

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).

Faites un seul choix de réponse par question, sauf indication contraire.

Exemple:

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

- Jamais 1
- 1 – 2 fois 2
- 3 – 4 fois 3
- 5 fois ou plus 4
- Je ne sais pas 5

Dans certains cas, votre réponse vous amène à "sauter" une série de questions et passer directement à une question ultérieure. Ces "sauts" sont indiqués à côté de la réponse par une flèche et un encadré qui stipule "passez à" et le numéro de la question à laquelle il faut passer. Sans cette indication de saut, suivez l'ordre chronologique des questions.

Exemple:

EX.02 Avez-vous déjà pris l'avion dans votre existence?

- Oui, plusieurs fois 1
- Oui, une fois 2
- Non, jamais 3 → **Passez à EX.06**

Ainsi, les personnes qui ont répondu "oui, plusieurs fois" ou "oui, une fois" poursuivent avec la question suivante (EX.03), tandis que celles qui ont répondu "non, jamais" sautent quelques questions pour passer directement à la question EX.06 comme indiqué.

N'hésitez pas à demander des explications à l'enquêteur si vous ne comprenez pas une question ou s'il vous semble difficile d'y répondre.

Perception de la santé

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

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

SH.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

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

- Oui 1
- Non 2

SH.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 tendance à m'évanouir ou à avoir 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 du 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 du 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

Liste de Symptômes (suite)

	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 tout plaisir et intérêt pour ma vie sexuelle	<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

Liste de Symptômes (suite)

	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'emballé	<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

Les 3 prochaines questions concernent le suicide.

Il arrive parfois que des personnes considèrent le suicide comme une solution à leurs problèmes...

SL.02. Avez-vous déjà sérieusement pensé à mettre fin à votre vie?

Oui, plusieurs fois 1

Oui, une fois 2

Non, jamais 3

SL.03. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?

Oui, plusieurs fois 1

Oui, une fois 2

Non, jamais 3

—————▶ **Passez à HI.01 page 7**

SL.04. Avez-vous fait une tentative de suicide au cours de ces 12 derniers mois?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9

Attitudes face au 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
01. 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
02. en buvant dans le verre de quelqu'un.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
03. en embrassant quelqu'un sur la bouche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
04. par une piqûre de moustique.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
05. en donnant du sang, actuellement, en Belgique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

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

	Tout à fait efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas du tout efficace	Je ne sais pas
01. utiliser la pilule (contraceptive).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
02. 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
03. 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
04. 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?

- Oui, plusieurs fois 1
 - Oui, une fois 2
 - Non 3
 - Je ne sais pas 9
- } **→ Passez à HI.07 page 9**

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

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

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

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

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

Plusieurs réponses possibles

- 01. A cause de plaintes physiques..... 1
- 02. Parce que je voulais devenir enceinte 1
- 03. Dans le cadre d'analyses faites durant la grossesse 1
- 04. Dans le cadre d'un check-up de routine 1
- 05. Parce que je devais être opéré(e)..... 1
- 06. Parce que je craignais d'avoir été infecté(e) par le virus du SIDA:
 - a. suite à un contact sexuel..... 1
 - b. pour une autre raison 1
- 07. Pour une raison administrative (par exemple assurance, emploi, visa,...)..... 1
- 08. Parce que j'avais commencé une nouvelle relation ou que j'allais me marier 1
- 09. Dans le cadre d'un don de sang..... 1
- 10. Pour une autre raison 1
- Laquelle? _____ ←

HI.07. Accepteriez-vous de ...

	Oui	Oui, mais j'aurais peur	Non, car j'aurais trop peur	Je ne sais pas
01. partager un repas avec une personne séropositive?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
02. laisser vos enfants en compagnie d'une personne séropositive (garde d'enfants, autres enfants séropositifs)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

HI.08. Etes-vous d'accord ...

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
01. 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
02. si un(e) de mes collègues était séropositif(-ve), 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
03. il faut traduire en justice les personnes qui se savent séropositives 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

HI.09. Etes-vous d'accord ...

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
01. le VIH/SIDA n'est plus une maladie grave	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
02. les nouveaux traitements peuvent guérir du VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
03. grâce aux traitements, on ne meurt plus du VIH/SIDA.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
04. il existe un vaccin efficace contre le VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
05. le VIH/SIDA n'est plus un problème en Belgique ni dans les autres pays européens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

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. Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités 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, etc.), une association de parents, un groupe d'entraide au cours des 12 derniers mois?

