

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES



Institut National de Statistique

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT



Institut Scientifique de la Santé Publique

Enquête de santé par interview, Belgique, 2001

Auto-questionnaire

PERSONNE SELECTIONNEE:

N° de la personne:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom: _____

ENQUETEUR:

Nom de l'enquêteur: _____

N° de l'enquêteur:

--	--	--

Date de l'enquête

--	--	--	--	--	--

Comment répondre au questionnaire:

Répondez vous-même aux questions.

Avant de répondre, lisez attentivement la question et les possibilités de réponse.

Ensuite seulement, répondez à la question en cochant la réponse de votre choix; voir l'exemple ci-dessous:

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

- 1 fois..... 1
- 2 – 3 fois..... 2
- 4 fois ou plus..... 3
- Je ne sais pas..... 4

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

Certaines questions peuvent vous sembler plus difficiles que d'autres. Si vous éprouvez des difficultés pour répondre à une question particulière, il vaut mieux passer à la question suivante et continuer à remplir le reste du questionnaire.

Perception de la santé

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

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

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

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

PE.03. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique?

- Oui..... 1
- Non..... 2

PE.04. Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement?

- Oui, sévèrement limité(e) 1
- Oui, limité(e)..... 2
- Non, pas du tout..... 3

Liste de Symptômes

SL.01. Indiquez dans quelle mesure vous avez éprouvé les problèmes suivants au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui?

		Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, moyennement	Oui, beaucoup	Oui, extrêmement
01.	J'ai des maux de tête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02.	J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03.	J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04.	J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05.	J'ai des nausées ou envie de vomir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06.	J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07.	J'ai des difficultés à respirer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08.	J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09.	J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.	J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.	J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12.	J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13.	Je me sens nerveux(se) et/ ou je sens comme un tremblement intérieur.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, moyennement	Oui, beaucoup	Oui, extrêmement
14. J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Je me sens sans énergie ou ralenti(e).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Je pense en finir avec la vie.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. J'ai des tremblements.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. J'ai un mauvais appétit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Je pleure facilement.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Je me reproche des choses.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. J'ai un sentiment de solitude.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. J'ai le cafard.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Des choses me tracassent ou me tourmentent trop.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Je ne m'intéresse à rien.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, moyennement	Oui, beaucoup	Oui, extrêmement
29.	J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30.	J'ai du mal à m'endormir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31.	J'ai l'impression que mon esprit se vide.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32.	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33.	J'ai l'impression d'être tendu(e).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34.	J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35.	Je me réveille trop tôt le matin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36.	Mon sommeil est agité ou troublé...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37.	Tout représente un effort pour moi..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38.	J'ai des bouffées de terreur ou de panique.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39.	Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40.	Je me sens bon(ne) à rien.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41.	J'ai l'impression qu'il va m'arriver quelque chose de mauvais.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42.	Il me vient à l'esprit des pensées ou des images effrayantes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Vie sociale

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

Très satisfaisants..... 1

Plutôt satisfaisants..... 2

Plutôt insatisfaisants..... 3

Vraiment insatisfaisants..... 4

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

Plus d'une fois par semaine..... 1

Une fois par semaine..... 2

Au moins une fois par mois..... 3

Environ une fois par an..... 4

Jamais..... 5

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

Oui..... 1

Non..... 2

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?

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

SO.06. Etes-vous membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif comme un mouvement de jeunesse, un club sportif, un club récréatif (par exemple, jeux de cartes), une association de parents, un groupe d'entraide?

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous n'êtes pas membre d'un organisme ou d'une association, passez directement à la question SO.08.

SO.07. Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plusieurs organismes, pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif(ve).

Au moins une fois par semaine..... 1

Au moins une fois par mois..... 2

Au moins 3 ou 4 fois par année..... 3

Au moins une fois par année..... 4

Jamais..... 5

SO.08. Environ combien avez-vous d'amis et de relations proches (des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et avec lesquelles vous pouvez parler de ce qui vous préoccupe)?

