

Enquête de santé, Belgique 2018

Personne sélectionnée

Prénom :

Code barre :

Numéro :

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	0	0	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	---	---	---	----------------------	----------------------

Enquêteur - Enquêtrice

Numéro :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date de l'enquête:

J	J	-	M	M	-	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Comment remplir ce questionnaire ?

- Pour la majorité des questions, mettez une croix dans la case qui correspond le mieux à votre réponse (p.ex. : dans la case « oui » si vous avez déjà fumé...)

EX.01 Avez-vous fumé plus d'un paquet de cigarettes en tout dans votre vie ?

- 1 Oui
 2 Non

- Parfois vous devrez écrire un nombre dans les cases prévues (p.ex. : « 19 » à la question EX.02 ci-dessous)

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

J'avais ans

- Dans certains cas, selon votre réponse, on vous demande de répondre à une sous-question (p.ex. : « oui » à la question EX.03, alors répondre aussi à : a) Si oui, « combien »... ? (p.ex. : 6 années)

EX.03 Avez-vous déjà fumé tous les jours ?

- 1 Oui
a) Si oui, combien d'années avez-vous fumé quotidiennement ? années
 2 Non

- Dans d'autres cas, votre réponse vous amène à « sauter » une série de questions et vous envoie à une question qui se trouve plus loin dans le questionnaire (p.ex. si vous répondez « non » à EX.04, vous êtes envoyé(e) directement à la question SH.01 qui se trouve sur une autre page)

EX.04 Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

- 1 Oui plusieurs fois
 2 Oui une fois
 3 Non ➔ *Passez à SH.01 page 3*

- Sauf indication contraire, ne cochez qu'une seule case-réponse par question, et passez à la question qui suit directement celle-ci. Ne vous préoccupez pas des petits chiffres à gauche des cases.

Information

Pour assurer un lien correct avec le questionnaire par interview, pouvez-vous indiquer ci-dessous votre année de naissance, votre sexe et votre code postal :

Année de naissance :

Vous êtes : Un homme

₁ Une femme

Code postal :

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 Êtes-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(e)

₂ Oui, limité(e)

₃ Non, pas du tout limité(e)

Stress et bien-être

Comment vous êtes-vous senti(e) au cours de ces dernières semaines ? Veuillez rapporter votre situation actuelle, pas celle que vous avez pu avoir dans le passé.

Au cours de ces dernières semaines...:

WB.01 **Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faisiez ?**

- 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

Au cours de ces dernières semaines...:

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

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

Au cours de ces dernières semaines...:

WB.09 Avez-vous été malheureux(se) ou 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

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

WB.13 Vous êtes-vous senti(e) optimiste pour votre futur ?

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

VT.01 Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie “pas du tout satisfait(e)” et 10 signifie “totalement satisfait(e)”, quel degré de satisfaction éprouvez-vous actuellement à l’égard de votre vie ?

<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>
0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
pas du tout satisfait(e)										totalement satisfait(e)										

VT.02 Au cours de ces dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e)...

<i>(Une croix par ligne)</i>	En permanence	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
01. dynamique ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
02. débordant(e) d’énergie ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
03. épuisé(e), à bout ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
04. fatigué(e) ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>

Conduites alimentaires

<i>(Une croix par ligne)</i>	Oui	Non
EB.01 Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
EB.02 Craignez-vous d’avoir perdu le contrôle sur les quantités que vous mangez ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
EB.03 Vous arrive-t-il de vous faire vomir parce que vous vous sentez mal “l’estomac plein” ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
EB.04 D’autres vous disent-ils que vous êtes trop mince, alors que vous pensez être trop gros(se) ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
EB.05 Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

Autres difficultés

AD.01 **Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous rencontré des difficultés telles que :**