- Au moins une fois par semaine..... 1
- Au moins une fois par mois..... 2
- Au moins 3 ou 4 fois par an..... 3
- Au moins une fois par an..... 4
- Jamais..... 5

SO.04. Environ combien d'amis proches et de relations proches avez-vous (des personnes avec les quelles vous sentez à l'aise et avec lesquelles vous pouvez parler de ce à quoi vous pensez)?

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

- Je ne sais pas 999

SO.05. 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 avez 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 êtes 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 vos 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. Avez-vous déjà fumé plus de 100 cigarettes, ou une quantité équivalente de tabac, au cours de votre vie?

Oui..... 1

Non 2

Si vous n'avez jamais fumé cette quantité, passez à ID.01 page14

TA.02. Fumez-vous actuellement?

Oui, tous les jours..... 1
 Oui, occasionnellement 2

Non 3

POUR LES FUMEURS ACTUELS

TA.03. Que fumez-vous et à quelle fréquence?

Pour chaque produit, indiquez si vous en fumez:

- 1) *Tous les jours.*
- 2) *Occasionnellement.*
- 3) *Pas du tout.*

	Tous les jours	Occas-sionnel	Pas du tout
01. Cigarettes en paquet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Cigarettes à rouler soi-même, <u>sans</u> filtre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Cigarettes à rouler soi-même, <u>avec</u> filtre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Cigares/cigarillos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Pipes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Autre:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(Précisez): _____

POUR LES EX - FUMEURS

TA.09. Que fumiez-vous et à quelle fréquence?

Pour chaque produit, indiquez si vous en fumiez:

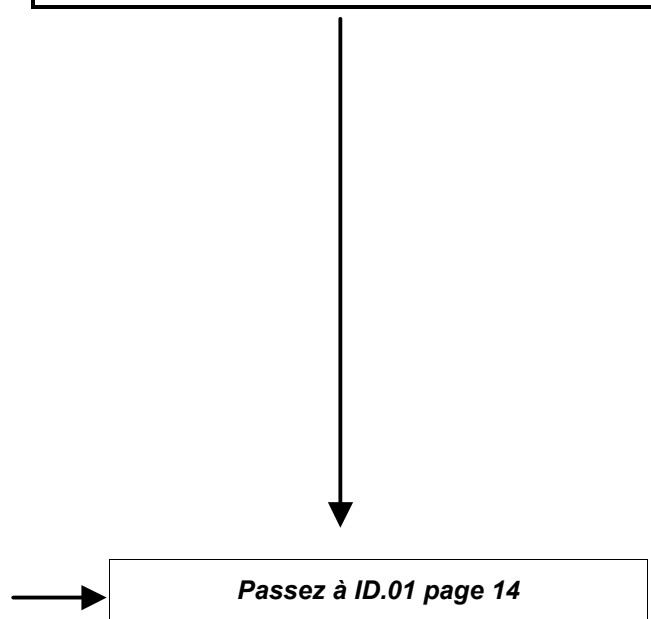
- 1) *Tous les jours.*
- 2) *Occasionnellement.*
- 3) *Pas du tout.*

	Tous les jours	Occas-sionnel	Pas du tout
01. Cigarettes en paquet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Cigarettes à rouler soi-même, <u>sans</u> filtre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Cigarettes à rouler soi-même, <u>avec</u> filtre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Cigares/cigarillos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Pipes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Autre:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(Précisez): _____

POUR LES FUMEURS ACTUELS	
TA.04. A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans
TA.05. Habituellement, combien de <u>cigarettes</u> fumez-vous en moyenne par jour?	
- Fume habituellement	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes / jour
- Ne fume pas de cigarettes	<input type="text"/> 88
- Ne fume pas tous les jours.....	<input type="text"/> 99
TA.06. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil?	
- Dans les 5 minutes.....	<input type="text"/> 1
- Dans les 6 à 30 minutes.....	<input type="text"/> 2
- Dans les 31 à 60 minutes.....	<input type="text"/> 3
- Après 60 minutes	<input type="text"/> 4
TA.07. Comparé à il y a 2 ans, diriez-vous que votre consommation actuelle de tabac a changé?	
- Je fume plus qu'il y a 2 ans	<input type="text"/> 1
- Je fume moins qu'il y a 2 ans	<input type="text"/> 2
- Pas de changement depuis 2 ans	<input type="text"/> 3
TA.08. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?	
- Oui	<input type="text"/> 1
- Non	<input type="text"/> 2

