



EHIS

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES RÉSIDENTS



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la Santé



LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH
RESEARCH DEDICATED TO LIFE

ENQUETE SUR LA SANTE DES RESIDENTS

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous remercions de participer à l'enquête sur la santé des résidents¹.

Cette enquête, organisée par le Ministère de la Santé et la Direction de la santé (responsables conjoints du traitement au sens du RGPD²), en collaboration avec le Luxembourg Institute of Health (LIH), a pour objectif de collecter des données sur l'état de santé des résidents du Grand-Duché de Luxembourg pour :

- adapter le système de santé aux besoins réels de la population,
- évaluer le résultat des politiques de santé,
- analyser au niveau national les évolutions des résultats dans le temps et comparer les résultats avec ceux des autres pays européens.

Une enquête similaire a été réalisée en 2014 au Luxembourg. Les résultats sont disponibles sur Sante.lu³.

Cette enquête vise les résidents âgés d'**au moins 15 ans** vivant dans des **ménages privés**.

Si vous vivez en institution ou en ménage collectif (*ex : hôpitaux, centres de soins ou foyers, prisons, casernes, institutions religieuses, pensions de famille, hôtels*), vous ne pouvez pas participer à cette enquête car seules les personnes vivant dans des ménages privés sont ciblées.

Ce questionnaire comprend quatre modules sur l'état de santé, le recours aux soins de santé, les déterminants de la santé et les variables socio-économiques générales.

Le questionnaire ne contient ni votre nom, ni votre date de naissance, ni votre adresse. Les informations collectées (sexe, année de naissance, commune de résidence et pays de naissance) ne permettent pas de vous identifier directement. Nous vous garantissons la confidentialité de vos réponses.

Les données collectées seront transmises à Eurostat, l'Office de statistique de l'Union européenne, selon l'article 6 du Règlement (UE) 2018/255 de la Commission du 19 février 2018 sur l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS).

¹ Règlement (UE) 2018/255 de la Commission du 19 février 2018 sur l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS)

² Règlement Général sur la Protection des Données

³ <http://sante.public.lu/fr/statistiques/ehis/index.html>

Les questionnaires papier et les questionnaires électroniques seront détruits deux ans après la fin de la collecte. Néanmoins, les données extraites des questionnaires seront conservées de façon dépersonnalisée pendant la durée des différentes vagues de l'enquête EHIS demandée par l'Union européenne.

Votre participation n'est pas obligatoire mais elle est essentielle pour que l'image de l'état de santé soit fidèle à la réalité. Plus le nombre de participants est grand, plus les données refléteront l'état réel de la santé de la population au Luxembourg.

Pour toute information ou question concernant la protection des données, et pour toute demande relative à l'exercice de vos droits, vous pouvez envoyer une communication écrite à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé

Direction de la santé

Villa Louvigny

Allée Marconi

L-2120 Luxembourg

Délégué à la protection des données

E-mail : info_donnees_EHIS@ms.etat.lu

Le Règlement général sur la protection des données vous confère le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPD), 1, avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette - www.cnpd.public.lu.

**ACCORD DE PARTICIPATION DES PARENTS
POUR LES MINEURS**

Si vous avez moins de 18 ans :

- OUI**, vous avez informé vos parents et ils ont donné leur accord pour votre participation à cette enquête

- NON**, vos parents n'ont pas donné leur accord pour votre participation à cette enquête et vous ne pouvez pas répondre à ce questionnaire

CONSEILS POUR REpondre AU QUESTIONNAIRE

Les conseils qui suivent ont pour but de vous aider à répondre à cette enquête.

Les résultats de cette enquête dépendent essentiellement de la qualité de vos réponses, il est donc indispensable que vous répondiez le plus honnêtement possible.

Avant de répondre, lisez attentivement la question ainsi que ses modalités de réponse.

1) Questions à choix multiple : Faites une croix dans la case qui décrit le mieux votre réponse à la question. Cochez une seule case par question, à moins que ne soit précisé « plusieurs réponses possibles ».

Exemple : Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

2) La réponse est un nombre ou un texte : indiquez votre réponse dans les cases correspondantes.

Exemple : Quelle est votre taille (sans chaussures) ?

cm

3) Si vous trouvez le signe \longrightarrow après une modalité de réponse, cela signifie que vous devez vous rendre au numéro de question indiqué.

Exemple : Fumez-vous du tabac (à l'exclusion de la cigarette électronique ou autre dispositif électronique) ?

Oui, tous les jours

Oui, occasionnellement

Non, pas du tout \longrightarrow **Passez à la question 4.19**

1. VARIABLES SOCIALES

1.01. Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

1.02. Quelle est votre année de naissance ?

--	--	--	--

Avez-vous déjà eu votre anniversaire en 2019 ?

Oui

Non

1.03. Dans quelle commune vivez-vous ?

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

1.04. Quel est votre pays de naissance ?

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

1.05. Quelle(s) est(sont) votre(vos) nationalité(s) ?

1.06. Quel est le pays de naissance de votre père ?

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

1.07. Quel est le pays de naissance de votre mère ?

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

La question suivante porte sur le niveau d'éducation ou de diplôme le plus élevé achevé avec succès.