<i>(Une croix par ligne)</i>	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Preque tous les jours
01. Vous sentir nerveux(se), anxieux(se) ou tendu(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Ne pas pouvoir arrêter de vous inquiéter ou ne pas pouvoir contrôler vos inquiétudes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Trop vous soucier à propos de différentes choses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Avoir des difficultés à vous détendre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Être si agité(e) qu'il vous est difficile de tenir en place	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Être facilement contrarié(e) ou irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. Vous sentir effrayé(e), comme si quelque chose de terrible allait se produire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Éprouver peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e), ou au contraire, dormir trop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Vous sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Manquer d'appétit, ou alors manger beaucoup trop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Avoir une mauvaise opinion de vous-même, vous considérer comme nul(le) ou ne pas vous sentir à la hauteur de vos propres attentes ou celles de vos proches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Avoir du mal à vous concentrer sur des choses, telles que lire le journal ou regarder la télévision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Bouger ou parler si lentement que d'autres personnes ont pu le remarquer, ou au contraire, être si agité(e) et impatient(e) que vous bougiez beaucoup plus que d'habitude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Penser que vous seriez mieux si vous étiez mort(e) ou songer à vous blesser d'une façon ou d'une autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

SU.01 Avez-vous déjà sérieusement pensé à mettre fin à votre vie ?

- 1 Oui, plusieurs fois
- 2 Oui, une fois
- 3 Non, jamais
- a) Si oui, avez vous eu ces pensées au cours des 12 derniers mois ? 1 Oui
- 2 Non

SU.02 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- 1 Oui, plusieurs fois
- 2 Oui, une fois
- 3 Non, jamais
- a) Si oui, avez vous fait une tentative au cours des 12 derniers mois ? 1 Oui
- 2 Non

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 **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.04 **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.05 **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

Activité physique de loisir

PA.10 **Quelle proposition caractérise le mieux vos activités de loisir au cours de l'année qui vient de s'écouler ?**

(Une seule réponse possible)

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

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, spiritueux, alcools forts, alcool fait maison...)?

1 Tous les jours ou presque

2 5 - 6 jours par semaine

3 3 - 4 jours par semaine

4 1 - 2 jours par semaine

5 2 - 3 jours par mois

6 1 jour par mois

7 Moins d'un jour par mois

8 Pas au cours des 12 derniers mois, car je ne bois plus d'alcool

9 Jamais de ma vie, ou pas plus de quelques gorgées

⇒ Continuez avec AL.02

⇒ Passez à AL.06 page 12

⇒ Passez à AL.08 page 13

⇒ Passez à TA.01 page 14

AL.02 Du lundi au jeudi, au cours de combien de ces 4 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées ?

1 Les 4 jours

2 3 jours sur les 4

3 2 jours sur les 4

4 1 jour sur les 4

5 Aucun des ces 4 jours ⇒ Passez à AL.04 page 12

AL.03 Du lundi au jeudi, lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien en buvez-vous en moyenne sur une journée ?

1 16 verres ou plus par jour

2 10 - 15 verres par jour

3 6 - 9 verres par jour

4 4 - 5 verres par jour

5 3 verres par jour

6 2 verres par jour

7 1 verre par jour

8 Je ne bois pas en semaine

AL.04 Du vendredi au dimanche, au cours de combien de ces 3 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées ?

- 1 Les 3 jours
- 2 2 jours sur les 3
- 3 1 jour sur les 3
- 4 Aucun de ces 3 jours ⇒ *Passez à AL0.6*

AL.05 Du vendredi au dimanche, lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien en buvez-vous en moyenne sur une journée ?

- 1 16 verres ou plus par jour
- 2 10 - 15 verres par jour
- 3 6 - 9 verres par jour
- 4 4 - 5 verres par jour
- 5 3 verres par jour
- 6 2 verres par jour
- 7 1 verre par jour
- 8 Je ne bois pas le weekend

AL.06 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 6 verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion ? Par exemple lors d'une sortie, une fête, un repas entre amis ou seul(e) chez vous...

- 1 Tous les jours ou presque
 - 2 5 - 6 jours par semaine
 - 3 3 - 4 jours par semaine
 - 4 1 - 2 jours par semaine
 - 5 2 - 3 jours par mois
 - 6 1 jour par mois
 - 7 Moins d'un jour par mois
 - 8 Pas au cours des 12 derniers mois
 - 9 Jamais de ma vie
- } ⇒ *Passez à AL.08 page 13*

AL.07 À quelle fréquence vous est-il arrivé de boire au moins **4 verres** (*pour les femmes*) ou au moins **6 verres** (*pour les hommes*) de boissons alcoolisées en **2 heures de temps** ?