POUR LES EX - FUMEURS	
TA.10. A quel âge aviez-vous commencé à fumer régulièrement?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans
TA.11. Habituellement, combien de <u>cigarettes</u> fumiez-vous en moyenne par jour?	
- Fumais habituellement	<input type="text"/> <input type="text"/> Cigarettes / jour
- Ne fumais pas de cigarettes	<input type="text"/> 88
- Ne fumais pas tous les jours	<input type="text"/> 99
TA.12. Depuis quand avez-vous cessé de fumer?	
- Il y a moins d'un mois	<input type="text"/> 1
- Il y a 1 mois ou plus mais moins de 6 mois	<input type="text"/> 2
- Il y a 6 mois ou plus mais moins d'1 an	<input type="text"/> 3
- Il y a 1 an ou plus mais moins de 2 ans.....	<input type="text"/> 4
- Il y a 2 ans ou plus.....	<input type="text"/> 5



Consommation d'autres produits

ID.01. Vous est-il arrivé de consommer du cannabis (haschisch ou marijuana)?

Oui 1

Non 2 —————▶ *passez à AL.01 page 15*

ID.02. A quel âge avez-vous pris du cannabis (haschisch ou marijuana) pour la première fois?

		ans
--	--	-----

ID.03. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?

Oui 1

Non 2 —————▶ *passez à AL.01 page 15*

ID.04. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?

Oui 1

Non 2 —————▶ *passez à AL.01 page 15*

ID.05. Lors de ces 30 derniers jours, quel est le nombre de jours au cours desquels vous avez consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?

20 jours ou plus 1

10-19 jours 2

4-9 jours 3

1-3 jours 4

ID.06. Utilisez-vous le plus souvent de la marijuana ou du haschisch ?

(Presque)-toujours de la marijuana 1

Plus souvent de la marijuana que du haschisch 2

Aussi souvent l'un que l'autre 3

Plus souvent du haschisch que de la marijuana 4

(Presque)-toujours du haschisch 5

Je ne sais pas 9

Consommation de boissons alcoolisées

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

- 01. Bière (sauf bières sans alcool) 1
 - 02. Vin, sherry, porto, vermouth, pineau 1
 - 03. Liqueurs, avocat, kir 1
 - 04. Gin, brandy, cognac, whisky, vodka..... 1
 - 05. Long drinks, cocktails, breezer 1
 - 06. Boissons faiblement alcoolisées (par ex. bières light) 1
 - 07. Autres boissons alcoolisées 1
- Précisez _____ ←

***Si vous n'avez pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois,
passez à NS.01 page 19***

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

Oui.....	<input type="checkbox"/>	1
Non.....	<input type="checkbox"/>	2

Passez à AL.04 page 16

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

Passez à AL.07 page 17

AL.05. Au cours de 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

Passez à AL.10 page 18

AL.08. Au cours de 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

Nutrition

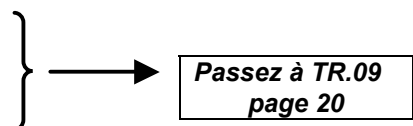
NS.01. En ce moment, essayez-vous de maigrir, de grossir, de maintenir votre poids ou bien cela ne vous préoccupe-t-il pas?

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



NS.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..... 1

02. Je consomme moins de calories..... 1

03. Je me dépense plus 1

04. Je saute des repas 1

05. Je modifie l'importance relative des repas: je mange plus le matin et moins le soir 1

06. Je jeûne 24 heures ou plus 1

07. J'utilise des produits diététiques 1

08. Je prends des produits pour maigrir 1

09. Je fume 1

10. Je prends des laxatifs 1

11. Je fais partie d'un groupe de discussion (Weight Watchers, par exemple) 1

12. Autre moyen (lequel ?) : _____ 1

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

Plusieurs réponses possibles

01. Médecin généraliste 1

02. Médecin spécialiste 1

03. Diététicien(ne) 1

04. Médias, presse, magazines 1

05. Membres de la famille, amis ou connaissances 1

06. De ma propre initiative 1

07. Autre (qui ?) : _____ 1

Traumatismes

TR.09. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violences verbales/ psychologiques (injures, menaces, harcèlement) ou physiques (coups, abus sexuels) ou de cambriolage, vol ou vol à main armée?