Si vous êtes encore élève, étudiant ou apprenti, cette question ne concerne donc pas le niveau de la formation que vous suivez actuellement mais bien le plus haut niveau d'études que vous avez déjà réussi avec succès.

1.08. Quel est le niveau d'éducation ou le diplôme **le plus élevé** que vous avez achevé **avec succès**?

- Développement de la petite enfance**, enseignement pré-primaire, éducation préscolaire
- Enseignement primaire**
- Premier cycle de l'enseignement secondaire** (p.ex. 5e secondaire général, 9e régime technique, 9e régime préparatoire modulaire, 9e de la 2e voie de qualification)
- Deuxième cycle de l'enseignement secondaire** (p.ex. diplôme de fin d'études secondaires, diplôme de fin d'études secondaires techniques, diplôme de technicien, diplôme de fin d'apprentissage (CCP, DAP, CITP, CCM, CATP))
- Enseignement post-secondaire non supérieur** (p.ex. Brevet de Maîtrise)
- Enseignement supérieur ; cycle court d'études supérieures** à orientation pratique, technique ou professionnelle après la fin de l'enseignement secondaire (p.ex. BTS, 2 années terminées avec succès)
- Niveau Licence** ou équivalent (p.ex. Bachelor, 3 années terminées avec succès)
- Niveau Master** ou équivalent (p.ex. Master, ancienne licence ou diplôme universitaire d'au moins 4 ans)
- Niveau Doctorat** ou équivalent (PhD)

1.09. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Exerce un emploi
- Chômeur(euse)
- Retraité(e)
- En incapacité de travail en raison de problèmes de santé de longue durée
- Etudiant(e), élève
- Effectue des tâches domestiques (non payées)
- Service militaire ou civil
- Autre

Passez à la question 1.14

1.10. Travaillez-vous actuellement à temps plein ou à temps partiel ?

- Temps plein
- Temps partiel

1.11. Êtes-vous indépendant(e) ou salarié(e) ?

- Indépendant(e) avec des salariés
- Indépendant(e) sans salariés
- Salarié(e)
- Travailleur(euse) familial(e) (non payé(e))

1.12. Quelle **profession** exercez-vous actuellement ? Précisez la profession et décrivez de façon précise votre tâche principale.

Cette question cible le travail rémunéré et en cas d'occupations multiples, considérez l'occupation principale avec le nombre d'heures le plus important habituellement travaillées.

Soyez le plus précis possible dans la désignation de votre profession comme les exemples ci-dessous :

- Pas électricien mais électro-installateur*
- Pas fonctionnaire/employé d'État mais mécanicien automobile, guichetier à la poste, enseignant*
- Pas informaticien mais développeur, administrateur réseau, opérateur « help desk »*
- Pas secrétaire mais secrétaire médicale, secrétaire juridique.*

1.13. À quel secteur d'**activité économique** appartient votre lieu de travail ?

En cas de travail pour une entreprise intérimaire, veuillez indiquer l'activité économique de l'entreprise dans laquelle vous travaillez et non pas l'entreprise intérimaire.

Veuillez faire une croix dans la case qui correspond le mieux. Une seule réponse est possible.

- Agriculture, sylviculture et pêche
- Industries extractives (*par exemple: extraction de pierres et de sable*)
- Industrie manufacturière (*par exemple: production de produits alimentaires / chimiques / plastiques, métal*)
- Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution
- Construction
- Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles (*par exemple : grossistes ou vente au détail de tous types de biens, garage de réparation automobile*)
- Transports et entreposage (*par exemple : transport, entrepôt, services postaux et activités de coursier*)
- Hébergement et restauration (*par exemple : hôtels, restaurants, bars*)
- Information et communication (*par exemple : activités d'édition, télécommunications, programmation informatique*)
- Activités financières et d'assurance
- Activités immobilières (*par exemple : vente ou location de biens immobiliers*)
- Activités spécialisées, scientifiques et techniques (*par exemple: activités juridiques et comptables, bureau d'architecte, recherche scientifique, agences de publicité, cabinet vétérinaire*)
- Activités de services administratifs et de soutien (*par exemple: activités de location et de leasing (ex : voiture), agences d'interim, agences de voyage, sociétés de sécurité privées, sociétés de nettoyage, plateformes d'appels*)
- Administration publique (*par exemple: Ministères, administrations communales, CNS, police, armée*)
- Enseignement (*par exemple: écoles, universités, auto-écoles, écoles de danse/musique*)
- Santé humaine et action sociale (*par exemple: hôpital, maison de soins/retraite, activités de travail social*)
- Arts, spectacles et activités récréatives (*par exemple: activités artistiques, bibliothèques, musées, casinos, activités sportives*)
- Autres activités de services (*par exemple: syndicats, organisations religieuses, réparation de biens personnels comme les ordinateurs, nettoyage à sec, salon de coiffure, pompes funèbres*)
- Activités des ménages en tant qu'employeurs; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre (*par exemple: ménage employant du personnel domestique comme une femme de ménage, un cuisinier, un jardinier, une gouvernante*)
- Activités d'organisations ou organismes extraterritoriaux (*par exemple: activités d'organisations internationales : Commission Européenne, OTAN*)