- 1 Tous les jours ou presque
- 2 Chaque semaine, mais pas tous les jours
- 3 Tous les mois, mais pas chaque semaine
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Pas au cours des 12 derniers mois
- 6 Jamais de ma vie

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

J'avais ans

AL.09 Vous est-il déjà arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

- 1 Oui
- a) Si oui, était-ce :
- 1 au cours des 12 derniers mois ?
- 2 il y a plus de 12 mois ?
- 2 Non

AL.10 Vous a-t-on déjà fait des critiques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- 1 Oui
- a) Si oui, était-ce :
- 1 au cours des 12 derniers mois ?
- 2 il y a plus de 12 mois ?
- 2 Non

AL.11 Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable concernant votre consommation d'alcool ?

- 1 Oui
- a) Si oui, était-ce :
- 1 au cours des 12 derniers mois ?
- 2 il y a plus de 12 mois ?
- 2 Non

AL.12 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le lever pour vous sentir en forme ou vous remettre d'aplomb ?

Oui

1

a) Si oui, était-ce : au cours des 12 derniers mois ?

1

il y a plus de 12 mois ?

2

Non

2

AL.13 Vous est-il déjà arrivé de ne plus vous souvenir de ce que vous avez pu dire ou faire la veille parce que vous aviez bu ?

Oui

1

a) Si oui, était-ce au cours des 12 derniers mois ?

1

il y a plus de 12 mois ?

2

Non

2

Consommation de tabac

Ne vous référez pas ici à la cigarette électronique.

TA.01 Avez-vous déjà fumé, ne serait-ce qu'une seule cigarette entière, au cours de votre vie ?

Oui

1

a) Si oui, à quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière ? ans

Non

2

⇒ *Passez à TP.01 page 19*

TA.02 Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac en tout dans votre vie ?

Oui

1

Non

2

⇒ *Passez à TP.01 page 19*

TA.03 Avez-vous déjà, à un moment de votre vie, fumé tous les jours ?

Oui

1

Non

2

⇒ *Passez à TA.06 page 15*

TA.04 Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement (même si vous avez cessé entretemps) ?

J'avais ans

TA.05 Si oui, combien d'années en tout avez-vous fumé quotidiennement ?

(Comptez toutes les périodes séparées durant lesquelles vous fumiez quotidiennement jusqu'à aujourd'hui)

J'ai fumé tous les jours pendant années au total

Si moins d'un an, inscrivez « 00 »

TA.06 Fumez-vous actuellement ?

- 1 Oui, tous les jours ⇒ *Continuez avec TA.07*
- 2 Oui, occasionnellement ⇒ *Passez à TA.12 page 17*
- 3 Non, pas du tout ⇒ *Passez à TA.14 page 18*

Fumeurs quotidiens

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

Les fumeurs occasionnels passent à la question TA.12 page 17.

Les ex-fumeurs passent à la question TA.14 page 18.

TA.07 Quelle quantité fumez-vous habituellement chaque jour ?



Attention ! Indiquez le nombre de pièces que vous fumez tous les jours, non pas le nombre de paquets, ni ce que vous consommez occasionnellement !

01. Je fume quotidiennement cigarettes (roulées et/ou manufacturées)

02. Je fume quotidiennement cigares/cigarillos

03. Je fume quotidiennement pipes de tabac

04. Je fume quotidiennement séances de chicha, narghilé, pipe à eau

05. Je fume quotidiennement autre, précisez : _____

TA.08 **Quand fumez-vous votre première cigarette (cigare, pipe...) de la journée ?**

- 1 Dans les 5 minutes après mon réveil
- 2 Dans les 6 à 30 minutes après mon réveil
- 3 Dans les 31 à 60 minutes après mon réveil
- 4 Plus de 60 minutes après mon réveil

TA.09 **Avez-vous déjà cessé de fumer durant au moins 24 heures parce que vous tentiez d'arrêter ?**

