



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE



SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie

Enquête de santé par interview, Belgique, 2013

Auto-questionnaire

Personne sélectionnée:

Numéro de la personne:

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

Prénom:

Enquêteur:

Numéro de l'enquêteur:

--	--	--	--

Date de l'enquête:

J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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?			
		Jamais	Occasionnellement	Souvent	Tous les jours
		<i>Entourez le chiffre correspondant à votre réponse</i>			
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?	
	Oui, plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	1
	Oui, une fois	<input type="checkbox"/>	2
	Non, jamais	<input checked="" type="checkbox"/>	3 ➔ 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 indiquées 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 ou "**prenez à la page...**" et le numéro de page où il faut reprendre le fil des questions. 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?
	Très bon <input type="checkbox"/> ₁
	Bon <input type="checkbox"/> ₂
	Ni bon, ni mauvais <input type="checkbox"/> ₃
	Mauvais <input type="checkbox"/> ₄
	Très mauvais <input type="checkbox"/> ₅

SH.02.	Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

SH.03.	Etes-vous limité(e) depuis <u>au moins 6 mois</u> à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement?
	Oui, sévèrement limité(e) <input type="checkbox"/> ₁
	Oui, limité(e) <input type="checkbox"/> ₂
	Non, pas du tout <input type="checkbox"/> ₃

Stress et bien-être

Comment vous êtes-vous senti(e) au cours de ces dernières semaines?
Veillez rapporter votre situation actuelle, pas celle 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 <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Moins bien que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins bien que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.02.	Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.03.	Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?
	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Moins utile que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins utile que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.04.	Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions?
	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Moins capable que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins capable que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

Au cours des dernières semaines...

WB.05.	Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)"?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.06.	Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.07.	Avez-vous été capable d'apprécier (de tirer satisfaction de) vos activités quotidiennes normales?
	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu moins que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.08.	Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?
	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Moins capable que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins capable que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.09.	Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e)?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

Au cours des dernières semaines...

WB.10.	Avez-vous perdu confiance en vous-même?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.11.	Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁
	Pas plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

WB.12.	Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?
	Plus que d'habitude <input type="checkbox"/> ₁
	Comme d'habitude <input type="checkbox"/> ₂
	Un peu moins que d'habitude <input type="checkbox"/> ₃
	Beaucoup moins que d'habitude <input type="checkbox"/> ₄

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 des <u>4 dernières semaines</u> , dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e)...	En permanence	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>						
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

Vie sociale

SO.01.	Comment trouvez-vous vos contacts sociaux?
	Très satisfaisants <input type="checkbox"/> ₁
	Plutôt satisfaisants <input type="checkbox"/> ₂
	Plutôt insatisfaisants <input type="checkbox"/> ₃
	Vraiment insatisfaisants <input type="checkbox"/> ₄
SO.02.	<u>Habituellement</u>, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec des parents, des enfants, des amis, des connaissances, ...
	Au moins 1 fois par semaine <input type="checkbox"/> ₁
	Au moins 1 fois par mois <input type="checkbox"/> ₂
	Au moins 3 ou 4 fois par an <input type="checkbox"/> ₃
	Au moins 1 fois par an <input type="checkbox"/> ₄
	Jamais <input type="checkbox"/> ₅
SO.03.	Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes?
	Aucune <input type="checkbox"/> ₁
	1 ou 2 <input type="checkbox"/> ₂
	3 à 5 <input type="checkbox"/> ₃
	6 ou plus <input type="checkbox"/> ₄
SO.04.	Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites?
	Beaucoup <input type="checkbox"/> ₁
	Moyennement <input type="checkbox"/> ₂
	Je ne peux pas le dire avec certitude <input type="checkbox"/> ₃
	Un peu <input type="checkbox"/> ₄
	Pas du tout <input type="checkbox"/> ₅
SO.05.	Vous est-il facile d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins?
	Très facile <input type="checkbox"/> ₁
	Facile <input type="checkbox"/> ₂
	Possible <input type="checkbox"/> ₃
	Difficile <input type="checkbox"/> ₄
	Très difficile <input type="checkbox"/> ₅

Consommation de tabac

TA.01.	Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac <u>en tout dans votre vie</u>?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la page 16

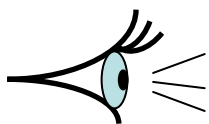
TA.02.	A quel âge avez-vous fumé votre <u>première cigarette</u> entière?
	Age: ans

TA.03.	A quel âge avez-vous commencé à fumer <u>régulièrement</u>?
	Age: ans
	Je n'ai jamais fumé régulièrement <input type="checkbox"/> ₉₉

TA.04.	Avez-vous déjà, à un moment de votre vie, fumé <u>tous les jours</u>?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

TA.05.	Si oui, combien d'années <u>en tout</u> avez-vous fumé quotidiennement? <i>(Comptez toutes les périodes séparées durant lesquelles vous fumiez quotidiennement)</i>
	..... années (Si c'est moins d'une année, inscrivez "0")
	Je n'ai jamais fumé quotidiennement <input type="checkbox"/> ₉₉

TA.06.	Fumez-vous <u>actuellement</u>?
	Oui, tous les jours <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Passez à la page 11
	Oui, occasionnellement <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la page 13
	Non, pas du tout <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Passez à la page 14



FUMEURS QUOTIDIENS

Ces questions s'adressent aux personnes qui fument actuellement tous les jours.