1.14. Vivez-vous avec un partenaire dans le même ménage (mari, femme, partenaire civil, partenaire ou concubin) ?

- Oui
- Non

1.15. Quelle est votre situation matrimoniale légale ?

- Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu en partenariat déclaré (PACS)
- Marié(e) ou vivant en partenariat déclaré (PACS)
- Veuf ou veuve ou ayant vécu en partenariat déclaré (PACS) qui s'est terminé par le décès du partenaire (sans être remarié(e) ou sans vivre en nouveau partenariat déclaré (PACS))
- Divorcé(e) ou ayant vécu en partenariat déclaré (PACS) ayant été légalement dissous (sans être remarié(e) ou sans vivre en nouveau partenariat déclaré (PACS))

1.16. Combien de personnes vivent habituellement dans votre ménage, y compris vous-même ?

personnes

1.17. Combien de personnes âgées de 13 ans ou moins vivent dans votre ménage ?

personnes

1.18. Dans quel type de ménage vivez-vous ?

- Un ménage comprenant 1 seule personne
- Ménage monoparental (1 seul parent) avec au moins un enfant âgé de moins de 25 ans
- Ménage monoparental (1 seul parent) avec des enfants tous âgés de 25 ans ou plus
- Couple sans enfant
- Couple avec au moins un enfant âgé de moins de 25 ans
- Couple avec des enfants tous âgés de 25 ans ou plus
- Autre type de ménage

1.19. Quel est le revenu mensuel **net** de votre ménage ?

Pour votre ménage, comptez s'il vous plaît le revenu provenant des activités professionnelles, prestations chômage, revenu minimum garanti, retraites, pensions de survie des veuf(ves), prestations maladie et invalidité, allocations familiales/pour les enfants, indemnités de logement, allocations scolaires et autres prestations, et déduisez les impôts.

- Moins de 1000 Euros
- 1 000 à 1 499 Euros
- 1 500 à 1 999 Euros
- 2 000 à 2 499 Euros
- 2 500 à 2 999 Euros
- 3 000 à 3 499 Euros
- 3 500 à 3 999 Euros
- 4 000 à 4 499 Euros
- 4 500 à 4 999 Euros
- 5 000 à 5 999 Euros
- 6 000 à 6 999 Euros
- 7 000 à 7 999 Euros
- 8 000 à 8 999 Euros
- 9 000 à 9 999 Euros
- 10 000 à 12 500 Euros
- Plus de 12 500 Euros
- Je ne souhaite pas répondre

2. ETAT DE SANTE

Le chapitre suivant concerne votre santé.

2.01. Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon
- Bon
- Moyen (ni bon, ni mauvais)
- Mauvais
- Très mauvais

2.02. Avez-vous une ou plusieurs maladie(s), ou problème(s) de santé de **longue durée** ?

De longue durée signifie dans le cas présent : maladies ou problèmes de santé qui durent depuis au moins 6 mois ou sont supposés durer au moins 6 mois.

- Oui
- Non

2.03. Êtes-vous limité(e), à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- Fortement limité(e)
- Limité(e), mais pas fortement
- Pas limité(e) du tout → **Passez à la question 2.05 (Maladies et états chroniques)**

2.04. Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois ?

- Oui
- Non

Maladies et états chroniques

2.05. Comment décririez-vous l'état de vos dents et de vos gencives ?

- Très bon
- Bon
- Moyen (ni bon, ni mauvais)
- Mauvais
- Très mauvais

2.06. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu une des maladies ou problèmes de santé suivants ?

Asthme (y compris asthme allergique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou conséquences chroniques d'un infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maladie coronarienne ou angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tension artérielle élevée (hypertension)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident vasculaire cérébral (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale) ou conséquences chroniques d'un accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Arthrose (arthrite exclue)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble ou affection chronique du dos ou du bas du dos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble ou affection chronique de la nuque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergies (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incontinence urinaire, problèmes pour contrôler sa vessie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dépression	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Taux de cholestérol ou de lipides élevés dans le sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Accidents et blessures

2.07. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu un des accidents suivants qui a donné lieu à une blessure ?

Tenez également compte des lésions résultant d'une intoxication ou provoquées par un animal ou des insectes. Une blessure résultant d'un acte intentionnel d'une tierce personne (agression) est exclue.

Accident de la route	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident domestique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident pendant les loisirs (<i>hors accident à domicile</i>)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident du travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

↓
**Si vous avez répondu NON
à TOUS les items, passez
à la question 2.09
(Absence au travail)**

2.08. Suite à cet(ces) accident(s), avez-vous eu besoin de soins médicaux ?

Si vous avez eu plus d'un accident, la question se réfère à l'accident le plus grave.

- Oui, j'ai dû être admis(e) à l'hôpital ou à la clinique et je suis resté(e) la nuit
- Oui, j'ai dû être admis(e) à l'hôpital ou à la clinique, mais je ne suis pas resté(e) la nuit
- Oui, j'ai eu les soins d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère), en dehors de l'hôpital
- Pas eu besoin d'une consultation ou de soins

Absence du travail (en raison de problèmes de santé)

2.09. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été absent(e) de votre travail en raison de problèmes de santé ?