- 1 Oui, plusieurs fois
- 2 Oui, une fois
- 3 Non **⇒ Passez à TP.01 page 19**

TA.10 **À quand remonte votre dernière tentative d'arrêt qui a duré au moins 24 heures ?**

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 Il y a 6 mois ou plus, mais moins de 12 mois
- 3 Il y a 12 mois ou plus

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 ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Aucune assistance ou méthode en particulier
- 2 Service en ligne ou téléphonique "Tabac Stop"
- 3 Aide individualisée ou en groupe avec un tabacologue (pas mon médecin)
- 4 Consultation avec un professionnel de la santé (pas un tabacologue)
- 5 Médicaments sous ordonnance (Zyban, Champix,...)
- 6 Cigarette électronique (avec ou sans nicotine)
- 7 Substituts nicotiniques (patch, gommes, spray, pastilles,...)
- 8 Self-help: aide à l'arrêt par Internet, brochures, livres,...
- 9 Acupuncture, hypnose, aromathérapie, kinésiologie,...



Fumeurs quotidiens : passez à TP.01 page 19!

Fumeurs occasionnels

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

Les fumeurs quotidiens passent à la question TP.01 page 19.

Les ex-fumeurs passent à la question TA.14 page 18.

TA.12 Vous avez indiqué que vous fumiez, mais pas tous les jours. A quelle fréquence fumez-vous ?

- 1 4 à 6 jours par semaine
- 2 1 à 3 jours par semaine
- 3 1 à plusieurs jours par mois, mais pas chaque semaine
- 4 1 à plusieurs jours par an, mais pas chaque mois
- 5 Moins d'un jour par an

TA.13 Actuellement, fumez-vous plus, moins ou autant qu'il y a 2 ans ?

- 1 Je fume plus qu'il y a 2 ans
- 2 Je fume moins qu'il y a 2 ans
- 3 Je fume autant qu'il y a 2 ans



Fumeurs occasionnels : passez à TP.01 page 19 !

Ex-fumeurs

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

TA.14 Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

- 1 Depuis moins d' 1 mois
- 2 1 mois ou plus, mais moins de 6 mois
- 3 6 mois ou plus, mais moins d'1 an
- 4 1 an ou plus, mais moins de 2 ans
- 5 2 ans ou plus, mais moins de 10 ans
- 6 10 ans ou plus
- 7 Pas applicable → *Passez à TP.01 page 19*

TA.15 Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisées pour arrêter de fumer ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Aucune assistance ou méthode en particulier
- 2 Service en ligne ou téléphonique "Tabac Stop"
- 3 Aide individualisée ou en groupe avec un tabacologue (pas mon médecin)
- 4 Consultation avec un professionnel de la santé (pas un tabacologue)
- 5 Médicaments sous ordonnance (Zyban, Champix,...)
- 6 Cigarette électronique (avec ou sans nicotine)
- 7 Substituts nicotiques (patch, gommes, spray, pastilles,...)
- 8 Self-help: aide à l'arrêt par Internet, brochures, livres,...
- 9 Acupuncture, hypnose, aromathérapie, kinésiologie,...

Exposition à la fumée de tabac

Ces questions s'adressent à tous les répondants.

TP.01 A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres à l'intérieur (intérieur du domicile, de la voiture, du lieu de travail, de lieux publics,...) ?

Seule la fumée produite par d'autres personnes doit être prise en considération.

- 1 Tous les jours, 1 heure ou plus par jour
- 2 Tous les jours, moins qu'1 heure par jour
- 3 Au moins une fois par semaine (mais pas tous les jours)
- 4 Moins qu'une fois par semaine
- 5 Jamais ou presque jamais → *Passez à EC.01*

TP.02 Généralement, où êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres à l'intérieur?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 À la maison
- 2 Dans la voiture
- 3 Sur le lieu de travail
- 4 À l'intérieur d'un lieu public (bars, restaurants, ...)
- 5 Autre, précisez : _____

Cigarettes électroniques (e-cigarettes)

La cigarette électronique (e-cigarette) ou les dispositifs similaires comme les pipe/cigare/narguilé électroniques, sont des petits appareils alimentés par une batterie qui permettent de simuler l'acte de fumer mais qui chauffent une solution liquide et produisent de la vapeur à la place.

