

Comment répondre au questionnaire:

Répondez vous-même aux questions.

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

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

Voici 2 exemples différents qui vous indiquent la manière de noter votre réponse.

Exemple 1: Pour ce type de question, entourez les chiffres correspondant à vos réponses.

EX.01. A quelle fréquence utilisez-vous les transports en commun suivants?

<i>Entourez le chiffre correspondant à votre réponse</i>		Jamais	Occasionnellement	Souvent	Tous les jours
01.	Le train	①	2	3	4
02.	Le métro	1	2	3	④
03.	Le bus	1	②	3	4

Exemple 2: Pour ce type de question, cochez la réponse de votre choix.

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

- 1 Oui, plusieurs fois
- 2 Oui, une fois
- 3 Non, jamais → **Passez à la question SH.01.**

Dans certains cas (comme dans l'exemple 2, ci-dessus), votre réponse vous amène à "sauter" une série de questions et passer à une question ultérieure, plus loin dans le questionnaire. Ces possibilités de "sauts" sont indiqués à côté des réponses par une flèche et l'instruction "**prenez à la question...**" et le numéro de question à laquelle il faut se rendre. Sans cette indication de saut, suivez l'ordre chronologique des questions.

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 en général?

- 1 Très bon
- 2 Bon
- 3 Ni bon, ni mauvais
- 4 Mauvais
- 5 Très mauvais
-

SH.02. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique?

- 1 Oui
- 2 Non
-

SH.03. Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement?

- 1 Oui, sévèrement limité
- 2 Oui, limité
- 3 Non, pas du tout

Liste de symptômes

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

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
01.	J'ai des maux de tête	1	2	3	4	5
02.	J'ai tendance à m'évanouir ou à avoir des vertiges	1	2	3	4	5
03.	J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine	1	2	3	4	5
04.	J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos	1	2	3	4	5
05.	J'ai des nausées ou envie de vomir	1	2	3	4	5
06.	J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris	1	2	3	4	5
07.	J'ai des difficultés à respirer	1	2	3	4	5
08.	J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid	1	2	3	4	5
09.	J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties du corps	1	2	3	4	5
10.	J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge	1	2	3	4	5
11.	J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties du corps	1	2	3	4	5
12.	J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes	1	2	3	4	5
13.	Je me sens nerveux(se) et/ ou je sens comme un tremblement intérieur	1	2	3	4	5
14.	J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit	1	2	3	4	5
15.	J'ai perdu tout plaisir et intérêt pour ma vie sexuelle	1	2	3	4	5
16.	Je me sens sans énergie ou ralenti(e)	1	2	3	4	5

Liste de Symptômes (suite)

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

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
17.	Je pense en finir avec la vie	1	2	3	4	5
18.	J'ai des tremblements	1	2	3	4	5
19.	J'ai un mauvais appétit	1	2	3	4	5
20.	Je pleure facilement	1	2	3	4	5
21.	J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège	1	2	3	4	5
22.	Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison	1	2	3	4	5
23.	Je me reproche des choses	1	2	3	4	5
24.	J'ai un sentiment de solitude	1	2	3	4	5
25.	J'ai le cafard	1	2	3	4	5
26.	Des choses me tracassent ou me tourmentent trop	1	2	3	4	5
27.	Je ne m'intéresse à rien	1	2	3	4	5
28.	Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur	1	2	3	4	5
29.	J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe	1	2	3	4	5
30.	J'ai du mal à m'endormir	1	2	3	4	5
31.	J'ai l'impression que mon esprit se vide	1	2	3	4	5
32.	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	1	2	3	4	5
33.	J'ai l'impression d'être tendu(e)	1	2	3	4	5

Liste de Symptômes (suite)