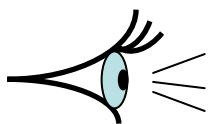
TA.07.	En moyenne, combien de cigarettes, cigares, pipes.... fumez-vous <u>chaque jour</u> ? (Plusieurs réponses possibles)
	Nombre ↓ Attention: rapportez le <u>nombre de pièces</u>, non <u>PAS</u> le nombre de paquets!
01	..... cigarettes manufacturées
02	..... cigarettes à rouler soi-même (<u>sans</u> filtre)
03	..... cigarettes à bourrer soi-même (<u>avec</u> filtre)
04	..... cigares, cigarillos
05	..... pipes de tabac
06	..... chicha, narghilé, pipe à eau (nombre de séances)
07	..... cigarettes électroniques <u>avec</u> nicotine
08	..... autre, précisez:
TA.08.	Quand fumez-vous votre première cigarette, cigare, pipe.... de la journée?
	Dans les 5 minutes après mon réveil <input type="checkbox"/> ₁
	Dans les 6 à 30 minutes après mon réveil <input type="checkbox"/> ₂
	Dans les 31 à 60 minutes après mon réveil <input type="checkbox"/> ₃
	Après 60 minutes après mon réveil <input type="checkbox"/> ₄
TA.09.	Avez-vous déjà cessé de fumer durant <u>au moins 24 heures</u> parce que vous tentiez d'arrêter?
	Oui, plusieurs fois <input type="checkbox"/> ₁
	Oui, une fois <input type="checkbox"/> ₂
	Non <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Passez à la page 16
TA.10.	A quand remonte <u>votre dernière</u> tentative d'arrêt d'au moins 24 heures?
	Il y a moins de 6 mois <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a 6 mois ou plus, mais moins de 12 mois <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a 12 mois ou plus <input type="checkbox"/> ₃

TA.11.	Pensez à la dernière fois que vous avez cessé de fumer pendant au moins 24 heures parce que vous tentiez d'arrêter. Quelle(s) méthode(s) avez-vous suivie(s) pour vous aider à arrêter? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	Aucune méthode en particulier <input type="checkbox"/> ₁
02	Service en ligne "Tabac stop" <input type="checkbox"/> ₁
03	Aide individualisée ou en groupe avec un tabacologue reconnu <input type="checkbox"/> ₁
04	Consultation avec un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> ₁ Lequel?:
05	Médicaments sous ordonnance: Zyban® <input type="checkbox"/> ₁
06	Champix® <input type="checkbox"/> ₁
07	Autres médicaments <input type="checkbox"/> ₁
08	Cigarette électronique: <u>avec</u> nicotine <input type="checkbox"/> ₁
09	<u>sans</u> nicotine <input type="checkbox"/> ₁
10	Substituts nicotiques (patch, gommes, spray, pastilles,..) <input type="checkbox"/> ₁
11	Self-help: aide à l'arrêt par Internet, brochures, livres,... <input type="checkbox"/> ₁
12	Autre méthode <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

TA.12.	Pensez à la dernière fois que vous avez cessé de fumer pendant au moins 24 heures parce que vous tentiez d'arrêter. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous recommencé à fumer? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	Situation stressante / difficultés émotionnelles, relationnelles <input type="checkbox"/> ₁
02	Par habitude / par ennui <input type="checkbox"/> ₁
03	Sorties plus nombreuses / consommation d'alcool <input type="checkbox"/> ₁
04	Par manque de soutien / d'information <input type="checkbox"/> ₁
05	Pour contrôler mon poids / prise de poids <input type="checkbox"/> ₁
06	Pour me concentrer / rester vigilant <input type="checkbox"/> ₁
07	Car mon entourage fume / continue à fumer <input type="checkbox"/> ₁
08	Symptômes de sevrage <input type="checkbox"/> ₁
09	Aucune raison / pour le plaisir <input type="checkbox"/> ₁
10	Autre raison <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:



Fumeurs quotidiens: → passez à la page 16



FUMEURS OCCASIONNELS

Ces questions s'adressent aux personnes qui fument actuellement, mais pas tous les jours.

TA.13.	Actuellement, fumez-vous plus, moins ou autant qu'il y a <u>2 ans</u> ?
	Je fume plus qu'il y a 2 ans <input type="checkbox"/> ₁
	Je fume moins qu'il y a 2 ans <input type="checkbox"/> ₂
	Je fume autant qu'il y a 2 ans <input type="checkbox"/> ₃

TA.14.	Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer complètement?
	Oui, plusieurs fois <input type="checkbox"/> ₁
	Oui, une fois <input type="checkbox"/> ₂
	Non <input type="checkbox"/> ₃

TA.15.	Comptez-vous arrêter de fumer complètement dans les <u>12 prochains mois</u> ?
	Oui, certainement <input type="checkbox"/> ₁
	Oui, probablement <input type="checkbox"/> ₂
	Non pas du tout <input type="checkbox"/> ₃
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₄



Fumeurs occasionnels: → passez à la page 16



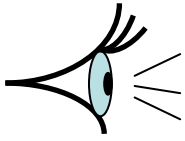
EX-FUMEURS

Ces questions s'adressent aux personnes qui ont fumé dans le passé, mais **ne fument pas** actuellement.