Ecrivez en chiffre le nombre d'amis et de relations proches:

--	--

SO.09. Les personnes recherchent parfois la compagnie des autres, leur aide ou d'autres types de soutien de leur part. Dans quelle mesure disposez-vous des types de soutien suivants lorsque vous en avez besoin?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
01. Quelqu'un pour vous aider si vous êtes cloué(e) au lit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous écouter quand vous avez besoin de parler.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Quelqu'un qui peut vous donner un bon conseil au sujet d'un problème critique.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Quelqu'un pour vous emmener chez le docteur si vous en aviez besoin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Quelqu'un qui vous montre de l'amour et de l'affection.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Quelqu'un avec qui passer du bon temps.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Quelqu'un qui peut vous donner de l'information pour vous aider à comprendre une situation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Quelqu'un à qui vous confier ou parler de vous et de vos problèmes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Quelqu'un qui vous prend dans ses bras.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Quelqu'un avec qui vous pouvez vous relaxer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quelqu'un pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire vous-même.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quelqu'un dont vous tenez à avoir le conseil.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Quelqu'un qui peut vous aider à vous changer les idées.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Quelqu'un pour vous aider dans les tâches quotidiennes si vous étiez malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Quelqu'un avec qui partager vos soucis et problèmes personnels.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Quelqu'un vers qui vous tourner pour des suggestions sur la manière de traiter un problème personnel.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Quelqu'un avec qui faire quelque chose de gai, d'agréable.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Quelqu'un qui comprend vos problèmes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Quelqu'un que vous aimez et qui vous désire.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Consommation de tabac

TA.01. Est-ce que vous fumez?

Oui, tous les jours..... 1

Oui, occasionnellement..... 2

Non..... 3

Si vous ne fumez pas, passez directement à la question TA.09. (page 12).

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

Ne fume pas de cigarettes..... 1

Moins de 20..... 2

20 ou plus..... 3

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

Ne fume pas de cigares..... 1

Fume habituellement _____ cigares par jour

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

Ne fume pas la pipe..... 1

Je fume habituellement _____ grammes par semaine

TA.05. A quel âge avez-vous commencé à fumer (= devenu(e) fumeur ou fumeuse)?

_____ ans

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

Oui..... 1

Non..... 2

TA.07. Comparé à il y a 2 ans pourriez-vous dire que vous fumez plus en ce moment?

Oui..... 1

Non..... 2

TA.08. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?

Oui..... 1

Non..... 2

***Si vous êtes fumeur ou fumeuse, après avoir répondu à la question TA.08.,
passez directement à la question DI.01. (page 13).***

TA.09. Avez-vous déjà fumé?

Oui, tous les jours..... 1

Oui, occasionnellement..... 2

Non..... 3

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

Il y a moins de 2 ans..... 1

Il y a 2 ans ou plus..... 2

Consommation d'autres produits

DI.01. Vous est-il arrivé de consommer vous-même du haschisch ou de la marijuana?

Oui..... 1

Non..... 2

DI.02. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du haschisch ou de la marijuana?

Oui..... 1

Non..... 2

DI.03. Vous est-il arrivé de consommer vous-même de l'ecstasy, du speed ou des amphétamines?

Oui..... 1

Non..... 2

DI.04. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé de l'ecstasy, du speed ou des amphétamines?

Oui 1

Non 2

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?

- J'essaie de maigrir..... 1
- J'essaie de garder le même poids..... 2
- J'essaie de grossir..... 3
- Je ne me préoccupe pas de mon poids..... 4

Si vous essayez de grossir ou ne vous préoccupez pas de votre poids, passez directement à la question AL.01. (page 16).