Ces dispositifs électroniques conçus pour 'vapoter' sont désignés par le terme "e-cigarette" dans la suite du questionnaire.

EC.01 Avez-vous déjà essayé une e-cigarette, ne serait-ce que quelques bouffées ?

- 1 Oui
- 2 Non → *Passez à TP.03 page 21*

EC.02 **Actuellement, utilisez-vous une e-cigarette ?**

- 1 Oui, tous les jours
- 2 Oui, chaque semaine mais pas tous les jours
- 3 Oui, tous les mois mais pas chaque semaine
- 4 Oui, mais moins d'une fois par mois
- 5 Non, pas du tout → **Passez à TP.03 page 21**

EC.03 **Quel type d'e-cigarette utilisez-vous le plus souvent ?**

- 1 Une e-cigarette ou vaporisateur jetable ('cig-a-like', non rechargeable)
- 2 Une e-cigarette avec un réservoir pré-rempli (rechargeable)
- 3 Une e-cigarette avec un réservoir que l'on remplit soi-même d'e-liquides (rechargeable)
- 4 Un système modulable (combinaison personnalisée de différentes parties: batterie, atomiseur, etc.) que l'on remplit soi-même d'e-liquides (rechargeable)
- 5 Un appareil qui "chauffe" (plutôt que brûle) du vrai tabac, générant une "vapeur de tabac" plutôt que de la fumée (stylo type IQOS, avec un "stick" de tabac rechargeable)
- 6 Je ne sais pas

EC.04 **Actuellement, les e-cigarettes que vous utilisez le plus souvent sont... :**

- 1 Sans nicotine
- 2 Avec nicotine
- 3 Autant avec que sans nicotine

EC.05 **Depuis combien de temps utilisez-vous l'e-cigarette ?**

- 1 Moins d'1 mois
- 2 1 mois ou plus, mais moins de 6 mois
- 3 6 mois ou plus, mais moins d'1 an
- 4 1 an ou plus, mais moins de 2 ans
- 5 2 ans ou plus

EC.06 Avant d'utiliser l'e-cigarette pour la première fois, fumiez-vous le tabac ?

- 1 Oui
2 Non

EC.07 Quelles sont les raisons principales pour lesquelles vous utilisez actuellement l'e-cigarette ?

- 1 Pour arrêter de fumer
2 Pour diminuer (sans arrêter) votre consommation de tabac
3 Pour éviter de recommencer à fumer
4 Pour utiliser là où fumer est interdit
5 Par curiosité, juste pour essayer
6 Parce ce que vous l'appréciez
7 Parce ce que c'est moins nocif que le tabac
8 Parce que c'est moins cher que le tabac
9 Parce que c'est moins nuisible/gênant pour l'entourage
10 Autres raisons (spécifiez) : _____

Exposition à la vapeur de la cigarette électronique.

Ces questions s'adressent à tous les répondants.

TP.03 A quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la vapeur de la cigarette électronique des autres à l'intérieur (intérieur du domicile, de la voiture, du lieu de travail, de lieux publics,...) ?

Seule la vapeur produite par d'autres personnes doit être prise en considération.

- 1 Tous les jours, 1 heure ou plus par jour
2 Tous les jours, moins qu'1 heure par jour
3 Au moins une fois par semaine (mais pas tous les jours)
4 Moins qu'une fois par semaine
5 Jamais ou presque jamais ⇒ **Passez à ID.01 page 22**

TP.04 Généralement, où êtes-vous exposé(e) à la vapeur de la cigarette électronique des autres à l'intérieur ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 À la maison
- 2 Dans la voiture
- 3 Sur le lieu de travail
- 4 À l'intérieur d'un lieu public (bars, restaurants, ...)
- 5 Autre, précisez : _____

Consommation de cannabis

ID.01 Vous est-il arrivé de consommer du cannabis (haschisch ou marijuana, aussi connu comme *herbe, shit, joint, kif, beuh...*) ?

- 1 Oui
- 2 Non ⇒ Passez à ID.07 page 24

ID.02 À quel âge avez-vous consommé du cannabis pour la première fois ?

J'avais ans.