TA.16.	Quand avez-vous arrêté de fumer?
	Il y a moins d'1 mois <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a 1 mois ou plus, mais moins de 6 mois <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a 6 mois ou plus, mais moins d'1 an <input type="checkbox"/> ₃
	Il y a 1 an ou plus, mais moins de 2 ans <input type="checkbox"/> ₄
	Il y a 2 an ou plus, mais moins de 10 ans <input type="checkbox"/> ₅
	Il y a 10 ans ou plus <input type="checkbox"/> ₆

TA.17.	Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté de fumer? (Plusieurs réponses possibles)
01	A cause d'une maladie que vous avez eue <input type="checkbox"/> ₁
02	Pour améliorer vos performances physiques / sportives <input type="checkbox"/> ₁
03	Pour cause de grossesse / naissance d'un enfant <input type="checkbox"/> ₁
04	Par crainte des conséquences du tabac sur la santé <input type="checkbox"/> ₁
05	Sous l'influence ou à la demande de votre entourage <input type="checkbox"/> ₁
06	Pour des motifs financiers (coût du tabac) <input type="checkbox"/> ₁
07	Parce que fumer est moins acceptable socialement <input type="checkbox"/> ₁
08	Sous l'influence des campagnes anti-tabac <input type="checkbox"/> ₁
09	Autre raison <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

TA.18.	Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisées pour arrêter de fumer? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	Aucune méthode en particulier <input type="checkbox"/> ₁
02	Service en ligne "Tabac stop" <input type="checkbox"/> ₁
03	Aide individualisée ou en groupe avec un tabacologue reconnu <input type="checkbox"/> ₁
04	Consultation avec un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> ₁ Lequel?:
05	Médicaments sous ordonnance: Zyban® <input type="checkbox"/> ₁
06	Champix® <input type="checkbox"/> ₁
07	Autres médicaments <input type="checkbox"/> ₁
08	Cigarette électronique: <u>avec</u> nicotine <input type="checkbox"/> ₁
09	<u>sans</u> nicotine <input type="checkbox"/> ₁
10	Substituts nicotiques (patch, gommes, spray, pastilles,..) <input type="checkbox"/> ₁
11	Self-help: aide à l'arrêt par Internet, brochures, livres,... <input type="checkbox"/> ₁
12	Autre méthode <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:



**Questions pour tous les répondants:
exposition à la fumée de tabac**

TA.19.	A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac à l'intérieur? <i>Se référer à l'intérieur du domicile, sur le lieu de travail, dans les lieux publics (bars, restaurants, ...)</i>
	Jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Passez à la question ID.01
	Moins d'1 heure pas jour <input type="checkbox"/> ₂
	1 à 5 heures par jour <input type="checkbox"/> ₃
	Plus de 5 heures par jour <input type="checkbox"/> ₄

TA.20.	Généralement, où êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac à l'intérieur? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	A la maison <input type="checkbox"/> ₁
02	Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> ₁
03	Dans les lieux publics (bars, restaurants,...) <input type="checkbox"/> ₁
04	Autre <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

Consommation d'autres produits

ID.01.	Vous est-il arrivé de consommer du cannabis (haschisch ou marijuana)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question ID.06

ID.02.	A quel âge avez-vous pris du cannabis (haschisch ou marijuana) pour <u>la première fois</u>?
	Age: ans

ID.03.	Au cours des <u>12 derniers mois</u>, avez-vous consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question ID.06

ID.04.	Au cours des <u>30 derniers jours</u>, avez-vous consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question ID.06

ID.05.	Lors de ces <u>30 derniers jours</u>, quel est le nombre de jours au cours desquels vous avez consommé du cannabis (haschisch ou marijuana)?
	20 jours ou plus <input type="checkbox"/> ₁
	10 - 19 jours <input type="checkbox"/> ₂
	4 - 9 jours <input type="checkbox"/> ₃
	1 - 3 jours <input type="checkbox"/> ₄

ID.06.	Vous est-il arrivé de consommer de la cocaïne, des amphétamines, de l'ecstasy ou d'autres substances similaires?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

ID.07.	Quels produits avez-vous consommé au cours des <u>12 derniers mois</u>? (Plusieurs réponses possibles)
01	Aucun <input type="checkbox"/> ₁
02	Cocaïne <input type="checkbox"/> ₁
03	Amphétamines, speed <input type="checkbox"/> ₁
04	Ecstasy (XTC, MDMA) <input type="checkbox"/> ₁
05	“Legal highs” (nouvelles substances psychoactives comme cannabinoïdes de synthèse, spice, méphédronne, ecstasy naturel) <input type="checkbox"/> ₁
06	LSD, acides <input type="checkbox"/> ₁
07	Héroïne <input type="checkbox"/> ₁
08	Méthadone <input type="checkbox"/> ₁
09	Buprénorphine (SUBUTEX®) <input type="checkbox"/> ₁
10	Autre <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