Oui..... <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2
-------------------------------------	--------------------------------------

**Passez à WB.01
page 23**

TR.10. De quel type de violence avez-vous été personnellement victime au cours des 12 derniers mois, et où cela est-il arrivé?

Plusieurs réponses possibles : cochez les cases adéquates en fonction du type de violence subi et du lieu où c'est arrivé

	à la maison	au travail /à l'école	dans un lieu public	sur la voie publique	ailleurs
01. Vol, cambriolage, racket	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Violence verbale/psychologique</u>					
02. Injures, insultes, échanges de mots moqueries, humiliations, sarcasmes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Menace, intimidation, chantage harcèlement moral, sexuel, raciste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Isolement, privation, séquestration.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Violence physique</u>					
05. Fortement bousculé, secoué, poussé, pincé, griffé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Coups de pied, de poing, frappé/coupé avec un objet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Agression sexuelle, rapports forcés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Autre: Précisez: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Violence verbale/ psychologique (sans agression physique)

Si vous avez été victime d'agression(s) verbale(s) ou psychologique(s) (sans agression physique) au cours des 12 derniers mois, veuillez vous référer aux faits **les plus graves** pour répondre aux questions suivantes:

Si vous n'avez pas subi d'actes de violence verbale ou psychologique, ou si ces actes étaient suivis de violence physique, **passer à la question TR.15 page 22.**

TR.11. Combien de personnes étaient à l'origine de ces faits?

- Une seule personne 1
- Un groupe de personnes..... 2
- Je ne sais pas..... 9
- Je n'ai pas envie de répondre -1

TR.12. Connaissez-vous personnellement la/ les personnes à l'origine des faits?

- Oui 1
- Non 2
- Je ne sais pas..... 3
- Je n'ai pas envie de répondre -1

TR.13. Ces actes de violence vous ont-ils amené à contacter/ consulter une (ou plusieurs) des instances suivantes?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Police..... 1
- 02. Service médical (médecin, hôpital.....)..... 1
- 03. Services légaux ou juridiques 1
- 04. Service d'aide aux victimes, d'aide à la jeunesse, maison d'hébergement..... 1
- 05. Service de lignes-secours (télé-accueil, écoute enfants, SOS enfants, SOS viol, collectif des femmes battues)..... 1
- 06. Autre (précisez) : _____ 1
- 07. Je n'ai pas envie de répondre..... -1

TR.14. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été victime d'actes de violence verbale/psychologique qui vous ont affecté au point de faire appel à une de ces instances?

- Jamais..... 1
- Une fois 2
- Deux fois 3
- Trois fois ou plus..... 4

Violence physique

Si vous avez été victime d'agression(s) physique(s) au cours des 12 derniers mois, veuillez vous référer aux faits **les plus graves** pour répondre aux questions suivantes:

Si vous n'avez pas subi d'actes de violence physique, **passez à la question WB.01 page 23.**

TR.15. Combien de personnes étaient à l'origine de ces faits?

- Une seule personne..... 1
- Un groupe de personnes..... 2
- Je ne sais pas..... 9
- Je n'ai pas envie de répondre -1

TR.16. Connaissez-vous personnellement la/ les personnes à l'origine des faits?

- Oui 1
- Non 2
- Je ne sais pas..... 3
- Je n'ai pas envie de répondre -1

TR.17. Ces actes de violence vous ont-ils amené à contacter/ consulter une (ou plusieurs) des instances suivantes?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Police..... 1
- 02. Service médical (médecin, hôpital.....)..... 1
- 03. Services légaux ou juridiques 1
- 04. Service d'aide aux victimes, d'aide à la jeunesse, maison d'hébergement..... 1
- 05. Service de lignes-secours (télé-accueil, écoute enfants, SOS enfants, SOS viol, collectif des femmes battues)..... 1
- 06. Autre (précisez) : _____ 1
- 07. Je n'ai pas envie de répondre..... -1

TR.18. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été victime d'actes de violence ayant entraîné des blessures pour lesquelles un traitement médical s'est avéré nécessaire?