ID.03 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non ⇒ Passez à ID.07 page 24

ID.04 Au cours des 12 derniers mois,

<i>(Une croix par ligne)</i>		Très souvent	Assez souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
01.	avez-vous consommé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02.	avez-vous consommé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03.	avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous consommiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04.	avez-vous eu d'autres problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école/mauvais rendement au travail...)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05.	des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06.	avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ID.05 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non ➔ *Passez à ID.07 page 24*

ID.06 Au cours de combien de ces 30 derniers jours avez-vous consommé du cannabis ?

- 1 Tous les jours
- 2 20 à 29 jours
- 3 10 à 19 jours
- 4 4 à 9 jours
- 5 1 à 3 jours

Consommation d'autres substances

ID.07 Quelles autres substances avez-vous consommées, ne serait-ce qu'une seule fois, et quand les avez-vous prises en dernier ?

(Une croix par ligne)	Dans les 30 derniers jours	Dans les 12 derniers mois	Il y a plus de 12 mois	Jamais
01. Cocaïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Crack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Ecstasy (XTC, MDMA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Amphétamines, speed	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Méthamphétamines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Kétamine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. GHB/GBL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Héroïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. LSD ou autres hallucinogènes (champignons magiques, psilos, DMT, mescaline, ayahuasca...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Opioides <u>non prescrits</u> pour vous par un médecin (ex.: fentanyl, buprenorphine, oxycodone, codein,...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Nouvelles substances psychoactives (NSP), connues comme "euphorisants légaux", "nouveaux produits de synthèse", "research chemicals": par ex. les cannabinoïdes de synthèse, méphédrone, spice, 4-FA, K2, 25I-NBOMe ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Autres médicaments psychoactifs <u>non prescrits</u> pour vous par un médecin (ex. Valium, Relatine, Rohypnol, Temesta...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Jeux de hasard ou d'argent

GA.01 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dépensé de l'argent pour des jeux de loterie (lotto, keno, jeux de grattage,...), des jeux de casino (machines à sous, roulette, jeux de dés ou de cartes...), des jeux de café (Bingo,...), des paris sportifs ou de courses ?

1 Oui

2 Non

⇒ **Passez à VI.01 page 27**

GA.02 Sans tenir compte des jeux sur Internet, au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous misé ou dépensé de l'argent sur les jeux suivants, sur place dans les agences, salles de jeux, points de vente, cafés, casinos... ?

<i>Ne pas inclure ici les jeux par Internet</i>	Tous les jours	Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois ou plus	Moins d'une fois par mois	Pas au cours des 12 derniers mois	Jamais
01. Les jeux de tirage : Lotto, Keno, Euromillions, Rapido...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
02. Les jeux de grattage : Win-for-life, Subito, Presto...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
03. Le Bingo de café	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
04. Le poker pour de l'argent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
05. Les machines à sous, jackpot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
06. Les tables de casino : roulette, black jack, dés...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
07. Les paris aux courses (hippiques ou autres)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
08. Les paris sportifs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
09. D'autres jeux d'argent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

GA.03 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous misé ou dépensé de l'argent via Internet pour les jeux suivants ?

<i>Uniquement les jeux par Internet</i>	Tous les jours	Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois ou plus	Moins d'une fois par mois	Pas au cours des 12 derniers mois	Jamais
01. Les jeux de tirage en ligne: Lotto, Keno, Euromillions,...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
02. Les jeux de grattage en ligne: Win-for-life, Astro, Cash,...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
03. Le Bingo en ligne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
04. Le poker en ligne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
05. Les machines à sous, jackpot en ligne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
06. Les jeux de casino en ligne : roulette, black jack, dés...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
07. Les paris en ligne aux courses (hippiques ou autres)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
08. Les paris sportifs en ligne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
09. D'autres jeux d'argent en ligne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

GA.04 Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé en moyenne par mois à des jeux de hasard et d'argent (sans compter les gains) ?

1 40€ par mois ou plus ➔ Veuillez préciser : euros par mois

2 Moins de 40€ par mois ➔ *Passez à VI.01 page 27*

Les questions suivantes concernent des situations problématiques qui peuvent découler de la pratique des jeux de hasard ou d'argent.