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

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
34.	J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir	1	2	3	4	5
35.	Je me réveille trop tôt le matin	1	2	3	4	5
36.	Mon sommeil est agité ou troublé	1	2	3	4	5
37.	Tout représente un effort pour moi	1	2	3	4	5
38.	J'ai des bouffées de terreur ou de panique	1	2	3	4	5
39.	Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e)	1	2	3	4	5
40.	Je me sens bon(ne) à rien	1	2	3	4	5
41.	J'ai l'impression qu'il va m'arriver quelque chose de mauvais	1	2	3	4	5
42.	Il me vient à l'esprit des pensées ou des images effrayantes	1	2	3	4	5

Connaissances et attitudes face au SIDA

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

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Oui	Non	On dit que non, mais je me méfie	Je ne sais pas
01.	en embrassant quelqu'un sur la bouche?	1	2	3	9
02.	par une piqûre de moustique?	1	2	3	9
03.	en mangeant un repas préparé par quelqu'un qui a le SIDA ou est porteur du virus VIH?	1	2	3	9
04.	en donnant du sang actuellement en Belgique. Autrement dit, le donneur peut-il être contaminé par le fait de donner du sang?	1	2	3	9

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

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Tout à fait efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas du tout efficace	Je ne sais pas
01.	Choisir des partenaires qui paraissent en bonne santé	1	2	3	4	9
02.	Se retirer avant l'éjaculation	1	2	3	4	9
03.	Eviter la pénétration lors des rapports sexuels	1	2	3	4	9
04.	Utiliser un préservatif ou condom lors de chaque rapport sexuel avec pénétration	1	2	3	4	9
05.	N'avoir qu'un seul partenaire sexuel, fidèle et non infecté	1	2	3	4	9

HI.03. Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage du virus du SIDA?

- 1 Non, jamais —————→ **Passez à la question HI.05.**
- 2 Oui, il y a plus d' 1 an —————→ **Passez à la question HI.05.**
- 3 Oui, il y a plus de 3 mois, mais moins d' 1 an
- 4 Oui, il y a plus d' 1 semaine, mais moins de 3 mois
- 5 Oui, il y a moins d' 1 semaine
- 9 Je ne sais pas

HI.04. Nous ne souhaitons pas connaître le résultat de ce test, mais simplement savoir si vous en avez été personnellement informé(e)?

- 1 Oui
- 2 Non

HI.05. Etes-vous d'accord ...?

Entourez les chiffres correspondant à vos réponses

		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 à cause de son infection / sa maladie	1	2	3	4	9
02.	si un(e) de vos collègues était infecté(e) par le virus du SIDA, vous devriez en être averti(e) même sans son consentement	1	2	3	4	9

Vie sociale

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

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

SO.02. Habituellement, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec des parents, des enfants, des amis, des connaissances ...

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

SO.03. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités d'une association 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?

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

SO.04. Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes?

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

SO.05. Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites?

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Je ne peux pas le dire avec certitude
- 4 Un peu
- 5 Pas du tout

SO.06. Vous est-il facile d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins?

- 1 Très facile
- 2 Facile
- 3 Possible
- 4 Difficile
- 5 Très difficile

Consommation de tabac

TA.01. Avez-vous déjà fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac au cours de votre vie?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à la question TA.05.*

TA.02. A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement?

ans

- 99 Je n'ai jamais fumé régulièrement.

TA.03. Avez-vous déjà fumé (des cigarettes, cigares, pipes, ...) tous les jours ou presque tous les jours durant au moins une année?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à la question TA.05.*

TA.04. Pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement?

Comptez toutes les périodes séparées durant lesquelles vous fumiez quotidiennement. Si vous ne vous souvenez pas du nombre exact d'années, donnez une estimation.

années (*Si c'est moins d'une année, inscrivez "0"*)

TA.05. Fumez-vous actuellement?

- 1 Oui, tous les jours → *Poursuivez avec la question TA.06.*
- 2 Oui, occasionnellement
- 3 Non, pas du tout



- **Si vous avez déjà FUMÉ QUOTIDIENNEMENT DANS LE PASSÉ, allez à la question TA.11, page 15.**
- **Si, vous n'avez JAMAIS FUMÉ QUOTIDIENNEMENT dans le passé, allez à la question TA.13, page 16.**

Questions pour les personnes qui fument ACTUELLEMENT tous les jours:

TA.06. En moyenne, combien de cigarettes, cigares, pipes.... fumez-vous chaque jour?