NU.02. Que faites-vous en ce moment pour maigrir ou maintenir votre poids?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Je fais attention aux types d'aliments que je mange
- 02. Je prends moins de calories
- 03. Je me dépense plus
- 04. Je saute des repas
- 05. Je modifie l'importance relative des repas: je mange plus le matin et moins le soir
- 06. Je jeûne 24 heures ou plus
- 07. J'utilise des produits diététiques
- 08. Je prends des produits pour maigrir
- 09. Je fume
- 10. Je prends des laxatifs
- 11. Je fais partie d'un groupe de discussion (Weight Watchers, par exemple)
- 12. Autre moyen, lequel ? _____

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

Plusieurs réponses possibles

- 01. Médecin généraliste
- 02. Médecin spécialiste
- 03. Diététicien
- 04. Médias, presse, magazines
- 05. Membres de la famille, amis ou connaissances
- 06. De ma propre initiative
- 07. Autre: qui? _____

Consommation de boissons alcoolisées

AL.01. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu des boissons alcoolisées, même si ce n'est qu'une seule fois, comme celles qui sont reprises dans la liste ci-dessous:

- bière (sauf les bières sans alcool);
- vin, sherry, porto, vermouth;
- liqueur, avocat, kir ;
- gin, brandy, cognac, whisky, vodka;
- longdrinks, cocktails;
- boissons faiblement alcoolisées (par exemple bière light ou "alco-pop")?

Oui..... 1

Non..... 2

*Si vous n'avez pas bu d'alcool au cours des 12 derniers mois,
passez directement à la question ON.07. (page 20).*

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

Oui..... 1

Non..... 2

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?

Tous les jours..... 1

5 à 6 fois par semaine..... 2

3 à 4 fois par semaine..... 3

1 à 2 fois par semaine..... 4

1 à 3 fois par mois..... 5

3 à 5 fois sur six mois..... 6

1 à 2 fois sur six mois..... 7

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

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous ne buvez pas habituellement d'alcool pendant la semaine, passez directement à la question AL.07. (page 18).

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

4 jours..... 1

3 jours..... 2

2 jours..... 3

1 jour..... 4

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

11 verres ou plus..... 1

7 à 10 verres..... 2

6 verres..... 3

4 ou 5 verres..... 4

3 verres..... 5

2 verres..... 6

1 verre..... 7

AL.07. Buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées pendant le week-end (du vendredi au dimanche)?

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous ne buvez pas habituellement d'alcool pendant le week-end, passez directement à la question AL.10. (page 19).

AL.08. Combien de jours du week-end (du vendredi au dimanche) buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées?

3 jours..... 1

2 jours..... 2

1 jour..... 3

AL.09. En moyenne, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour durant le week-end (du vendredi au dimanche)?

11 verres ou plus..... 1

7 à 10 verres..... 2

6 verres..... 3

4 ou 5 verres..... 4

3 verres..... 5

2 verres..... 6

1 verre..... 7

AL.10. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?

Oui..... 1

Non..... 2

AL.11. Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool?

Oui..... 1

Non..... 2

AL.12. Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool?

Oui..... 1

Non..... 2

AL.13. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour être vraiment réveillé(e)?

Oui..... 1

Non..... 2

Accidents

ON.07. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violences verbales (injures, menaces) ou physiques (coups, abus sexuels) ou de cambriolage, vol ou vol à main armée?

Oui..... 1

Non..... 2

ON.08. De quelle type de violence avez-vous été victime et où cela est-il arrivé?

Plusieurs réponses possibles.

	A la maison	Au travail (à l'école)	Autre part	Pas applicable
Violence verbale.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Violence physique.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Cambriolage, vol, vol à main armée.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ON.09. Attachez-vous votre ceinture de sécurité lorsque vous êtes assis(e) à l'avant d'une voiture (comme conducteur ou passager)?

Toujours..... 1

Parfois..... 2

Jamais..... 3

Je ne suis jamais assis(e) à l'avant
ou je ne me déplace pas en voiture..... 4

ON.10. Attachez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous êtes assis(e) à l'arrière d'une voiture?

Toujours..... 1

Parfois..... 2

Jamais, même s'il y a des ceintures à l'arrière..... 3

Il n'y a pas de ceinture à l'arrière,
je ne suis jamais assis(e) à l'arrière
ou je ne me déplace pas en voiture..... 4

ON.11. A votre avis, quelle quantité d'alcool, combien de verres sommes-nous autorisés à boire avant de conduire, en restant sous la limite légale?