GA.05 En vous référant à vos activités de jeux de hasard ou d'argent au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure...

<i>(Une croix par ligne)</i>	Presque toujours	La plupart du temps	Parfois	Jamais
01. avez-vous misé plus d'argent que vous ne pouviez vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02. avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour ressentir la même excitation ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03. avez-vous rejoué un autre jour pour tenter de récupérer la somme que vous aviez perdue au jeu ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04. avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quelque chose pour vous permettre de parier ou jouer ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05. avez-vous pensé que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06. d'autres personnes vous ont-elles critiquée ou dit que vous aviez un problème lié au jeu, même si vous ne le pensez pas ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07. avez-vous eu des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété, à cause du jeu ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08. vos activités liées au jeu vous ont-elles causé des difficultés financières, à vous-même ou à votre ménage ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09. vous êtes-vous senti(e) coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

GA.06 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous cherché ou reçu de l'aide professionnelle pour des problèmes qui découleraient de vos habitudes de jeu ?

1 Oui

2 Non

Violence

VI.01 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de cambriolage, vol ou vol à main armée, de violences verbales ou psychologiques (par ex. insultes, menaces, isolement), de violences physiques (par ex. être poussé, être battu) ou de violence sexuelle (par ex. exhibitionnisme, viol) ?

- 1 Oui
 2 Non ⇒ *Passez à HI.01 page 29*

VI.02 De quel type de violence avez-vous été personnellement victime au cours des 12 derniers mois, et où est-ce arrivé ?

<i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	A domicile	Au travail / à l'école	Dans un lieu public / sur la voie publique	Ailleurs
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, moquerie, 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. Être renversé(e) à terre, poussé(e), secoué(e), ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
06. Être battu(e), blessé(e) avec une arme, étranglé(e), ...	<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.

VI.03 Ces actes de violence vous ont-ils amené à consulter ou contacter une ou plusieurs des personnes, instances ou services suivantes ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Des membres de la famille (père, mère, frère, sœur, ...)
- 2 Des amis
- 3 Une personne de confiance au travail ou à l'école
- 4 La police
- 5 Un service de soins (médecin, hôpital...)
- 6 Un(e) psychologue
- 7 Un service juridique, un avocat, une maison de justice
- 8 Un service d'aide aux victimes, d'aide à la jeunesse, une maison d'hébergement
- 9 Un service d'appel téléphonique - call center (Télé-accueil, Ecoute enfants, SOS enfants, SOS viol, Collectif des femmes battues, ...)
- 10 Autre, précisez : _____
- 11 Je n'ai consulté ou contacté personne

VI.04 Il peut arriver que la victime connaisse son agresseur. Dans votre cas, l'auteur(s) des faits de violence rapportés étai(en)t-il(s) :

- 1 Un/des inconnu(s)
- 2 Un/des collègue(s)
- 3 Un/des connaissance(s)
- 4 Un(e)/des ami(e)(s)
- 5 Mon/ma partenaire
- 6 Mon ex-partenaire
- 7 Mes parent(s)
- 8 Mes (beaux-) enfant(s)
- 9 Autre(s) membre(s) de la famille
- 10 Autre, précisez : _____
- 11 Je ne sais pas
- 12 Je préfère ne pas répondre à cette question

Connaissances et attitudes face au SIDA

HI.01 Selon vous,...

	Oui	Non	Je ne sais pas
01. y a-t-il un risque de transmission du virus du sida lors d'un rapport sexuel avec un seul partenaire, fidèle et non infecté ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. peut-on réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un préservatif (condom, capote) chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. peut-on contracter le virus du sida en prenant dans ses bras ou en serrant la main d'une personne atteinte du sida ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. peut-on contracter le virus du sida en buvant dans le verre d'une personne atteinte du sida ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

HI.02 Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage du virus du SIDA ?

- 1 Oui, il y a moins d'1 semaine
 2 Oui, il y a plus d'1 semaine, mais moins de 3 mois
 3 Oui, il y a plus de 3 mois, mais moins d'1 an
 4 Oui, il y a plus d'1 an
 5 Non, jamais
 6 Je ne sais pas
- } ⇒ **Passez à HI.04 page 30**

HI.03 Nous ne souhaitons pas connaître le résultat du test, mais simplement savoir si vous avez été personnellement informé(e) du résultat ?