(Plusieurs réponses possibles)

01. Cigarettes manufacturées (en paquet)
02. Cigarettes à rouler soi-même (sans filtre)
03. Cigarettes à bourrer soi-même (avec filtre)
04. Cigares/cigarillos
05. Pipes de tabac
06. Chicha, narghilé, pipe à eau (nombre de séances)
07. Autre. **Précisez:** _____

TA.07. Quand fumez-vous votre première cigarette, cigares, pipes.... après votre réveil?

- 1 Dans les 5 minutes
- 2 Dans les 6 à 30 minutes
- 3 Dans les 31 à 60 minutes
- 4 Après 60 minutes

TA.08. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer (arrêt d'au moins 24 heures)?

- 1 Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- 2 Non → **Passez à la question TA.13.**

TA.09. Pour quelles raisons avez-vous voulu arrêter de fumer?

(Plusieurs réponses possibles)

01. 1 A cause d'une maladie que vous avez eue
02. 1 Pour améliorer vos performances sportives
03. 1 Pour cause de grossesse / naissance d'un enfant
04. 1 Par peur des conséquences du tabac sur la santé
05. 1 Sous l'influence de votre entourage
06. 1 Pour des motifs financiers (coût du tabac)
07. 1 Parce que fumer est moins acceptable socialement
08. 1 Sous l'influence des campagnes anti-tabac
09. 1 Autres raisons. **Précisez:** _____

TA.10. Au cours de votre dernière consultation chez le médecin généraliste, a-t-il abordé avec vous la question de l'usage du tabac?

- 1 Oui, à votre initiative
 2 Oui, à son initiative
 3 Non

} → **Fumeurs journaliers: passez à la question TA.13.**

Questions pour les ex-fumeurs quotidiens:

TA.11. Quand avez-vous arrêté de fumer (quotidiennement)?

- 1 Il y a moins d' 1 mois
 2 Il y a 1 mois ou plus, mais moins de 6 mois
 3 Il y a 6 mois ou plus, mais moins d'1 an
 4 Il y a 1 an ou plus, mais moins de 2 ans
 5 Il y a 2 ans ou plus.

TA.12. Pour quelles raisons avez-vous arrêté de fumer (quotidiennement)?

(Plusieurs réponses possibles)

01. 1 A cause d'une maladie que vous avez eue
 02. 1 Pour améliorer vos performances sportives
 03. 1 Pour cause de grossesse / naissance d'un enfant
 04. 1 Par peur des conséquences du tabac sur la santé
 05. 1 Sous l'influence de votre entourage
 06. 1 Pour des motifs financiers (coût du tabac)
 07. 1 Parce que fumer est moins acceptable socialement
 08. 1 Sous l'influence des campagnes anti-tabac
 09. 1 Autres raisons. **Précisez:** _____

Questions pour tous répondants: exposition à la fumée de tabac.

TA.13. A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac à l'intérieur de votre domicile?

- 1 Jamais ou presque jamais
2 Moins d'1 heure pas jour
3 1 à 5 heures par jour
4 Plus de 5 heures par jour

TA.14. A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac à l'intérieur, sur votre lieu de travail?

- 1 Jamais ou presque jamais
2 Moins d'1 heure pas jour
3 1 à 5 heures par jour
4 Plus de 5 heures par jour
5 Pas pertinent (je ne travaille pas ou pas à l'intérieur)

TA.15. A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac à l'intérieur d'un lieu public ou de transports publics (bars, restaurants, centres commerciaux, pistes de bowling, luna-park, halls publics, train, métro, bus)?

- 1 Jamais ou presque jamais
2 Moins d' 1 heure pas jour
3 1 à 5 heures par jour
4 Plus de 5 heures par jour

Consommation d'autres produits

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

- 1 Oui
 2 Non → *Passez à la question ID.06.*

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)?