Tenez compte de toutes les maladies, blessures et autres problèmes de santé que vous auriez eus et qui ont causé une absence au travail.

À exclure : congé prénatal, congé maternité, congé parental, congé sans solde, etc.

Oui

Non → **Passez à la question 2.11**

Je ne travaille pas → **Passez à la question 2.12**

2.10. Au cours des **12 derniers mois**, combien de jours au total étiez-vous absent(e) de votre travail en raison de problèmes de santé ?

jours

2.11. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé d'aller travailler alors que vous étiez malade ?

Oui

Si oui, combien de jours est-ce arrivé au cours des 12 derniers mois ?

jours

Non

Limitations fonctionnelles

Cette section concerne votre santé physique en général. Ces questions traitent de vos activités de base. Ignorez s'il vous plaît les problèmes de santé passagers.

2.12. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?

- Oui
- Non
- Je suis aveugle ou je ne peux pas voir du tout

2.13. Avez-vous des difficultés pour voir ?

Même en portant vos lunettes ou lentilles de contact, si vous êtes concerné.

- Aucune difficulté
- Quelques difficultés
- Beaucoup de difficultés
- Je ne peux pas voir du tout / incapable de le faire

2.14. Portez-vous un appareil auditif ?

- Oui
- Non
- Je suis totalement sourd

2.15. Avez-vous des difficultés pour entendre ce qui est dit lors d'une conversation avec une seule autre personne...

Même en portant votre appareil auditif, si vous êtes concerné.

	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne peux pas entendre du tout / incapable de le faire
...dans une pièce calme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dans une pièce plus bruyante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.16. Avez-vous des difficultés pour marcher un demi kilomètre (500 mètres) sur terrain plat sans aide ?

Cela correspond à la longueur de 5 terrains de football.

- Aucune difficulté
- Quelques difficultés
- Beaucoup de difficultés
- Je ne le peux pas du tout / incapable de le faire

2.17. Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre 12 marches d'escalier ?

Cela correspond à un demi-étage.

- Aucune difficulté
- Quelques difficultés
- Beaucoup de difficultés
- Je ne le peux pas du tout / incapable de le faire

2.18. Avez-vous des difficultés à vous souvenir ou à vous concentrer ?

- Aucune difficulté
- Quelques difficultés
- Beaucoup de difficultés
- Je ne le peux pas du tout / incapable de le faire

2.19. Avez-vous des difficultés pour croquer et mâcher des aliments durs comme une pomme ferme ?

- Aucune difficulté
- Quelques difficultés
- Beaucoup de difficultés
- Je ne le peux pas du tout / incapable de le faire

Activités de soins personnels

Maintenant pensez aux activités liées à vos soins personnels quotidiens. Ne tenez pas compte des difficultés passagères.

2.20. Avez-vous habituellement des difficultés à réaliser l'une de ces activités sans aide ?

	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne peux pas du tout / incapable de le faire
Vous nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous coucher et vous lever du lit ou vous asseoir et vous relever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓
si vous avez répondu AUCUNE DIFFICULTE à TOUTES les questions, passez à la question 2.23 (Activités domestiques)

Pensez à toutes ces activités liées à vos soins personnels que vous avez des difficultés à réaliser sans aide.

2.21. Recevez-vous généralement de l'aide pour une de ces activités ?

- Oui, au moins pour une activité
- Non

2.22. Auriez-vous besoin de plus d'aide ou d'aide si vous n'en avez pas reçue ?

- Oui, au moins pour une activité
- Non

Activités domestiques

Maintenant pensez aux activités domestiques de votre vie quotidienne. Ne tenez pas compte des difficultés passagères.

2.23. Avez-vous habituellement des difficultés à réaliser l'une de ces activités sans aide ?

	Jamais essayé / pas besoin de le faire	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne peux pas du tout / incapable de le faire
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer la prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches ménagères légères (faire le lit, la vaisselle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches ménagères lourdes occasionnelles (nettoyer les fenêtres, porter des courses lourdes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer les finances et les tâches administratives quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu AUCUNE DIFFICULTE ou
JAMAIS ESSAYE / PAS BESOIN DE LE FAIRE à
TOUTES les questions, passez à la question 2.26
(Douleur)**

Pensez à toutes ces activités domestiques de votre vie quotidienne que vous avez des difficultés à réaliser sans aide.

2.24. Recevez-vous généralement de l'aide pour une de ces activités ?

- Oui, au moins pour une activité
- Non

2.25. Auriez-vous besoin de plus d'aide ou d'aide si vous n'en avez pas reçue ?

- Oui, au moins pour une activité
- Non

Douleur

Les prochaines questions concernent la douleur physique que vous avez ressentie au cours des 4 dernières semaines.