- Jamais..... 1
- Une fois 2
- Deux fois 3
- Trois fois ou plus..... 4

Bien-être émotionnel

Comment vous êtes-vous porté(e) au cours de ces dernières semaines? Indiquez vos difficultés actuelles, non pas celles 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

Attention! Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il des moments où...

WB.13. Vous vous êtes senti(e) dynamique?

- En permanence 1
- Très souvent..... 2
- Souvent 3
- Quelques fois..... 4
- Rarement..... 5
- Jamais 6

WB.14. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?

- En permanence 1
- Très souvent..... 2
- Souvent 3
- Quelques fois..... 4
- Rarement..... 5
- Jamais 6

WB.15. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?

- En permanence 1
- Très souvent..... 2
- Souvent 3
- Quelques fois..... 4
- Rarement..... 5
- Jamais 6

WB.16. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?

- En permanence 1
- Très souvent..... 2
- Souvent 3
- Quelques fois..... 4
- Rarement..... 5
- Jamais 6

Prévention

Tension artérielle

PR.01. Votre tension artérielle a-t-elle déjà été mesurée?

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

} → **Passez à PR.06
page 28**

PR.02. Qui a mesuré votre tension artérielle la dernière fois?

- Un médecin, un(e) infirmier(ère) ou un autre professionnel de la santé... 1
 Moi-même..... 2
 Une autre personne 3
 Je ne sais pas..... 9

PR.03. Quand votre tension artérielle a-t-elle été mesurée 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 3 ans 3
 Il y a 3 ans ou plus, mais moins de 5 ans 4
 Il y a 5 ans ou plus 5
 Je ne sais pas..... 9

PR.04. 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

} → **Passez à PR.06
page 28**

PR.05 Est-ce que, à cause de votre tension artérielle élevée, un médecin vous a recommandé de:
Plusieurs réponses possibles

01. prendre des médicaments 1
 02. perdre du poids 1
 03. diminuer votre consommation de sel 1
 04. augmenter votre activité physique 1
 05. diminuer votre consommation d'alcool..... 1
 99. Je ne sais pas..... 1

Cholestérol

PR.06 Votre taux de cholestérol a-t-il déjà été mesuré?

- Oui..... 1
 Non..... 2
 Je ne sais pas 9
- } → **Passez à PR.10
page 29**

PR.07. Quand votre taux de cholestérol a-t-il été mesuré 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 3 ans 3
 Il y a 3 ans ou plus, mais moins de 5 ans 4
 Il y a 5 ans ou plus 5
 Je ne sais pas 9

PR.08. Vous a-t-on déjà dit lors d'une mesure de votre taux de cholestérol, que celui-ci était trop élevé?

- Oui..... 1
 Non..... 2
 Je ne sais pas 9
- } → **Passez à PR.10
page 29**

PR.09. Est-ce que, à cause de votre cholestérol élevé, un médecin vous a recommandé de:

Plusieurs réponses possibles

01. prendre des médicaments..... 1
 02. perdre du poids..... 1
 03. adapter vos habitudes alimentaires 1
 04. augmenter votre activité physique 1
 99. Je ne sais pas..... 1

Sucre dans le sang

PR.10. Votre taux de sucre dans le sang (glycémie) a-t-il déjà été mesuré?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9

} → **Passez à PA.01
page 30**

PR.11. Quand votre taux de sucre dans le sang (glycémie) a-t-il été mesuré 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 3 ans 3

Il y a 3 ans ou plus, mais moins de 5 ans 4

Il y a 5 ans ou plus 5

Je ne sais pas 9

PR.12. Vous a-t-on déjà dit lors d'une mesure de votre taux de sucre dans le sang (glycémie), que celui-ci était trop élevé?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9

Activité Physique

Les deux questions qui suivent concernent uniquement vos activités physiques pendant vos loisirs.

PA.01. Quelle proposition caractérise le mieux vos activités physiques au cours de l'année qui vient de s'écouler?