- 1 Oui
 2 Non → *Passez à la question ID.06.*

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

- 1 Oui
 2 Non → *Passez à la question ID.06.*

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)?

- 1 20 jours ou plus
 2 10 à 19 jours
 3 4 à 9 jours
 4 1 à 3 jours

ID.06. Vous est-il arrivé de consommer de la cocaïne, des amphétamines, de l'ecstasy ou d'autres substances similaires?

- 1 Oui
 2 Non → *Passez à la question AL.01.*

ID.07. Quels produits avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?
(Plusieurs réponses possibles)

01. 1 Aucun
 02. 1 Cocaïne
 03. 1 Amphétamines
 04. 1 Ecstasy (XTC)
 05. 1 LSD
 06. 1 Héroïne
 07. 1 Méthadone
 08. 1 Buprénorphine (SUBUTEX®)
 09. 1 Autre. **Précisez:** _____

Consommation de boissons alcoolisées

AL.01. Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient (bière, vin, liqueur, spiritueux ou autres)?

- 1 Jamais → **Passez à la question TR.01.**
- 2 1 fois par mois ou moins → **Passez à la question AL.04.**
- 3 2 à 4 fois par mois
- 4 2 à 3 fois par semaine
- 5 4 à 6 fois par semaine
- 6 Tous les jours

AL.02. Combien de verres de boissons alcoolisées prenez-vous par jour au cours d'une semaine-type?



Commencez par le lundi et détaillez chaque jour à la fois.
Indiquez le nombre de verres par type de boisson alcoolisée et par jour.

NB : Une bouteille de vin contient environ 6 verres de vin de 12cl.
Une bouteille de spiritueux (70cl) contient environ 23 verres de 3cl.

		Verres de bière	Verres de bière forte	Verres de vin	Verres d'apéritif	Verres de liqueur	Verres de spiritueux	Verres de cocktails
		pils, Palm®, Blanche, bières fruitées, ... ± 25cl	Lefe®, Duvel®, Trappistes, d'abbaye, ... ± 33cl	rosé, blanc, rouge, mousseux, champagne ... ± 12cl	sherry, porto, vermouth, martini, pineau ... ± 6cl	de fruits, d'herbes, crèmes, schnaps, bitter, anis.. ± 3cl	gin, rhum, vodka, cognac, whisky, genièvre,.. ± 3cl	punch, longdrinks, breezers, alcopops, prémix, ...
01.	Lundi							
02.	Mardi							
03.	Mercredi							
04.	Jeudi							
05.	Vendredi							
06.	Samedi							
07.	Dimanche							

AL.03. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus de boissons alcoolisées en une même occasion?

- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque

AL.04. Sans compter les petites gorgées, quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à boire des boissons alcoolisées?

ans

AL.05. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?

- 1 Oui
2 Non

AL.06. Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool?

- 1 Oui
2 Non

AL.07. Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool?

- 1 Oui
2 Non

AL.08. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb)?

- 1 Oui
2 Non

Traumatismes: violence

TR.01. Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été exposé(e) à des faits de crime, de violence ou de vandalisme à votre domicile ou dans votre quartier?

- 1 Sévèrement exposé(e)
 2 Quelque peu exposé(e)
 3 Pas exposé(e)
 9 Je ne sais pas
 0 Je n'ai pas envie de répondre

TR.02. 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?

- 1 Oui
 2 Non → **Passez à la question WB.01.**

TR.03. De quel type de violence avez-vous été personnellement victime au cours des 12 derniers mois, et où est-ce arrivé?

(Plusieurs réponses possibles)

Entourez les chiffres adéquats en fonction du type de violence subi et du lieu où c'est arrivé

		A la maison	Au travail/ à l'école	Ailleurs
01.	Vol, cambriolage, racket...	1	2	3
02.	Violence verbale ou psychologique, comme avoir été injurié(e), humilié(e), menacé(e), séquestré(e), victime de chantage ou de harcèlement moral, sexuel ou raciste, ...	1	2	3
03.	Violence physique, comme avoir été poussé(e), frappé(e), blessé(e), agressé(e) sexuellement, ...	1	2	3
04.	Autre. Précisez: _____	1	2	3

Bien-être émotionnel



Comment vous êtes-vous porté(e) au cours de ces **dernières semaines**?