Consommation de boissons alcoolisées

AL.01.	Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (par ex.: bière, vin, cidre, apéritif, cocktail, breezers, liqueur, alcool fait maison...)?	
	Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/> ₁	} ➔ Passez à la question AL.02
	5 - 6 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₂	
	3 - 4 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₃	
	1 - 2 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₄	
	2 - 3 jours par mois <input type="checkbox"/> ₅	} ➔ Passez à la question AL.06
	1 jour par mois <input type="checkbox"/> ₆	
	Moins d'un jour par mois <input type="checkbox"/> ₇	
	Pas au cours des 12 derniers mois, car je ne bois plus d'alcool <input type="checkbox"/> ₈	➔ Passez à la question AL.08
	Jamais de ma vie, ou pas plus de quelques gorgées <input type="checkbox"/> ₉	➔ Passez à la page 22

AL.02.	Du <u>lundi au jeudi</u>, au cours de combien de ces 4 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées?	
	Les 4 jours <input type="checkbox"/> ₁	
	3 jours sur les 4 <input type="checkbox"/> ₂	
	2 jours sur les 4 <input type="checkbox"/> ₃	
	1 jour sur les 4 <input type="checkbox"/> ₄	
	Aucun de ces 4 jours <input type="checkbox"/> ₅	➔ Passez à la question AL.04

AL.03.	Du <u>lundi au jeudi</u>, lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien de verres en buvez-vous en moyenne sur une journée?	
	16 verres ou plus par jour <input type="checkbox"/> ₁	
	10 - 15 verres par jour <input type="checkbox"/> ₂	
	6 - 9 verres par jour <input type="checkbox"/> ₃	
	4 - 5 verres par jour <input type="checkbox"/> ₄	
	3 verres par jour <input type="checkbox"/> ₅	
	2 verres par jour <input type="checkbox"/> ₆	
	1 verre par jour <input type="checkbox"/> ₇	
	0 verre par jour <input type="checkbox"/> ₈	

AL.04.	Du vendredi au dimanche, au cours de combien de ces 3 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées?
	Les 3 jours <input type="checkbox"/> ₁
	2 jours sur les 3 <input type="checkbox"/> ₂
	1 jour sur les 3 <input type="checkbox"/> ₃
	Aucun de ces 3 jours <input type="checkbox"/> ₄ ➔ Passez à la question AL.06

AL.05.	Du <u>vendredi au dimanche</u>, lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien de verres en buvez-vous en moyenne sur une journée?
	16 verres ou plus par jour <input type="checkbox"/> ₁
	10 - 15 verres par jour <input type="checkbox"/> ₂
	6 - 9 verres par jour <input type="checkbox"/> ₃
	4 - 5 verres par jour <input type="checkbox"/> ₄
	3 verres par jour <input type="checkbox"/> ₅
	2 verres par jour <input type="checkbox"/> ₆
	1 verre par jour <input type="checkbox"/> ₇
	0 verre par jour <input type="checkbox"/> ₈

AL.06.	Ces <u>12 derniers mois</u>, à quelle fréquence avez-vous bu, lors d'une <u>même occasion</u>, <u>6 verres ou plus</u> de boissons alcoolisées? <i>Par exemple lors d'une sortie, une fête, un repas, avec des amis ou seul(e) chez vous...</i>
	Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/> ₁
	5 - 6 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₂
	3 - 4 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₃
	1 - 2 jours par semaine <input type="checkbox"/> ₄
	2 - 3 jours par mois <input type="checkbox"/> ₅
	1 jour par mois <input type="checkbox"/> ₆
	Moins d'1 jour par mois <input type="checkbox"/> ₇
	Pas au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> ₈ ➔ Passez à la question AL.08
	Jamais de ma vie <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question AL.08

AL.07.	En combien de temps (heures) buvez-vous généralement <u>6 verres</u> de boissons alcoolisées lors d'une même occasion?
	En moins d'1 heure <input type="checkbox"/> ₁
	1 - 2 heures <input type="checkbox"/> ₂
	3 - 4 heures <input type="checkbox"/> ₃
	5 - 6 heures <input type="checkbox"/> ₄
	7 - 8 heures <input type="checkbox"/> ₅
	9 heures ou plus <input type="checkbox"/> ₆

AL.08.	Sans compter les petites gorgées, quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à boire des boissons alcoolisées?
	Age: ans

AL.09.	Vous est-il déjà arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

AL.10.	Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

AL.11.	Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

AL.12.	Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) ou pour vous remettre d'aplomb?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

Comportements alimentaires

EB.01.	Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en <u>3 mois</u>?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

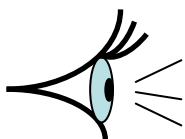
EB.02.	Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle sur les quantités que vous mangez?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

EB.03.	Vous arrive-t-il de vous faire vomir parce que vous vous sentez mal "l'estomac plein"?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

EB.04.	Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

EB.05.	Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

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) par semaine	Si votre réponse est « 0 jour », passez à la question 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	
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉₉	

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) par semaine	Si votre réponse est « 0 jour », passez à la question 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	
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉₉	

Marche à pied

Pensez maintenant au temps que vous avez passé en faisant 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 <u>7 derniers jours</u>, combien de jours avez-vous <u>marché</u> pendant au moins 10 minutes d'affilée?	
	..... jour(s) par semaine	Si votre réponse est « 0 jour », passez à la question PA.08

PA.06.	Au cours de l'une de ces journées, pendant combien de temps au total avez-vous <u>marché</u>?
	..... heure(s) minute(s) par jour
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉₉

PA.07.	En général, à quelle allure avez-vous <u>marché</u>? Vous avez marché à ...
	une allure vive, qui vous fait respirer beaucoup plus rapidement que normalement <input type="checkbox"/> ₁
	une allure modérée, qui vous fait respirer un peu plus rapidement que normalement <input type="checkbox"/> ₂
	une allure lente, qui n'entraîne pas de modification de votre respiration <input type="checkbox"/> ₃
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

Activités physiques de loisir

La question qui suit concerne uniquement vos activités physiques pendant vos loisirs.