- 1 Oui
 2 Non

HI.04 Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage d'une infection sexuellement transmissible autre que le SIDA ?

- 1 Oui, il y a moins d'1 semaine
- 2 Oui, il y a plus d'1 semaine, mais moins de 3 mois
- 3 Oui, il y a plus de 3 mois, mais moins d'1 an
- 4 Oui, il y a plus d'1 an
- 5 Non, jamais
- 6 Je ne sais pas

⇒ *Passez à RH.01*

HI.05 Nous ne souhaitons pas connaître le résultat du test, mais simplement savoir si vous avez été personnellement informé(e) du résultat ?

- 1 Oui
- 2 Non

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 ?
Veuillez inclure les relations vaginales, anales et orales.

- 1 Oui
- 2 Non ⇒ *Passez à HL.01 page 33*

RH.02 Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?

J'avais ans

RH.03 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles ?

- 1 Oui
- 2 Non ⇒ *Passez à HL.01 page 33*

RH.04 Avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ?

- 1 1 partenaire
2 2 partenaires
3 3 partenaires
4 4 partenaires ou plus
5 Je ne sais pas

RH.05 Avez-vous utilisé un condom ou un préservatif lors du dernier rapport sexuel ?

- 1 Oui
2 Non
3 Je ne sais pas

RH.06 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)?

- 1 Oui
2 Non
3 Non concerné(e) (femme enceinte ou essaye d'être enceinte, femme ménopausée, femme ayant une conjointe/compagne)

⇒ **Passez à HL.01 page 33**

RH.07

Quelle(s) méthode(s) de contraception – vous ou votre/vos partenaire(s) – avez-vous utilisée(s) au cours des 12 derniers mois ?

(Plusieurs réponses possibles)

1 La pilule

2 Un patch ou timbre contraceptif

3 Un implant

4 Des contraceptifs injectables (comme le Dépo-Provéra)

5 Un anneau vaginal contraceptif (tel que le NuvaRing)

6 Un stérilet

7 La pilule du lendemain

8 Un diaphragme

9 Un spermicide ou une éponge contraceptive

10 Un préservatif masculin (capote)

11 Un condom féminin

12 L'abstinence périodique

13 Le coït interrompu

14 La stérilisation de la femme

15 La stérilisation de l'homme

16 Autre méthode, précisez : _____

Compétences en matière de santé

Pour chacune des situations suivantes, veuillez évaluer dans quelle mesure elles sont faciles pour difficiles ou vous.

HL.01 Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous :

(Une croix par ligne)	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
01. d'estimer dans quel cas vous auriez besoin d'un deuxième avis médical (d'un autre docteur) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. d'utiliser les informations données par votre médecin pour prendre des décisions relatives à une maladie ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. de trouver des informations sur la manière de gérer certaines difficultés psychologiques comme le stress ou la dépression...?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. de juger si les informations transmises par les médias sur des risques pour la santé sont correctes ? (Ex: TV, Internet, autre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. de se renseigner sur des activités qui favorisent le bien-être ? (Ex: méditation, sport, marche, autre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. de comprendre les informations transmises par les médias sur la manière d'améliorer sa santé ? (Ex: TV, Internet, autre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Qualité de vie

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

QL.01 Mobilité

- 1 Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- 2 J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- 3 J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- 4 J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- 5 Je suis incapable de me déplacer à pied

QL.02 Autonomie

- 1 Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 2 J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 3 J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 4 J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 5 Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

QL.03 Activités courantes (exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)

- 1 Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- 2 J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- 3 J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- 4 J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- 5 Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

QL.04 Douleurs / gêne

- 1 Je n'ai ni douleur ni gêne
- 2 J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- 3 J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- 4 J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- 5 J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

QL.05 Anxiété / dépression

- 1 Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- 2 Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 3 Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- 4 Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 5 Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Merci de votre participation!

Avez-vous des remarques ?

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

Sciensano
Mode de vie et maladies chroniques
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@sciensano.be

web : www.enquetesante.be