- Entraînement intensif et sport de compétition plus d'une fois par semaine 1
- Jogging, autre sport de détente ou jardinage, au moins 4 heures par semaine 2
- Jogging, autre sport de détente ou jardinage, moins de 4 heures par semaine 3
- Marche, vélo ou autre activité légère, au moins 4 heures par semaine 4
- Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine 5
- Lecture, TV ou autre activité sédentaire 6
- Je ne sais pas 9

PA.02. Exercez-vous, au moins une fois par semaine, pendant vos loisirs, une activité physique comme le jogging, le cyclisme, etc., suffisamment longtemps pour transpirer?

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

Si oui, précisez:

jours par semaine

Les questions qui suivent portent sur le temps que vous avez consacré à différents types d'activités physiques **au cours des 7 derniers jours**.

Répondez à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne active.

Pensez aux activités que vous pratiquez au travail, mais aussi à la maison et dans le jardin, aux activités physiques que vous faites dans le cadre de vos déplacements et pendant votre temps libre, pour la détente, l'exercice ou le sport.

Activités physiques intenses

Les activités physiques **intenses** vous font respirer **beaucoup** plus vite et plus profondément que d'habitude.

Pensez à toutes les activités physiques **intenses** que vous avez pratiquées au cours des **7 derniers jours**.

Tenez compte **seulement** des activités que vous avez pratiquées pendant au moins **10 minutes d'affilée**.

PA.03. Au cours **des 7 derniers jours**, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques **intenses** comme soulever des objets lourds, bêcher, faire de l'aérobic, du jogging, du sport?

jour(s) par semaine →

*Si votre réponse est «0 jours»,
passez à "Activités physiques modérées"*

PA.04. En général, au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous pratiqué ce genre d'activités physiques **intenses** ?

heures minutes / jour

Je ne sais pas..... 99

Activités physiques modérées

Les activités physiques **modérées** vous font respirer **un peu** plus rapidement que d'habitude.

Pensez aux activités physiques **modérées** que vous avez pratiquées au cours **des 7 derniers jours**.

Tenez compte **seulement** des activités que vous avez pratiquées pendant au moins **10 minutes d'affilée**.

PA.05. Au cours **des 7 derniers jours**, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques **modérées** comme soulever des objets pas trop lourds, faire du vélo à un rythme **modéré**, faire du tennis en double, ... ?

!!! Ne tenez pas compte ici de la marche à pied !!!

jour(s) par semaine →

*Si votre réponse est «0 jours»,
passez à "Marche à pied" page 32*

PA.06. En général, au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous pratiqué ce genre d'activités physiques **modérées** ?

heures minutes / jour

Je ne sais pas..... 99

Marche à pied

Pensez au temps que vous avez passé en faisant de la marche à pied au cours des <u>7 derniers jours</u> .	Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour se rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire uniquement pour la détente, le sport, l'exercice ou les loisirs.
---	--

PA.07. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes d'affilée?

jour(s) par semaine →

***Si votre réponse est «0 jours»,
passez à "Rester assis"***

PA.08. En général, au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps au total avez-vous marché?

heures minutes / jour

Je ne sais pas..... 99

PA.09. En général, à quelle allure avez-vous marché? Vous avez marché à...

- une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus rapidement que normalement 1
- une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus rapidement que normalement..... 2
- une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration..... 3
- Ne sait pas..... 9

Rester assis

La dernière question concerne le temps que vous avez passé assis pendant <u>un jour de semaine</u> au cours des <u>sept derniers jours</u> .	Cela concerne le temps passé assis au travail, à la maison, en étudiant et pendant votre temps de loisir. Cela comprend le temps passé assis à un bureau, chez des amis ou à lire. Cela comprend aussi le temps passé assis ou allongé pour regarder la télévision.
--	---

PA.10. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant un jour de semaine?

heures minutes / jour

Je ne sais pas..... 99

Santé et sexualité

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

Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2
--------------------------------------	--------------------------------------

FEMMES
Passez à SC.01 page 35

HOMMES
Passez à SU.01 page 40

RH.02. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé – vous-même ou votre/vos partenaire(s) – une méthode pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles?