PA.08.	Quelle proposition caractérise le mieux vos activités de loisir au cours de <u>l'année qui vient de s'écouler</u>? <i>(Une seule réponse possible)</i>
	Entraînement intensif et sport de compétition plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> ₁
	Jogging, autre sport de détente ou jardinage, au moins 4 heures par semaine <input type="checkbox"/> ₂
	Jogging, autre sport de détente ou jardinage, moins de 4 heures par semaine <input type="checkbox"/> ₃
	Marche, vélo ou autre activité légère, au moins 4 heures par semaine <input type="checkbox"/> ₄
	Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine <input type="checkbox"/> ₅
	Lecture, TV ou autre activité sédentaire <input type="checkbox"/> ₆
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

Liste de symptômes

SL.01. Dans quelle mesure avez-vous éprouvé les difficultés suivantes <u>au cours de la semaine</u> qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.						
		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>						
01	Je me tracasse ou me tourmente trop pour certaines choses	1	2	3	4	5
02	Je ne m'intéresse plus à rien	1	2	3	4	5
03	Je suis envahi par un sentiment de peur	1	2	3	4	5
04	J'ai le cœur qui bat très fort ou qui s'emballé	1	2	3	4	5
05	J'ai du mal à m'endormir	1	2	3	4	5
06	Je me sens nerveux(se) ou je ressens comme un tremblement intérieur	1	2	3	4	5
07	J'ai des pensées, des mots ou des idées déplaisantes qui ne quittent pas mon esprit	1	2	3	4	5
08	J'ai perdu tout plaisir et intérêt pour ma vie sexuelle	1	2	3	4	5
09	Je me sens sans énergie ou ralenti(e)	1	2	3	4	5
10	Je pense en finir avec la vie	1	2	3	4	5
11	J'ai des tremblements	1	2	3	4	5
12	J'ai un mauvais appétit	1	2	3	4	5
13	Je pleure facilement	1	2	3	4	5
14	J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège	1	2	3	4	5
15	Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison	1	2	3	4	5
16	Je me reproche des choses	1	2	3	4	5
17	J'ai un sentiment de solitude	1	2	3	4	5
18	J'ai le cafard	1	2	3	4	5
19	J'ai l'impression que mon esprit est vide	1	2	3	4	5
20	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	1	2	3	4	5
21	J'ai l'impression d'être tendu(e)	1	2	3	4	5
22	J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir	1	2	3	4	5
23	Je me réveille trop tôt le matin	1	2	3	4	5
24	Mon sommeil est agité ou troublé	1	2	3	4	5

Liste de symptômes (suite)

SL.01.		Dans quelle mesure avez-vous éprouvé les difficultés suivantes <u>au cours de la semaine</u> qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.				
		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>						
25	Tout représente un effort pour moi	1	2	3	4	5
26	J'ai des bouffées de terreur ou de panique	1	2	3	4	5
27	Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester tranquillement assis(e)	1	2	3	4	5
28	Je me sens bon(ne) à rien	1	2	3	4	5
29	J'ai l'impression que quelque chose de mauvais va m'arriver	1	2	3	4	5
30	Il me vient à l'esprit des pensées ou des images effrayantes	1	2	3	4	5

Les questions qui suivent sont sensibles, puisqu'elles concernent le suicide et les pensées suicidaires.

SL.02.	Vous est-il déjà arrivé de sérieusement penser à mettre fin à votre vie?	
	Oui, plusieurs fois	<input type="checkbox"/> ₁
	Oui, une fois	<input type="checkbox"/> ₂
	Non, jamais	<input type="checkbox"/> ₃ ➔ Passez à la question SL.04

SL.03.	Avez-vous eu ce type de pensées au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	
	Oui	<input type="checkbox"/> ₁
	Non	<input type="checkbox"/> ₂

SL.04.	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?	
	Oui, plusieurs fois	<input type="checkbox"/> ₁
	Oui, une fois	<input type="checkbox"/> ₂
	Non, jamais	<input type="checkbox"/> ₃ ➔ Passez à la question TR.01

SL.05.	Avez-vous fait une tentative de suicide au cours de ces <u>12 derniers mois</u> ?	
	Oui	<input type="checkbox"/> ₁
	Non	<input type="checkbox"/> ₂

Violence

TR.01.	Au cours des <u>12 derniers mois</u>, avez-vous été victime de cambriolage, vol ou vol à main armée, de violences verbales ou psychologiques (par ex. insultes, menaces, isolement), de violence physiques (par ex. être poussé, être battu) ou de violence sexuelle (par ex. exhibitionnisme, viol)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ → Passez à la page 30