- 2.26. Au cours des **4 dernières semaines**, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?
- Aucune
 - Très faible
 - Faible
 - Modérée
 - Forte
 - Très forte
- 2.27. Au cours des **4 dernières semaines**, dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle gêné(e) dans votre travail habituel (y compris le travail à l'extérieur du domicile et les activités domestiques)?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Modérément
 - Beaucoup
 - Énormément

Santé mentale

Les questions qui suivent vous demandent comment vous vous êtes senti(e) et comment les choses se sont passées pour vous au cours des 2 dernières semaines.

Pour chaque question, répondez, s'il vous plaît, de la manière la plus proche possible de ce que vous avez ressenti.

2.28. Au cours des **2 dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Éprouver peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.29. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

Oui

Si oui, combien de fois cela est-il arrivé ? fois

Non → **Passez à la question 3.01**

2.30. Si vous avez déjà fait une tentative de suicide, avez-vous effectué un passage à l'hôpital (avec ou sans hospitalisation) ?

Oui

Non

Si non, avez-vous consulté un professionnel de santé ? Oui Non

3. SOINS DE SANTE

Soins hospitaliers et hospitalisations de jour



Les questions qui suivent portent sur le temps passé à l'hôpital. Tous les types d'établissements hospitaliers ou cliniques sont à prendre en compte.

Si vous êtes **une femme** et que vous avez **accouché**, le temps passé à l'hôpital pour l'accouchement ne doit pas être comptabilisé.

3.01. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été hospitalisé(e) pendant au moins une nuit ?

Ne tenez pas compte des visites aux urgences ou des visites réalisées dans un hôpital comme patient(e) externe (par exemple si vous allez à l'hôpital pour une consultation uniquement).

Oui

Si oui, combien de nuits au cours des **12 derniers mois** ?

 nuits

Non

3.02. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été admis(e) à l'hôpital pour une hospitalisation de jour, c'est-à-dire une hospitalisation pour un diagnostic, un traitement ou un autre type de soins, qui n'a pas nécessité que vous restiez pendant la nuit ?

Oui

Si oui, combien de fois au cours des **12 derniers mois** ?

 fois

Non

Utilisation des soins ambulatoires et des soins à domicile

3.03. Quand avez-vous consulté **pour la dernière fois** votre dentiste ou orthodontiste pour vous-même ?

Pour vous-même et non pas en accompagnant un enfant, votre époux (se), etc.

Il y a moins de 6 mois

Entre 6 mois et moins de 12 mois

Il y a 12 mois ou plus

Jamais

Les questions suivantes concernent vos consultations chez un **médecin généraliste** ou un **médecin de famille**. Il s'agit des consultations au cabinet du médecin, mais aussi des visites à domicile et des consultations par téléphone.

3.04. Quand avez-vous consulté **pour la dernière fois** un médecin généraliste ou un médecin de famille pour vous-même ?

- Il y a moins de 12 mois
- Il y a 12 mois ou plus
- Jamais

3.05. Au cours des **4 dernières semaines**, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ou un médecin de famille pour vous-même ?

fois Jamais

3.06. Quand avez-vous consulté **pour la dernière fois** un médecin spécialiste ou un chirurgien pour vous-même ?

Tenez également compte des consultations à l'hôpital ou dans un service d'urgences comme patient externe, mais ne tenez pas compte des visites d'un médecin alors que vous étiez hospitalisé(e) ou en hospitalisation de jour.

À inclure : le chirurgien-dentiste, le médecin sur le lieu de travail
À exclure : le dentiste et l'orthodontiste

- Il y a moins de 12 mois
- Il y a 12 mois ou plus
- Jamais

3.07. Au cours des **4 dernières semaines**, combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste ou un chirurgien pour vous-même ?

fois Jamais

Les questions suivantes se rapportent à la **dernière fois que vous avez eu une consultation avec un médecin** (généraliste ou spécialiste).

3.08. Le médecin a-t-il passé suffisamment de temps avec vous lors de cette **dernière consultation**?

- Oui, absolument
- Oui, dans une certaine mesure
- Non, pas vraiment
- Non, absolument pas
- Je ne suis pas sûr(e)

3.09. Le médecin a-t-il expliqué les choses d'une manière facile à comprendre lors de votre **dernière consultation** ?

- Oui, absolument
- Oui, dans une certaine mesure
- Non, pas vraiment
- Non, absolument pas
- Je ne suis pas sûr(e)

3.10. Le médecin vous a-t-il donné l'occasion de poser des questions ou de soulever des préoccupations au sujet du traitement recommandé lors de votre **dernière consultation** ?

- Oui, absolument
- Oui, dans une certaine mesure
- Non, pas vraiment
- Non, absolument pas
- Je ne suis pas sûr(e)

3.11. Le médecin vous a-t-il impliqué autant que vous le vouliez dans les décisions concernant vos soins et votre traitement lors de votre **dernière consultation** ?

- Oui, absolument
- Oui, dans une certaine mesure
- Non, pas vraiment
- Non, absolument pas
- Non, je ne souhaitais pas être impliqué(e)
- Aucune décision de traitement n'a été prise
- Je ne suis pas sûr(e)

3.12. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consulté pour vous-même un... ?