Indiquez vos difficultés **actuelles**, 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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au cours des dernières semaines, ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au cours des dernières semaines, ...**WB.11. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?**

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

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

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



Les questions qui suivent portent sur la manière dont vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines**.

Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

WB.13. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e)...

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		En permanence	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
01.	Dynamique?	1	2	3	4	5
02.	débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5
03.	épuisé(e)?	1	2	3	4	5
04.	fatigué(e)?	1	2	3	4	5



Les prochaines questions concernent le suicide.

Le suicide est parfois perçu comme la seule issue à ses problèmes...

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

- 1 Oui, plusieurs fois
2 Oui, une fois
3 Non, jamais → ***Passez à la question SL.04.***

SL.03. Avez-vous eu ce type de pensées au cours des 12 derniers mois?

- 1 Oui
2 Non

SL.04. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?

- 1 Oui, plusieurs fois
2 Oui, une fois
3 Non, jamais → ***Passez à la question PR.01.***

SL.05. Avez-vous fait une tentative de suicide au cours de ces 12 derniers mois?

- 1 Oui
2 Non
3 Je ne sais pas

Prévention médicale des maladies cardiovasculaires

Voici maintenant quelques questions à propos de votre cholestérol :

PR.01. Votre taux de cholestérol a-t-il déjà été mesuré?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à la question PR.05.*
- 9 Je ne sais pas → *Passez à la question PR.05.*
-

PR.02. Quand votre taux de cholestérol a-t-il été mesuré pour la dernière fois ?

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

PR.03. Vous a-t-on déjà dit, lors d'une mesure de votre taux de cholestérol, que celui-ci était trop élevé?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à la question PR.05.*
- 9 Je ne sais pas → *Passez à la question PR.05.*
-

PR.04. Est-ce que, à cause de votre cholestérol élevé, un médecin vous a recommandé de:
(Plusieurs réponses possibles)

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

Voici quelques questions à propos du taux de sucre dans le sang (glycémie):

PR.05. Votre taux de sucre dans le sang a-t-il déjà été mesuré?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à la question PA.01.*
- 9 Je ne sais pas → *Passez à la question PA.01.*

PR.06. Quand votre taux de sucre dans le sang a-t-il été mesuré pour la dernière fois?

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

Activité physique

Pensez aux activités physiques 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** sont celles qui demandent un effort physique important et vous font respirer **beaucoup** plus vite et plus profondément que d'habitude.

PA.01. 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 football, ...?

jour(s) → Si votre réponse est « 0 jour », passez à PA.03.

PA.02. Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous pratiqué ce genre d'activités physiques **intenses**?

heure(s) minute(s) par jour

⁹⁹ Je ne sais pas

Activités physiques modérées



Quand on parle d'activités physiques **modérées**, il s'agit d'activités qui vous demandent un effort physique modéré et qui vous font respirer **un peu** plus rapidement que d'habitude.

PA.03. 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, faire de la natation, ...?

!!! **Ne tenez PAS compte ici de la marche à pied !!!**

jour(s) → Si votre réponse est « 0 jour », passez à PA.05.

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

heure(s) minute(s) par jour

⁹⁹ Je ne sais pas

Marche à pied



Pensez maintenant au temps que vous avez passé à faire de la **marche à pied**, que ce soit 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.05. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes d'affilée?

jour(s) → **Si votre réponse est « 0 jour », passez à PA.08.**

PA.06. Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps au total avez-vous marché?

heure(s) minute(s) par jour

⁹⁹ Je ne sais pas

PA.07. En général, à quelle allure avez-vous marché? Vous avez marché à...

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

Activités physiques de loisir



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

PA.08. Quelle proposition caractérise le mieux vos activités de loisir au cours de l'année qui vient de s'écouler?