TR.02.	De quel type de violence avez-vous été personnellement victime au cours des <u>12 derniers mois</u>, et où est-ce que c'est arrivé? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>				
		A domicile	Au travail / à l'école	Dans un lieu public / sur la voie publique	Ailleurs
		<i>Cochez les cases correspondant au type de violence subi et l'endroit où c'est arrivé.</i>			
01	Cambriolage, vol ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Violence verbale ou psychologique					
02	Insultes, moqueries, humiliations, sarcasme, critiques constantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
03	Menaces, intimidation, chantage, harcèlement, dénigrement, commentaires ou harcèlement sexuels ou racistes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
04	Isolement, privation de liberté	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Violence physique					
05	Etre renversé à terre, poussé, secoué, ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
06	Etre battu, blessé avec une arme, étranglé, ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Violence sexuelle					
07	Exhibitionnisme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
08	Agression sexuelle, rapports sexuels forcés, viol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autre					
09	Précisez:	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Si vous avez été victime à plusieurs reprises de ce genre d'incident au cours des 12 derniers mois, veuillez svp faire référence au plus grave d'entre eux quand vous répondez aux questions qui suivent.

TR.03.	L'auteur de ces faits était-il...
	un homme <input type="checkbox"/> ₁
	une femme <input type="checkbox"/> ₂
	un groupe d'hommes <input type="checkbox"/> ₃
	un groupe de femmes <input type="checkbox"/> ₄
	Autre <input type="checkbox"/> ₅
	Précisez:
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉
	Je préfère ne pas répondre à cette question <input type="checkbox"/> ₀

TR.04.	Connaissez-vous personnellement l'auteur, ou les auteurs, de ces faits?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question TR.06
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question TR.06
	Je préfère ne pas répondre à cette question <input type="checkbox"/> ₀ ➔ Passez à la question TR.06

TR.05.	L'auteur, ou l'un des auteurs, de ces faits était-il un membre de votre ménage?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉
	Je préfère ne pas répondre à cette question <input type="checkbox"/> ₀

TR.06.	Ces actes de violence vous ont-ils amené à consulter ou contacter une ou plusieurs des personnes, instances ou services suivants. Lesquels? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	Des membres de la famille (père, mère, frère, sœur, ...) <input type="checkbox"/> ₁
02	Des amis <input type="checkbox"/> ₁
03	Une personne de confiance au travail ou à l'école <input type="checkbox"/> ₁
04	La police <input type="checkbox"/> ₁
05	Un service de soins (médecin, hôpital...) <input type="checkbox"/> ₁
06	Une psychologue <input type="checkbox"/> ₁
07	Un service juridique, un avocat, une maison de justice <input type="checkbox"/> ₁
08	Un service d'aide aux victimes, d'aide à la jeunesse, une maison d'hébergement <input type="checkbox"/> ₁
09	Un service d'appel téléphonique - call center (Télé-accueil, Ecoute enfants, SOS enfants, SOS viol, Collectif des femmes battues, ...) <input type="checkbox"/> ₁
10	Autre <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:
11	Je n'ai consulté / contacté personne <input type="checkbox"/> ₁

Connaissances et 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
		<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>			
01	en embrassant quelqu'un sur la bouche?	1	2	3	9
02	par une piqûre de moustique?	1	2	3	9
03	en buvant dans le verre de quelqu'un?	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?				
		Tout à fait efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas du tout efficace	Je ne sais pas
		<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>				
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 un 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?	
	Oui, il y a moins d'1 semaine	<input type="checkbox"/>	1
	Oui, il y a plus d'1 semaine, mais moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>	2
	Oui, il y a plus de 3 mois, mais moins d'1 an	<input type="checkbox"/>	3
	Oui, il y a plus d'1 an	<input type="checkbox"/>	4 ➔ Passez à la question HI.05
	Non, jamais	<input type="checkbox"/>	5 ➔ Passez à la question HI.05
	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	9 ➔ Passez à la question HI.05

HI.04.	Nous ne souhaitons pas connaître le résultat de ce test, mais simplement savoir si <u>vous</u> en avez été personnellement informé(e)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂

HI.05.		Etes-vous d'accord que...:				
		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
		<i>Entourez les chiffres correspondant à vos réponses</i>				
01	le VIH/SIDA n'est plus une maladie grave	1	2	3	4	9
02	les nouveaux traitements peuvent guérir du VIH/SIDA	1	2	3	4	9
03	il existe un vaccin efficace contre le VIH/SIDA	1	2	3	4	9
04	le VIH/SIDA n'est plus un problème en Belgique	1	2	3	4	9

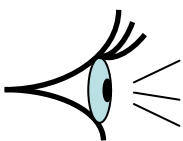
Dépistage du cancer

SC.01.	Il existe un test 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 de test?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question SC.03
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question SC.03

SC.02.	Quand avez-vous eu un test pour détecter la présence de sang dans les selles pour la dernière fois?
	Il y a moins d'1 an <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a plus d'1 an mais moins de 2 ans <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans <input type="checkbox"/> ₃
	Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> ₄
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

SC.03.	Un examen plus sophistiqué consiste en un examen interne (endoscopie) de l'intestin en utilisant une sonde. Cela s'appelle une "colonoscopie". Avez-vous déjà eu une colonoscopie?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ } ➔ Femmes passez à la question SC.05 page 33
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ } ➔ Hommes passez à la question RH.01 page 36

SC.04.	Quand avez-vous eu une colonoscopie pour la dernière fois?
	Il y a moins d'1 an <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a plus d'1 an mais moins de 5 ans <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a plus de 5 ans mais moins de 10 ans <input type="checkbox"/> ₃
	Il y a plus de 10 ans <input type="checkbox"/> ₄
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉



Attention !