Physiothérapeute, kinésithérapeute ou ostéopathe Oui Non

Orthophoniste Oui Non

Psychologue, psychiatre ou psychothérapeute Oui Non

La prochaine question concerne les **services de soins à domicile** couvrant un large éventail de services de santé et de services sociaux offerts aux personnes ayant des problèmes de santé à leur domicile. Ces services comprennent par exemple : soins à domicile par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme, aide à domicile pour les travaux ménagers ou pour les personnes âgées, services repas ou de transport.

Seuls les services réalisés par des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux doivent être inclus.

3.13. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous utilisé ou reçu pour vous-même des services de soins à domicile ?

- Oui
- Non

Consommation de médicaments

3.14. Au cours des **2 dernières semaines**, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin ?



Pour les femmes, sont à exclure les pilules ou hormones utilisées exclusivement pour la contraception.

- Oui
- Non

3.15. Au cours des **2 dernières semaines**, avez-vous pris des médicaments, plantes médicinales ou vitamines **non** prescrits par un médecin ?



Pour les femmes, sont à exclure les pilules ou hormones utilisées exclusivement pour la contraception.

- Oui
- Non

Services préventifs

3.16. Quand avez-vous été vacciné(e) pour la **dernière fois** contre la grippe ?

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

Mois

Année

Il y a longtemps (avant l'année passée)

Jamais

3.17. De quand date la **dernière mesure** par un professionnel de santé...

	Moins de 12 mois	Entre 1 an et moins de 3 ans	Entre 3 ans et moins de 5 ans	5 ans ou plus	Jamais
...de votre tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de votre taux de cholestérol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de votre taux de sucre dans le sang (glycémie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.18. Quand avez-vous eu pour la **dernière fois** un test de recherche de sang occulte (sang non visible) dans les selles ?

Le but de ce test est de détecter une perte de sang dans le tube digestif, n'importe où entre la bouche et le côlon.

- Au cours des 12 derniers mois
- Il y a entre 1 an et moins de 2 ans
- Il y a entre 2 ans et moins de 3 ans
- Il y a 3 ans ou plus
- Jamais

3.19. Quand avez-vous eu pour la **dernière fois** une coloscopie ?

Il s'agit d'un examen visuel du côlon (avec un coloscope) du rectum au cæcum réalisé en général à l'hôpital.

- Au cours des 12 derniers mois
- Il y a entre 1 an et moins de 5 ans
- Il y a entre 5 ans et moins de 10 ans
- Il y a 10 ans ou plus
- Jamais



Ces questions concernent la santé des femmes.
Si vous êtes un homme, passez à la question 3.21.

3.20. Quand avez-vous passé pour la **dernière fois**...

	Moins de 12 mois	Entre 1 an et moins de 2 ans	Entre 2 ans et moins de 3 ans	3 ans ou plus	Jamais
 ...une mammographie (radiographie du sein) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...un frottis vaginal du col de l'utérus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besoins non satisfaits en soins de santé

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les gens ont du retard dans l'obtention de leurs soins de santé ou ne les obtiennent pas. Les questions suivantes sont utilisées pour savoir si vous avez été confronté(e) à de tels problèmes au cours des 12 derniers mois.

3.21. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été confronté(e) à un retard dans votre accès aux soins parce que...?

	Oui	Non	Aucun besoin en soins de santé
Le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distance ou le transport était problématique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.22. Au cours des **12 derniers mois**, vous-est-il déjà arrivé de ne pas pouvoir payer les soins de santé suivants, lorsque vous en aviez besoin ?

	Oui	Non	Aucun besoin en soins de santé
Examen ou traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen ou traitement dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments prescrits par un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé mentale (par exemple un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. DETERMINANTS DE LA SANTE

Taille et poids

4.01. Quelle est votre taille (sans chaussures) ?

cm

4.02. Quel est votre poids (sans vêtements et sans chaussures) ?

Si vous êtes enceinte, veuillez indiquer votre poids avant votre grossesse.

kg

Activité physique / exercices

*Les prochaines questions concernent le temps que vous passez à différentes activités physiques **au cours d'une semaine normale**. Répondez s'il vous plaît aux questions même si vous considérez que vous n'êtes pas une personne physiquement active.*

Pensez d'abord au temps que vous consacrez à votre activité principale (travail, activité domestique ou études). Considérez comme activité les tâches que vous devez effectuer, payées ou non-payées, comme des travaux autour de votre maison (ex : jardinage), vous occuper de votre famille, étudier ou vous former.

4.03. Qu'est-ce qui décrit le mieux les efforts physiques que vous réalisez dans le cadre de votre **activité principale** (travail, activité domestique ou études) ?

- Principalement assis ou debout
- Principalement en train de marcher ou d'accomplir des tâches à effort physique modéré
- Principalement du travail lourd ou des tâches physiquement exigeantes
- Je n'ai aucune activité

Les questions suivantes **excluent les activités physiques dans votre activité principale** (travail, activité domestique ou études) que vous venez de mentionner. Maintenant nous aimerions vous poser des questions sur votre façon habituelle de vous déplacer pour vous rendre d'un endroit à un autre, par exemple pour vous rendre au travail, à l'école, pour aller faire vos achats ou aller au marché.

