'alcool légal autorisé dans le sang pour le conducteur d'un véhicule?

..... gr/l. (pour mille)

Bien-être émotionnel

*Nous allons vous poser quelques questions sur votre bien-être au cours de **ces dernières semaines...***

WB.01. Ces derniers temps, avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.02. Ces derniers temps, vous êtes-vous senti(e) constamment tendu ou "stressé"?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.03. Ces derniers temps, avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?

- ₁ Mieux que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Moins que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins que d'habitude

WB.04. Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?

- ₁ Plus que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Moins utile que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins utile que d'habitude

WB.05. Ces derniers temps, avez-vous été capable de regarder vos difficultés en face?

- ₁ Plus que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Moins capable que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins capable que d'habitude

WB.06. Ces derniers temps, vous vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions (concernant des choses)?

- ₁ Plus que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Moins bien capable que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins que d'habitude

WB.07. Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.08. Ces derniers temps, vous vous êtes senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?

- ₁ Plus que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Un peu moins que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins que d'habitude

WB.09. Ces derniers temps, avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités quotidiennes normales?

- ₁ Plus que d'habitude
- ₂ Comme d'habitude
- ₃ Un peu moins que d'habitude
- ₄ Beaucoup moins que d'habitude

WB.10. Ces derniers temps, avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e)?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.11. Ces derniers temps, avez-vous perdu confiance en vous-même?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.12. Ces derniers temps, vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?

- ₁ Pas du tout
- ₂ Pas plus que d'habitude
- ₃ Un peu plus que d'habitude
- ₄ Beaucoup plus que d'habitude

WB.13. 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 et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

- ₁ Tout le temps
- ₂ Une bonne partie du temps
- ₃ De temps en temps
- ₄ Rarement

₅ Jamais

Vie Sociale

SO.01. Comment trouvez-vous vos contacts sociaux?

- ₁ Très satisfaisants
- ₂ Plutôt satisfaisants
- ₃ Plutôt insatisfaisants
- ₄ Vraiment insatisfaisants

SO.02. Habituellement, avez-vous des contacts avec des parents, des enfants, des amis, des connaissances ... ?

- ₁ Plus d'une fois par semaine
- ₂ Une fois par semaine
- ₃ Au moins une fois par mois
- ₄ Environ une fois par an
- ₅ Jamais

SO.03. Pourriez-vous compter sur des voisins, des amis ou de la famille si vous aviez besoin d'aide à l'improviste?

- ₁ Oui
- ₂ Non

SO.04. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez-vous confier, parler librement de vos problèmes?

- ₁ Oui
- ₂ Non

SO.05. Y-a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous avez un problème ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

SO.06. Vous considérez-vous comme :

- ₁ Athée
- ₂ Libre penseur
- ₃ Protestant
- ₄ Catholique
- ₅ D'appartenance chrétienne mais non catholique
- ₆ Juif
- ₇ Musulman
- ₈ Autre
Lequel ?
- ₉ Je ne sais pas

Prévention

Tension artérielle

SC.01. A-t-on déjà contrôlé votre tension artérielle?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SC.04**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **SC.04**

SC.02. Quand a-t-on contrôlé votre tension artérielle pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un an
- ₂ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
- ₃ Il y a plus de 2 ans, mais moins de 5 ans
- ₄ Il y a plus de 5 ans
- ₉ Je ne sais pas

SC.03. Vous a-t-on déjà dit, lors d'un contrôle de tension artérielle, que votre tension était trop élevée?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₉ Je ne sais pas

Cholestérol

SC.04. A-t-on déjà contrôlé votre taux de cholestérol dans le sang?