_____ verres

Bien-être émotionnel

Comment vous êtes-vous porté(e) au cours de ces dernières semaines? Indiquez vos difficultés actuelles, non pas ceux que vous avez pu avoir dans le passé.

Au cours des dernières semaines, ...

WB.01. avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?

Mieux que d'habitude..... 1

Comme d'habitude..... 2

Moins bien que d'habitude..... 3

Beaucoup moins que d'habitude..... 4

WB.02. avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?

Pas du tout..... 1

Pas plus que d'habitude..... 2

Un peu plus que d'habitude..... 3

Beaucoup plus que d'habitude..... 4

WB.03. avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?

Plus que d'habitude..... 1

Comme d'habitude..... 2

Moins utile que d'habitude..... 3

Beaucoup moins utile que d'habitude..... 4

WB.04. vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions?

Plus que d'habitude..... 1

Comme d'habitude..... 2

Moins capable que d'habitude..... 3

Beaucoup moins capable que d'habitude. 4

Au cours des dernières semaines, ...

WB.05. vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e)?

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

WB.06. avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?

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

WB.07. avez-vous été capable d'apprécier (de tirer satisfaction de) vos activités quotidiennes normales?

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

WB.08. avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?

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

Au cours des dernières semaines, ...

WB.09. avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e)?

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

WB.10. avez-vous perdu confiance en vous-même?

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

WB.11. vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?

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

WB.12. vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?

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

Satisfaction des patients

PS.01. Avez-vous consulté vous-même un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois?

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous n'avez pas consulté de médecin généraliste ces 12 derniers mois, passez directement à la question PS.03.

PS.02. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre médecin généraliste (pour la période des 12 derniers mois) en ce qui concerne ...

	Faible					Excellent	Pas pertinent
	1	2	3	4	5	6	
01. sa capacité de vous écouter?	<input type="checkbox"/>						
02. le soulagement rapide de vos symptômes?	<input type="checkbox"/>						
03. sa capacité de vous dire ce que vous voulez savoir concernant vos symptômes et/ou votre maladie?	<input type="checkbox"/>						
04. la façon de vous informer sur ce que vous devez attendre au niveau des spécialistes ou des soins à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>						
05. la durée d'attente dans la salle d'attente?	<input type="checkbox"/>						

PS.03. Avez-vous consulté vous-même un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois? (attention, ne pas tenir compte des contacts que vous avez eus avec un spécialiste au cours d'une hospitalisation)

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous n'avez pas consulté de médecin spécialiste ces 12 derniers mois, passez directement à la question PR.01. (page 26).

PS.04. Quel type de médecin spécialiste avez-vous consulté la dernière fois?

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| Interniste..... | <input type="checkbox"/> | 01 | Gynécologue..... | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Cardiologue..... | <input type="checkbox"/> | 02 | Pédiatre..... | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Gériatre..... | <input type="checkbox"/> | 03 | Pneumologue..... | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Oncologue..... | <input type="checkbox"/> | 04 | Neurologue..... | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Rhumatologue..... | <input type="checkbox"/> | 05 | Orthopédiste..... | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Dermatologue..... | <input type="checkbox"/> | 06 | Chirurgien..... | <input type="checkbox"/> | 15 |
| ORL..... | <input type="checkbox"/> | 07 | Psychiatre..... | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Ophthalmologue..... | <input type="checkbox"/> | 08 | Urologue..... | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Gastro-entérologue..... | <input type="checkbox"/> | 09 | Autre spécialiste..... | <input type="checkbox"/> | 18 |
- Précisez:
-

PS.05. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce médecin spécialiste (pour la période des 12 derniers mois) en ce qui concerne ...