- 4.04. Au cours d'une **semaine** normale, combien de jours **marchez-vous** pendant au moins 10 minutes sans vous arrêter pour vous rendre d'un endroit à un autre ?

jours → **Si 0 jour, passez à la question 4.06**

- 4.05. Au cours d'une **journée** normale, combien de temps au total **marchez-vous** pour vous rendre d'un endroit à un autre (additionnez tous les trajets d'au moins 10 minutes sans vous arrêter) ?

- 10 à 29 minutes par jour
- 30 à 59 minutes par jour
- Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- 3 heures ou plus par jour

- 4.06. Au cours d'une **semaine** normale, au cours de combien de jours vous déplacez-vous en **vélo** pendant au moins 10 minutes sans vous arrêter pour vous rendre d'un endroit à un autre ?

*Y compris les autres moyens de transports **non motorisés**, comme les trottinettes, des rollers ou skates, etc.*

jours → **Si 0 jour, passez à la question 4.08**

- 4.07. Au cours d'une **journée** normale, combien de temps au total faites-vous du **vélo** pour vous rendre d'un endroit à un autre (additionnez tous les trajets d'au moins 10 minutes sans vous arrêter) ?

- 10 à 29 minutes par jour
- 30 à 59 minutes par jour
- Entre 1 heure et moins de 2 heures par jour
- Entre 2 heures et moins de 3 heures par jour
- 3 heures ou plus par jour

Les questions suivantes **excluent les activités liées à votre activité principale** (travail, activité domestique ou études) **et aux déplacements** que vous avez déjà mentionnés. Maintenant nous aimerions vous poser des questions sur les activités sportives, de fitness et de loisirs qui provoquent au moins une légère accélération de la respiration ou de la fréquence cardiaque, comme par exemple la marche rapide, les jeux de balle, le jogging, le cyclisme ou la natation, etc.

- 4.08. Au cours d'une **semaine** normale, combien de jours pratiquez-vous des **activités sportives, de fitness ou de loisirs** pendant au moins 10 minutes sans vous arrêter ?

jours → Si 0 jour, passez à la question 4.10

- 4.09. Combien de temps au total passez-vous à pratiquer des **activités sportives, de fitness ou de loisirs** au cours d'une **semaine** normale ?

: par semaine
Heures Minutes

La question suivante concerne toutes les activités spécifiquement destinées à renforcer vos muscles, comme les entraînements en résistance ou les exercices de musculation (par exemple en utilisant des poids, des élastiques, son propre poids, en faisant des flexions des genoux (squats), des pompes, des abdominaux, etc.).

Inclure toutes les activités de ce type même si vous les avez mentionnées auparavant.

- 4.10. Au cours d'une **semaine** normale, au cours de combien de jours pratiquez-vous spécifiquement des activités sportives de renforcement musculaire comme les entraînements en **résistance** ou les **exercices de musculation** ?

jours

La dernière question de ce module concerne le temps passé en position assise au travail, à la maison, pour se déplacer, ou entre amis, y compris le temps passé assis à un bureau, assis avec des amis pour voyager en voiture, bus, train, pour lire, jouer aux cartes ou regarder la télévision lors d'une journée normale ; **mais le temps passé à dormir ne doit pas être inclus ici.**

- 4.11. Au cours d'une **journée** normale, combien de temps passez-vous en position assise ou allongée (sans dormir) ?

- Moins de 4 heures
- Entre 4 heures et moins de 6 heures
- Entre 6 heures et moins de 8 heures
- Entre 8 heures et moins de 10 heures
- Entre 10 heures et moins de 12 heures
- 12 heures ou plus

Habitudes alimentaires

4.12. À quelle fréquence mangez-vous des fruits (y compris les fruits surgelés, secs, en conserve, etc.), à l'exclusion du jus de fruits frais ou à base de concentré ?

Jamais

Moins d'une fois par semaine

1 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine

Au moins 1 fois par jour



Indiquer le nombre de portions :

portions

Une portion de fruits :



1 POMME



3 ABRICOTS



7 FRAISES



1 PETITE
SALADE DE FRUITS



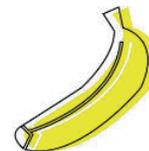
1/2 PAMPLEMOUSSE



FRUITS SECS



1 COMPOTE
DE FRUITS



1 BANANE

4.13. À quelle fréquence mangez-vous des salades ou légumes (y compris les légumes surgelés, secs, en conserve, etc.), à l'exclusion des soupes, pommes de terre et jus de légume frais ou à base de concentré ?

Jamais

Moins d'une fois par semaine

1 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine

Au moins 1 fois par jour



Indiquer le nombre de portions :

portions

Une portion de légumes :



1/3 D'ASSIETTE
DE HARICOTS VERTS



1/3 D'ASSIETTE
DE FLAGEOLETS



1 TOMATE



1 BOL DE SALADE

4.14. À quelle fréquence buvez-vous des jus de fruits ou de légumes purs à 100%, à l'exclusion des jus à base de concentré ou des jus sucrés ?

Jamais

Moins d'une fois par semaine

1 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine

Au moins 1 fois par jour

4.15. À quelle fréquence buvez-vous des boissons non alcoolisées sucrées, par exemple de la limonade ou du cola ?