Oui 1

Non 2

RH.03. Si vous avez utilisé au cours des 12 derniers mois – vous-même ou votre/vos partenaire(s) – une ou plusieurs méthodes pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles, veuillez la/les rapporter ci-dessous:

Plusieurs réponses possibles

01. Préservatif (capote)..... 1

02. Condom féminin..... 1

03. Eviter les contacts sexuels oraux 1

04. Eviter les contacts sexuels vaginaux 1

05. Eviter les contacts sexuels anaux 1

06. Autre méthode 1

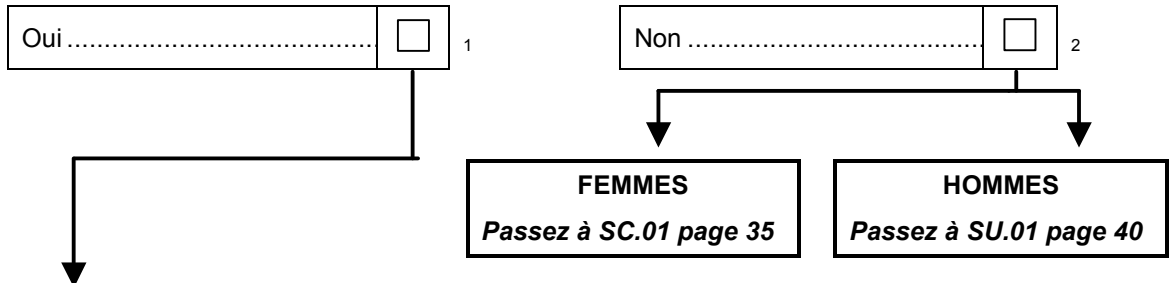
Laquelle : _____ ←

RH.04. Avez-vous une relation stable avec un seul et même partenaire depuis au moins 12 mois?

Oui 1

Non 2

RH.05. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé – vous-même ou votre/vos partenaire(s) – une méthode de contraception (afin d’éviter une grossesse)?



RH.06. Quelle méthode(s) de contraception vous ou votre/vos partenaire(s) avez-vous utilisé(s) au cours des 12 derniers mois?

Plusieurs réponses possibles

- 01. La pilule 1
- 02. Un patch ou timbre contraceptif 1
- 03. Un implant..... 1
- 04. Des contraceptifs injectables (comme le Dépo-Provéra®)..... 1
- 05. Un anneau vaginal contraceptif (tel que le NuvaRing®). 1
- 06. Un stérilet..... 1
- 07. La pilule du lendemain 1
- 08. Un diaphragme 1
- 09. Un spermicide ou une éponge contraceptive 1
- 10. Un préservatif masculin (capote) 1
- 11. Un condom féminin 1
- 12. L'abstinence périodique..... 1
- 13. Le coït interrompu 1
- 14. La stérilisation de la femme 1
- 15. La stérilisation de l'homme 1
- 16. Autre méthode 1

Laquelle : _____

Dépistage du cancer

Attention!

Ce module est réservé aux femmes.

Les hommes peuvent passer directement au module à la fin du questionnaire (page 40).

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

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9

→ **Passez à SC.03**

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

Il y a moins d'1 mois 1

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

Il y a un an ou plus 3

Je ne sais pas 9

SC.03. Un médecin a-t-il déjà examiné vos seins (manuellement, sans échographie ni mammographie)?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9

→ **Passez à SC.05
page 36**

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

Il y a moins d'1 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.05. Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie des seins)?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 9



**Passez à SC.10
page 37**

SC.06. Quand avez-vous passé une mammographie pour la dernière fois?

Il y a moins d'1 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.07. En quelle année avez-vous passé cette dernière mammographie?

--	--	--	--

SC.08. Pour quelle raison avez-vous passé cette mammographie?

Plusieurs réponses possibles

01. Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière 1

02. Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière 1

03. Cancer du sein parmi des membres de la famille 1

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 1

05. Suivi d'un examen effectué précédemment 1

06. Douleur au niveau des seins 1

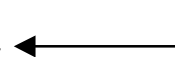
07. Vous avez remarqué vous-même une anomalie à l'un de vos seins (une boule, par exemple) 1

08. Votre médecin a remarqué une anomalie à l'un de vos seins pendant un examen 1

09. Suite à une lettre d'invitation 1

10. Autre raison 1

Laquelle : _____

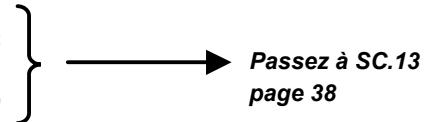


SC.09. Est-ce qu'à l'occasion de cette mammographie, vous avez eu aussi une échographie des seins?