**Les questions suivantes sont réservées aux femmes.
Les hommes peuvent passer à la question RH.01 page 36.**

SC.05.	Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie d'un ou de vos deux seins)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question SC.09
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question SC.09

SC.06.	Quand avez-vous passé une mammographie pour la <u>dernière</u> fois?
	Il y a moins d'1 an <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a plus d'1 an mais moins de 2 ans <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans <input type="checkbox"/> ₃
	Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> ₄
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

SC.07.	Le jour de cette mammographie, avez-vous eu aussi une échographie des seins?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

SC.08.	Pour quelle(s) raison(s) avez-vous passé cette <u>dernière</u> mammographie? (Plusieurs réponses possibles)
01	Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière <input type="checkbox"/> ₁
02	Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière <input type="checkbox"/> ₁
03	Cancer du sein parmi des membres de la famille <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ₁
05	Suivi d'un examen effectué précédemment <input type="checkbox"/> ₁
06	Douleur au niveau des seins <input type="checkbox"/> ₁
07	Vous avez remarqué vous-même une anomalie à l'un de vos seins (une boule, par exemple) <input type="checkbox"/> ₁
08	Votre médecin a remarqué une anomalie à l'un de vos seins pendant un examen <input type="checkbox"/> ₁
09	Suite à une lettre d'invitation <input type="checkbox"/> ₁
10	Autre raison <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

SC.09.	Avez-vous reçu, au cours des 2 dernières années, une lettre d'invitation pour passer un examen gratuit de dépistage du cancer du sein (mammographie - mammothest)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question SC.12
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question SC.12

SC.10.	Avez-vous passé un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie - mammothest) suite à cette lettre d'invitation?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Passez à la question SC.12
	Non <input type="checkbox"/> ₂
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question SC.12

SC.11.	Pourquoi n'avez-vous pas fait un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie - mammothest) suite à cette lettre d'invitation? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	Parce que j'avais déjà passé une mammographie de dépistage peu de temps auparavant <input type="checkbox"/> ₁
02	Parce que je n'avais pas le temps <input type="checkbox"/> ₁
03	Parce que cet examen coûte trop cher <input type="checkbox"/> ₁
04	Parce que je ne pense pas que ce soit nécessaire <input type="checkbox"/> ₁
05	Parce que je trouve cet examen désagréable <input type="checkbox"/> ₁
06	Parce que j'ai déjà subi une opération chirurgicale au niveau d'un sein <input type="checkbox"/> ₁
07	Un médecin m'a déconseillé de faire une mammographie <input type="checkbox"/> ₁
08	Autre raison <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

SC.12.	Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question RH.01
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question RH.01

SC.13.	Quand avez-vous eu un frottis du col de l'utérus pour la <u>dernière fois</u>?
	Il y a moins d'1 ans <input type="checkbox"/> ₁
	Il y a plus d'1 an mais moins de 2 ans <input type="checkbox"/> ₂
	Il y a plus de 2 ans mais moins de 3 ans <input type="checkbox"/> ₃
	Il y a plus de 3 ans mais moins de 5 ans <input type="checkbox"/> ₄
	Il y a plus de 5 ans <input type="checkbox"/> ₅ ➔ Passez à la question RH.01
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Passez à la question RH.01

SC.14.	Pour quelle raison avez-vous eu le <u>dernier</u> frottis du col de l'utérus? (Plusieurs réponses possibles)
01	Sur conseil de votre médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière <input type="checkbox"/> ₁
02	Sur conseil de votre gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière <input type="checkbox"/> ₁
03	Suivi d'un examen effectué précédemment <input type="checkbox"/> ₁
04	A cause d'un saignement anormal <input type="checkbox"/> ₁
05	Vous avez remarqué vous-même une autre anomalie <input type="checkbox"/> ₁
06	Votre médecin a remarqué une anomalie pendant un examen <input type="checkbox"/> ₁
07	Vous avez déjà eu vous-même une tumeur du col <input type="checkbox"/> ₁
08	Suite à une lettre d'invitation <input type="checkbox"/> ₁
09	Autre raison <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

Santé et sexualité

Les questions suivantes vous paraîtront peut-être très personnelles. Elles concernent le comportement sexuel, qui est également un déterminant important de la santé. Soyez assuré(e) que tout ce que vous répondrez demeurera strictement anonyme et confidentiel.