	Faible					Excellent	Pas pertinent
	1	2	3	4	5		6
01. sa capacité de vous écouter?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
02. le soulagement rapide de vos symptômes?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
03. sa capacité de vous dire ce que vous voulez savoir concernant vos symptômes et/ou votre maladie?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
04. la façon de vous informer sur ce que vous devez attendre au niveau des spécialistes ou des soins à l'hôpital?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
05. la durée d'attente dans la salle d'attente?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

Prévention

Tension artérielle

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

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

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

Il y a moins d'un an..... 1

Il y a 1 an ou plus, mais moins de 2 ans..... 2

Il y a 2 ans ou plus, mais moins de 5 ans..... 3

Il y a 5 ans ou plus..... 4

Je ne sais pas..... 9

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

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

Cholestérol

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

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

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

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

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

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

PR.07. Est-ce que vous suivez un traitement recommandé par un médecin pour diminuer votre taux de cholestérol?

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

PR.08. Est-ce que ce médecin vous a recommandé de...

- | | Oui | Non |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 01. faire plus d'exercice..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. perdre du poids..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. manger moins de graisses..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. prendre un médicament sur prescription..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. autre, précisez: _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Sucre dans le sang

PR.09. A-t-on déjà contrôlé votre taux de sucre dans le sang?

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

PR.10. Quand a-t-on contrôlé votre taux de sucre dans le sang pour la dernière fois?

Il y a moins d'un an..... 1

Il y a 1 an ou plus, mais moins de 2 ans..... 2

Il y a 2 ans ou plus, mais moins de 5 ans..... 3

Il y a 5 ans ou plus..... 4

Je ne sais pas..... 9

PR.11. Vous a-t-on déjà dit lors d'un contrôle, que votre taux de sucre dans le sang était trop élevé?

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

Santé et sexualité

RH.01. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?

Oui..... 1

Non..... 2

RH.02. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé, vous-même ou votre partenaire, une méthode de contraception (afin d'éviter une grossesse)?

Oui..... 1

Non..... 2

Si vous n'avez pas utilisé, vous-même ou votre partenaire, une méthode de contraception au cours des 12 derniers mois, passez directement à la question RH.04. (page 30).

RH.03. Quelle méthode de contraception vous ou votre partenaire avez utilisée le plus souvent au cours des 12 derniers mois?

La pilule..... 1

Contraceptifs injectables (comme le Dépo-Provéra)..... 2

Stérilet..... 3

Pilule du lendemain..... 4

Diaphragme..... 5

Préservatif (capote)..... 6

Abstinence périodique..... 7

Coït interrompu..... 8

Stérilisation de la femme..... 9

Stérilisation de l'homme..... 10

Autre méthode, laquelle: _____ 11

RH.04. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé, vous-même ou votre partenaire, une méthode pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles?

Oui 1

Non..... 2

Femmes: Si vous n'utilisez pas de méthode pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles, passez directement au module suivant (page 31).

Hommes: Si vous n'utilisez pas de méthode pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles, passez directement au dernier module (page 37).

RH.05. Si vous avez utilisé, vous-même ou votre partenaire, une méthode pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles au cours des 12 derniers mois, indiquez celle que vous avez utilisée le plus souvent.

Préservatif (capote)..... 1

Condom féminin..... 2

Eviter des contacts sexuels oraux..... 3

Eviter des contacts sexuels vaginaux..... 4

Eviter des contacts sexuels anaux..... 5

Autre méthode, laquelle: _____ 6

Dépistage du cancer

Attention!

Ce module est réservé aux femmes.

Les hommes peuvent passer directement au module à la fin du questionnaire (page 37).

SC.01. Avez-vous déjà examiné vos seins vous-même pour essayer de détecter une anomalie?

Oui..... 1

Non..... 2

SC.02. Quand avez-vous personnellement examiné vos seins pour la dernière fois?

Il y a moins d'un mois..... 1

Il y a 1 mois ou plus, mais moins d'un an..... 2

Il y a plus d'un an..... 3

Je ne sais pas..... 9

SC.03. Un médecin a-t-il déjà examiné vos seins (pas par échographie ni mammographie)?

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

SC.04. Quand un médecin a-t-il examiné vos seins pour la dernière fois?

Il y a moins d'un an..... 1

Il y a un 1 ou plus, mais moins de 2 ans..... 2

Il y a 2 ans ou plus..... 3

Je ne sais pas..... 9

SC.05. Quand avez-vous passé une visite chez un gynécologue pour la dernière fois?