- Oui 1
 Non 2
 Je ne sais pas 9

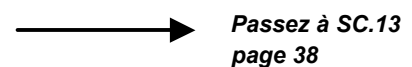
SC.10. Avez-vous reçu, au cours des 2 dernières années, une lettre d'invitation pour passer un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie)?

- Oui 1
 Non 2
 Je ne sais pas 9



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?

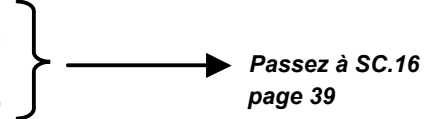
Plusieurs réponses possibles

- 01. Parce que j'avais déjà passé un examen de dépistage peu de temps auparavant 1
- 02. Parce que je n'avais pas le temps 1
- 03. Parce que cet examen coûte trop cher 1
- 04. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire 1
- 05. Parce que je trouve que cet examen est désagréable 1
- 06. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation d'un sein 1
- 07. Autre raison 1

Laquelle : _____

SC.13. Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus?

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



SC.14. Quand avez-vous eu un frottis du col de l'utérus pour la dernière fois?

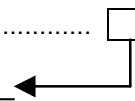
- Il y a moins d'1 an 1
- Il y a 1 an ou plus, mais moins de 3 ans 2
- Il y a 3 ans ou plus, mais moins de 5 ans 3
- Il y a 5 ans ou plus 4
- Je ne sais pas 9

SC.15. Pour quelle raison avez-vous eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière 1
- 02. Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière 1
- 03. Suivi d'un examen effectué précédemment 1
- 04. A cause d'un saignement anormal 1
- 05. Vous avez remarqué vous-même une autre anomalie 1
- 06. Votre médecin a remarqué une anomalie pendant un examen 1
- 07. Vous avez déjà eu vous-même une tumeur du col 1
- 08. Suite à une lettre d'invitation 1
- 09. Autre raison 1

Laquelle : _____



ATTENTION !! *Passez directement à la question SC.17 page 39*

SC.16. Pourquoi n'avez-vous pas eu de frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Parce que je n'avais pas le temps 1
 - 02. Parce que cet examen coûte trop cher 1
 - 03. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire 1
 - 04. Parce que je trouve que cet examen est désagréable 1
 - 05. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation de l'utérus 1
 - 06. Autre raison 1
- Laquelle : _____ ←

SC.17. Avez-vous reçu, au cours de ces 3 dernières années, une lettre d'invitation pour faire un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?

- Oui..... 1
 - Non..... 2
 - Je ne sais pas..... 9
- } → **Passez à SU.01 page 40**

SC.18. Avez-vous eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus suite à cette lettre d'invitation?

- Oui..... 1 → **Passez à SU.01 page 40**
- Non..... 2

SC.19. Pourquoi n'avez-vous pas eu un frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus suite à cette lettre d'invitation?

Plusieurs réponses possibles

- 01. Parce que j'avais déjà passé un examen peu de temps auparavant 1
 - 02. Parce que je n'avais pas le temps 1
 - 03. Parce que cet examen coûte trop cher 1
 - 04. Parce que je pense que ce n'est pas nécessaire 1
 - 05. Parce que je trouve que cet examen est désagréable 1
 - 06. Parce que j'ai subi une opération chirurgicale avec ablation du col de l'utérus 1
 - 07. Autre raison 1
- Laquelle : _____ ←

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. Avez-vous complété ce questionnaire...

- Entièrement seul 1
- Avec l'aide occasionnel de l'enquêteur 2
- Avec l'aide de l'enquêteur pour la majorité des questions 3
- Entièrement avec l'enquêteur 4
- Autre, (précisez)_____ 5

SU.04. Combien de temps avez-vous mis pour remplir ce questionnaire?

		minutes
--	--	---------

SU.05. Est-ce que vous trouvez que cette partie du questionnaire est trop longue?

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

**UN TOUT GRAND MERCI POUR VOTRE
COLLABORATION !**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Mme. L. Gisle
Mme. E. Hesse
Mr. J. Tafforeau
Mme. J. Buziarsist

Section d'Epidémiologie
Institut Scientifique de Santé Publique
Rue Juliette Wytsman, 14
B - 1050 Bruxelles

Tél.: 02/642.57.53
02/642.57.55
02/642.40.87

e-mail: his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemio/HIS>

15 décembre 2003