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

PA.09. Exercez-vous, au moins une fois par semaine, pendant vos loisirs, une activité physique comme le jogging, le cyclisme, etc ... suffisamment longtemps pour transpirer?

- 1 Oui → précisez: jour(s) par semaine
- 2 Non
- 9 Je ne sais pas

Fin de vie

Les questions qui suivent concernent vos attitudes, vos préférences et les choix que vous pourriez faire si vous étiez atteint(e) d'une maladie qui met votre vie en danger.

EL.01. Si vous étiez atteint(e) d'une maladie qui met votre vie en danger, voudriez-vous que votre médecin traitant vous informe sur les sujets suivants...

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Oui, en principe toujours	Oui, si je le demande explicitement	Non	Je ne sais pas
01.	Le diagnostic (= nom et signes de la maladie)	1	2	3	9
02.	Les chances de guérison	1	2	3	9
03.	L'espérance de vie avec la maladie	1	2	3	9
04.	Les différentes possibilités de traitement, leurs effets secondaires et le résultat que l'on peut attendre de chacun des traitements	1	2	3	9
05.	Les options concernant les soins palliatifs (les soins de confort pour les gens qui ne peuvent plus être guéris)	1	2	3	9
06.	Les options pour prolonger ou réduire ma durée de vie	1	2	3	9

EL.02. Si vous étiez atteint(e) d'une maladie qui met votre vie en danger, voudriez-vous que votre médecin traitant informe vos proches sur les sujets suivants...

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Oui, en principe toujours	Oui, si je le demande explicitement	Non	Je ne sais pas
01.	Le diagnostic (= nom et signes de la maladie)	1	2	3	9
02.	Les chances de guérison	1	2	3	9
03.	L'espérance de vie avec la maladie	1	2	3	9
04.	Les différentes possibilités de traitement, leurs effets secondaires et le résultat que l'on peut attendre de chacun des traitements	1	2	3	9
05.	Les options concernant les soins palliatifs (les soins de confort pour les gens qui ne peuvent plus être guéris)	1	2	3	9
06.	Les options pour prolonger ou réduire ma durée de vie	1	2	3	9

EL.03. Si vous étiez atteint(e) d'une maladie qui met votre vie en danger, pour les dernières semaines de votre vie, pensez-vous que vous préféreriez:

- 1 Prolonger la vie le plus longtemps possible, même si cela signifie plus de douleurs et de désagréments
- 2 Soulager le mieux possible la douleur et les autres inconvénients, même si cela signifie une durée de vie plus courte
- 9 Je ne sais pas

EL.04. Si vous étiez atteint(e) d'une maladie qui met votre vie en danger, pensez-vous que vous demanderiez au médecin de...

<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>		Oui	Probablement	Peut-être que oui, peut-être que non	Probablement pas	Non
01.	Vous laisser mourir le plus naturellement possible, sans interventions artificielles (par exemple: réanimation, assistance respiratoire, alimentation artificielle)	1	2	3	4	5
02.	Accélérer de façon active la fin de votre vie en prescrivant ou administrant un médicament mortel	1	2	3	4	5
03.	Vous administrer des médicaments qui vous maintiennent dans une inconscience jusqu'au décès	1	2	3	4	5

EL.05. Avez-vous déjà parlé avec votre médecin de vos souhaits quant aux décisions médicales à la fin de votre vie?

- 1 Oui
- 2 Non

EL.06. Avez-vous fait une déclaration anticipée par écrit concernant l'euthanasie (c'est un document dans lequel vous demandez de mettre fin à votre vie au cas où vous ne seriez plus capable à l'avenir de prendre des décisions vous-même)?

- 1 Oui
- 2 Non

Dépistage du cancer

SC.01. Il existe un examen de dépistage du cancer de l'intestin (colorectal) qui consiste à détecter la présence de sang dans les selles. Avez-vous déjà eu ce genre d'examen?