RH.01.	Avez-vous déjà eu des relations sexuelles?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question QL.01

RH.02.	Quel âge aviez-vous la <u>première fois</u> que vous avez eu des relations sexuelles?
	Age: ans

RH.03.	Au cours des <u>12 derniers mois</u>, avez-vous eu des relations sexuelles?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question QL.01

RH.04.	Avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des <u>12 derniers mois</u>?
	1 partenaire <input type="checkbox"/> ₁
	2 partenaires <input type="checkbox"/> ₂
	3 partenaires <input type="checkbox"/> ₃
	4 partenaires ou plus <input type="checkbox"/> ₄
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

RH.05.	Avez-vous utilisé un condom ou un préservatif lors du <u>dernier</u> rapport sexuel?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂
	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₉

RH.06.	Au cours des <u>12 derniers mois</u>, avez-vous utilisé – vous-même ou votre/vos partenaire(s) – une méthode de contraception (afin d'éviter une grossesse)?
	Oui <input type="checkbox"/> ₁
	Non <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Passez à la question QL.01

RH.07.	Quelle méthode(s) de contraception – vous ou votre/vos partenaire(s) – avez-vous utilisée(s) au cours des <u>12 derniers mois</u>? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
01	La pilule <input type="checkbox"/> ₁
02	Un patch ou timbre contraceptif <input type="checkbox"/> ₁
03	Un implant <input type="checkbox"/> ₁
04	Des contraceptifs injectables (comme le Dépo-Provéra) <input type="checkbox"/> ₁
05	Un anneau vaginal contraceptif (tel que le NuvaRing) <input type="checkbox"/> ₁
06	Un stérilet <input type="checkbox"/> ₁
07	La pilule du lendemain <input type="checkbox"/> ₁
08	Un diaphragme <input type="checkbox"/> ₁
09	Un spermicide ou une éponge contraceptive <input type="checkbox"/> ₁
10	Un préservatif masculin (capote ou condom) <input type="checkbox"/> ₁
11	Un condom féminin <input type="checkbox"/> ₁
12	L'abstinence périodique <input type="checkbox"/> ₁
13	Le coït interrompu <input type="checkbox"/> ₁
14	La stérilisation de la femme <input type="checkbox"/> ₁
15	La stérilisation de l'homme <input type="checkbox"/> ₁
16	Autre méthode <input type="checkbox"/> ₁ Précisez:

Qualité de vie

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

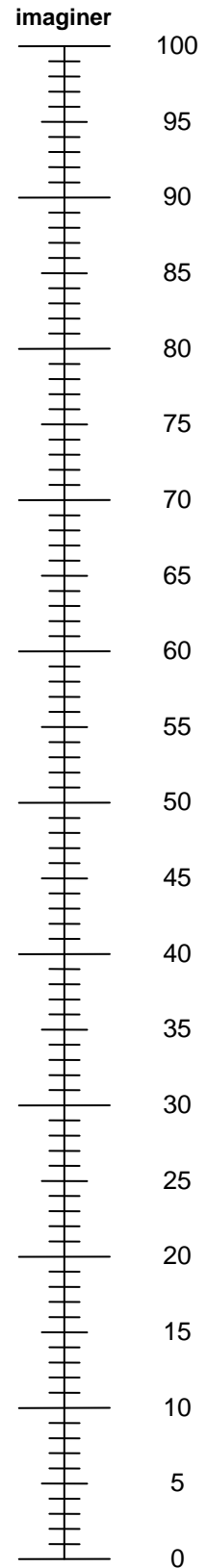
QL.01.	Mobilité
	Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> ₁
	J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> ₂
	J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> ₃
	J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> ₄
	Je suis incapable de me déplacer à pied <input type="checkbox"/> ₅
QL.02.	Autonomie de la personne
	Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> ₁
	J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> ₂
	J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> ₃
	J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> ₄
	Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> ₅
QL.03.	Activités courantes (<i>exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs</i>)
	Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> ₁
	J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> ₂
	J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> ₃
	J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> ₄
	Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> ₅
QL.04.	Douleurs / gêne
	Je n'ai ni douleur ni gêne <input type="checkbox"/> ₁
	J'ai des douleurs ou une gêne légère(s) <input type="checkbox"/> ₂
	J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) <input type="checkbox"/> ₃
	J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s) <input type="checkbox"/> ₄
	J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) <input type="checkbox"/> ₅
QL.05.	Anxiété / Dépression
	Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e) <input type="checkbox"/> ₁
	Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> ₂
	Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> ₃
	Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> ₄
	Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> ₅

QL.06.

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD’HUI
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l’échelle afin d’indiquer votre état de santé AUJOURD’HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l’échelle.

VOTRE SANTE AUJOURD’HUI =

**La meilleure santé
que vous puissiez
imaginer**



**La pire santé que
vous puissiez
imaginer**

Informations utiles:

Télé-Accueil propose un espace de parole et d'écoute à toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique.

Ce numéro est accessible 24h/24h et toute l'année.

La confidentialité et l'anonymat sont respectés.

Télé-Accueil

Tél.: **107**

Web: www.tele-accueil.be

***Un tout grand merci pour
votre collaboration!***

N'oubliez pas d'insérer votre questionnaire complété dans l'enveloppe !

Renseignements complémentaires:

Institut Scientifique de Santé Publique
Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance
Rue Juliette Wytsman, 14
B - 1050 Bruxelles

Lydia Gisle	02/642.57.53
Rana Charafeddine	02/642.57.39
Jean Tafforeau	02/642.57.71

E-mail: his@wiv-isp.be

Web: www.enquetesante.be

Décembre 2012