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

SC.06. Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie des seins)?

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

Si vous n'avez jamais eu de mammographie, passez directement à la question SC.10. (page 33).

SC.07. Quand avez-vous passé une mammographie pour la dernière fois?

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

SC.08. En quelle année avez-vous passé cette dernière mammographie?

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

	Oui	Non
01. Sur conseil de votre médecin généraliste, sans plainte ni anomalie particulière.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Cancer du sein parmi des membres de la famille.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Vous avez déjà eu vous-même un kyste, une tumeur ou un cancer du sein, ou vous avez subi une opération chirurgicale au niveau du sein.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Suivi d'un examen effectué précédemment.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. Douleur au niveau des seins.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07. Vous avez remarqué vous-même une anomalie à l'un de vos seins (une boule, par exemple).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08. Votre médecin a remarqué une anomalie à l'un de vos seins pendant un examen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09. Suite à une lettre d'invitation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Autre raison, laquelle: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

SC.10. Avez-vous reçu, au cours des 2 dernières années, une lettre d'invitation pour passer un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie)?

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

Si vous n'avez pas reçu de lettre d'invitation, passez directement à la question SC.13. (page 34).

SC.11. Avez-vous passé un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie) suite à cette lettre d'invitation ?

- Oui..... 1
- Non..... 2

SC.12. Pourquoi n'avez-vous pas fait un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie) suite à cette lettre d'invitation?

	Oui	Non
01. Parce que j'avais déjà passé un examen de dépistage peu de temps auparavant.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Parce que je n'avais pas le temps.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Parce que cet examen coûte trop cher.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Parce que je trouve que cet examen est désagréable.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation d'un ou des seins.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07. Autre raison, laquelle: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

SC.13. Avez-vous subi une opération chirurgicale au cours de laquelle on vous a retiré l'utérus (et peut-être le col de l'utérus également)?

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

SC.14. Avez-vous déjà eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Je ne sais pas..... 9

Si vous n'avez jamais eu de frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, passez directement à la question SC.17. (page 35).

SC.15. Quand avez-vous eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus pour la dernière fois?

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

SC.16. Pour quelle raison avez-vous eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Suivi d'un examen effectué précédemment..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. A cause d'un saignement anormal..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Vous avez remarqué vous-même une autre anomalie..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Votre médecin a remarqué une anomalie pendant un examen..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Vous avez déjà eu vous-même une tumeur du col..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Suite à une lettre d'invitation..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Autre raison, laquelle: _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Maintenant, passez directement à la question SC.18. (page 36).

SC.17. Pourquoi n'avez-vous pas eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années?

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Parce que je n'avais pas le temps..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Parce que cet examen coûte trop cher..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Parce que je trouve cet examen est désagréable..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation du col de l'utérus (et peut-être ablation de l'utérus également)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Autre raison, laquelle: _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

SC.18. Avez-vous reçu, au cours de ces 3 dernières années, une lettre d'invitation pour passer un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

Oui..... 1

Non..... 2

Je ne sais pas..... 9

Si vous n'avez pas reçu de lettre d'invitation, passez directement à la question SU.01. (page 37).

SC.19. Avez-vous passé un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus suite à cette invitation?

Oui..... 1

Non..... 2

SC.20. Pourquoi n'avez-vous pas fait un frottis de dépistage du cancer du col suite à cette lettre d'invitation?

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Parce que j'avais déjà passé un examen peu de temps auparavant..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Parce que je n'avais pas le temps..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Parce que cet examen coûte trop cher..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Parce que je trouve que cet examen est désagréable..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation du col de l'utérus (et peut-être ablation de l'utérus également)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Autre raison, laquelle: _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

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

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

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

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

- Oui..... 1
- Non..... 2

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?

- Oui..... 1
- Non..... 2

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Mme. L. Gisle
Mr. J. Tafforeau

Service d'Epidémiologie
Institut Scientifique de la Santé Publique
Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles

Tél: 02/642.57.26
02/642.57.40

e-mail his@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifr/index0.htm>

27 mars 2001