1 Oui

2 Non → FEMMES: passez à la question SC.03.

9 Je ne sais pas → HOMMES: passez à la question SU.01. page 35

SC.02. Quand avez-vous eu un examen des selles pour détecter la présence de sang pour la dernière fois?

1 Au cours des 12 derniers mois

2 Il y a plus d' 1 an mais moins de 2 ans

3 Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans

4 Pas au cours des 3 dernières années

9 Je ne sais pas



Attention, les questions suivantes sont réservées aux femmes.

Les hommes peuvent passer à la question SU.01, page 35.

SC.03. Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie d'un ou de vos deux seins)?

1 Oui

2 Non → Passez à la question SC.07.

9 Je ne sais pas → Passez à la question SC.07.

SC.04. Quand avez-vous passé une mammographie pour la dernière fois?

1 Au cours des 12 derniers mois

2 Il y a plus d' 1 an mais moins de 2 ans

3 Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans

4 Pas au cours des 3 dernières années

9 Je ne sais pas

SC.05. Le jour de cette mammographie, avez-vous eu aussi une échographie des seins?

1 Oui

2 Non

9 Je ne sais pas

SC.06. Pour quelle raison avez-vous passé cette dernière mammographie?*(Plusieurs réponses possibles)*

- 01 Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière
- 02 Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière
- 03 Cancer du sein parmi des membres de la famille
- 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
- 05 Suivi d'un examen effectué précédemment
- 06 Douleur au niveau des seins
- 07 Vous avez remarqué vous-même une anomalie à l'un de vos seins (une boule, par exemple)
- 08 Votre médecin a remarqué une anomalie à l'un de vos seins pendant un examen
- 09 Suite à une lettre d'invitation
- 10 Pour une autre raison. **Précisez:** _____

SC.07. Avez-vous reçu, au cours des 2 dernières années, une lettre d'invitation pour passer un examen de dépistage gratuit du cancer du sein (mammothest)?

- 1 Oui
- 2 Non → **Passez à la question SC.10.**
- 9 Je ne sais pas → **Passez à la question SC.10.**

SC.08. Avez-vous passé un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie - mammothest) suite à cette lettre d'invitation?

- 1 Oui → **Passez à la question SC.10.**
- 2 Non
- 9 Je ne sais pas → **Passez à la question SC.10.**

SC.09. Pourquoi n'avez-vous pas fait un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie - mammothest) suite à cette lettre d'invitation?*(Plusieurs réponses possibles)*

- 01 Parce que j'avais déjà passé une mammographie de dépistage peu de temps auparavant
- 02 Parce que je n'avais pas le temps
- 03 Parce que cet examen coûte trop cher
- 04 Parce que je ne pense pas que ce soit nécessaire
- 05 Parce que je trouve cet examen désagréable
- 06 Parce que j'ai déjà subi une opération chirurgicale au niveau d'un sein
- 07 Un médecin m'a déconseillé de faire une mammographie
- 08 Pour une autre raison. **Précisez:** _____

SC.10. Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus?

- 1 Oui
- 2 Non → **Passez à la question SU.01.**
- 9 Je ne sais pas → **Passez à la question SU.01.**

SC.11. Quand avez-vous eu un frottis du col de l'utérus pour la dernière fois?

- 1 Au cours des 12 derniers mois
- 2 Il y a plus d' 1 an mais moins de 2 ans
- 3 Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans
- 4 Il y a plus de 3 ans mais moins de 5 ans
- 5 Pas au cours des 5 dernières années → **Passez à la question SU.01.**
- 9 Je ne sais pas

SC.12. Pour quelle raison avez-vous eu le dernier frottis du col de l'utérus?

(Plusieurs réponses possibles)

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



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

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

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

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

- 1 Oui
2 Non

SU.03. Avez-vous trouvé que ce questionnaire est trop long?

- 1 Oui
2 Non

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

minutes

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES:

Lydia Gisle
Edith Hesse
Jean Tafforeau

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

Tél.: 02/642.57.53
02/642.57.55
02/642.57.71

e-mail: his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm>

Décembre 2007