- ₁ Oui
- ₂ Non - pour les femmes - **passez à SC.07. (voir page 18)**
- pour les hommes - **passez à SU.01. (voir page 20)**
- ₉ Je ne sais pas - pour les femmes - **passez à SC.07. (voir page 18)**
- pour les hommes - **passez à SU.01. (voir page 20)**

SC.05. Quand a-t-on contrôlé votre taux de cholestérol pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un an
- ₂ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
- ₃ Il y a plus de 2 ans, mais moins de 5 ans
- ₄ Il y a plus de 5 ans
- ₉ Je ne sais pas

SC.06. Vous a-t-on déjà dit, lors d'un contrôle de cholestérol, que votre taux de cholestérol dans le sang était trop élevé?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₉ Je ne sais pas

Pour les **hommes** - passez à **SU.01.** (voir page 20)

Pour les femmes uniquement

SC.07. Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie des seins)?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SC.10.**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **SC.10.**

SC.08. Quand avez-vous passé une mammographie pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un an
- ₂ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
- ₃ Il y a deux ans ou plus
- ₉ Je ne sais pas

SC.09. Pour quelle raison avez-vous passé une mammographie?

- ₁ Suite à une lettre d'invitation
- ₂ Vous avez remarqué une anomalie à l'un de vos seins (une boule, par exemple)
- ₃ Votre médecin a remarqué une anomalie à l'un de vos seins pendant un examen
- ₄ Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière
- ₅ Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière
- ₆ Autre raison
Laquelle?

SC.10. Un médecin a-t-il déjà examiné vos seins (pas un échographie ni une mammographie)?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SC.12.**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **SC.12.**

SC.11. Quand un médecin a-t-il examiné vos seins pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un an
- ₂ Il y a plus d'un mois, mais moins de 2 ans
- ₃ Il y a deux ans ou plus
- ₉ Je ne sais pas

SC.12. Avez-vous déjà examiné vos seins vous-même?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SC.14.**

SC.13. Quand avez-vous personnellement examiné vos seins pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un mois
- ₂ Il y a plus d'un mois mais moins d'un an
- ₃ Il y a plus d'un an
- ₉ Je ne sais pas

SC.14. Avez-vous déjà passé un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus (un frottis du col)?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SC.16.**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **SC.16.**

SC.15. Quand avez-vous passé un examen de dépistage du cancer du col pour la dernière fois?

- ₁ Il y a moins d'un an
- ₂ Il y a plus d'un an, mais moins de 3 ans
- ₃ Il y a trois ans ou plus
- ₉ Je ne sais pas

SC.16. Avez-vous reçu, au cours de ces trois dernières années, une lettre d'invitation pour passer un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus?

- ₁ Oui
- ₂ Non - passez à **SU.01. (voir page 20)**
- ₉ Je ne sais pas - passez à **SU.01. (voir page 20)**

SC.17. Avez-vous passé un examen de dépistage suite à cette invitation ?

- ₁ Oui - passez à **SU.01. (voir page 20)**
- ₂ Non

SC.18. Pourquoi n'avez-vous pas fait un frottis de col suite à cette lettre d'invitation ?

- ₁ Parce que j'avais déjà passé un examen peu de temps auparavant
- ₂ Parce que je n'avais pas le temps
- ₃ Parce que cet examen coûte trop cher
- ₄ Parce que je n'ai plus d'utérus
- ₅ Pour d'autres raisons médicales
- ₆ Parce que je n'en vois pas l'intérêt
- ₉ Je ne sais pas

Pour terminer voici quelques questions sur le questionnaire lui-même.

SU.01. Avez-vous trouvé ces questions difficiles ?

- ₁ Très difficiles
- ₂ Plutôt difficiles
- ₃ Pas difficiles, pas faciles
- ₄ Plutôt faciles
- ₅ Très faciles

SU.02. Avez-vous trouvez ces questions trop personnelles ou trop intimes ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

SU.03. Combien de temps avez-vous mis pour remplir ce questionnaire ?

..... minutes

SU.04. Est-ce que vous trouvez que cette partie du questionnaire est trop longue ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

Renseignements complémentaires:

Mme V. Tellier

Mr J. Van der Heyden

Mr S. Demarest

Service d'Épidémiologie
Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie
Rue J. Wytsman 14
1050 Bruxelles

Tél.: **02/642.50.25**
02/642.57.94

21/12/98