S'il vous plaît, excluez les boissons artificiellement sucrées ou light.

Jamais

Moins d'une fois par semaine

1 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine

Au moins 1 fois par jour

Tabagisme

Les questions suivantes concernent vos habitudes tabagiques et votre exposition au tabac.

4.16. Fumez-vous du tabac (à l'exclusion de la cigarette électronique ou autre dispositif électronique) ?

- Oui, tous les jours
- Oui, occasionnellement → **Passez à la question 4.19**
- Non, pas du tout → **Passez à la question 4.19**

4.17. Fumez-vous **chaque jour** des cigarettes en paquet ou roulées ?

- Oui
- Non → **Passez à la question 4.20**

4.18. Combien de cigarettes, en moyenne, fumez-vous **par jour** ?

cigarettes (roulées ou en paquet) → **Passez à la question 4.20**

4.19. Avez-vous déjà fumé du tabac (cigarettes, cigares, pipes) tous les jours ou presque, pendant au moins un an ?

- Oui
- Non → **Passez à la question 4.21**

4.20. Pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement du tabac ?

Comptez toutes les périodes distinctes durant lesquelles vous avez fumé tous les jours. Si vous ne vous souvenez pas du nombre exact d'années, veuillez donner une estimation.

années

4.21. À quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac **à l'intérieur** (à la maison, au travail, dans des lieux publics, dans des restaurants, etc.) ?

Seule la fumée produite par d'autres fumeurs est à considérer.

- Tous les jours, 1 heure ou plus par jour
- Tous les jours, moins de 1 heure par jour
- Au moins une fois par semaine (mais pas tous les jours)
- Moins d'une fois par semaine
- Jamais ou presque jamais

4.22. Utilisez-vous actuellement des cigarettes électroniques ou des dispositifs électroniques similaires (ex : e-shisha, e-pipe) ?

- Oui, vapote quotidiennement
- Oui, vapote occasionnellement
- A vapoté auparavant
- Ne vapote jamais

4.23. Fumez-vous la shisha (à l'exclusion de l'e-shisha) ?

- Tous les jours ou presque tous les jours
- Au moins 1 fois par semaine
- Au moins 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Non, mais je suis un ancien fumeur de shisha
- Jamais

Consommation de boissons alcoolisées

Les questions suivantes concernent votre consommation de boissons alcoolisées de tous genres, c'est-à-dire, bière, vin, cidre, cocktails, long-drinks, prémix, alcopops, spiritueux, eau de vie, liqueurs, alcool fait maison, etc.

- 4.24. **Au cours de votre vie**, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées (plus que quelques gorgées ou essais) ?
- Oui
- Non, jamais au cours de ma vie → **Passez à la question 4.36 (Drogues)**
- 4.25. À quel âge avez-vous bu pour **la première fois** une boisson alcoolisée (plus que quelques gorgées ou essais) ?
- ans
- 4.26. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Oui
- Non
- 4.27. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Oui
- Non
- 4.28. Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable au sujet de votre consommation ?
- Oui
- Non
- 4.29. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ?
- Oui
- Non

4.30. Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient ?

- Tous les jours ou presque tous les jours
- 5 - 6 jours par semaine
- 3 - 4 jours par semaine
- 1 - 2 jours par semaine
- 2 - 3 jours par mois
- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais au cours des 12 derniers mois, je ne bois plus de boissons alcoolisées
- Jamais, ou seulement quelques gorgées ou essais dans ma vie entière

4.31. Du **lundi au jeudi**, au cours de combien de ces 4 jours consommez-vous des boissons alcoolisées ?

- Chacun des 4 jours
- 3 des 4 jours
- 2 des 4 jours
- 1 des 4 jours
- Aucun des 4 jours



4.32. Du **lundi au jeudi**, combien de boissons alcoolisées standards (voir figure ci-dessus) consommez-vous en moyenne par jour quand vous buvez de l'alcool ?

- 16 boissons ou plus par jour
- 10 - 15 boissons par jour
- 6 - 9 boissons par jour
- 4 - 5 boissons par jour
- 3 boissons par jour
- 2 boissons par jour
- 1 boisson par jour
- 0 boisson par jour

4.33. Du **vendredi au dimanche**, au cours de combien de ces 3 jours consommez-vous des boissons alcoolisées ?

- Chacun des 3 jours
- 2 des 3 jours
- 1 des 3 jours
- Aucun des 3 jours

4.34. Du **vendredi au dimanche**, combien de boissons alcoolisées standards consommez-vous en moyenne par jour quand vous buvez de l'alcool ?

- 16 boissons ou plus par jour
- 10 - 15 boissons par jour
- 6 - 9 boissons par jour
- 4 - 5 boissons par jour
- 3 boissons par jour
- 2 boissons par jour
- 1 boisson par jour
- 0 boisson par jour

4.35. Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins 5 boissons alcoolisées standards au cours d'une même occasion ?

C'est-à-dire au cours d'une fête, un repas, une soirée entre amis, seul à la maison, etc.

- Tous les jours ou presque tous les jours
- 5 - 6 jours par semaine
- 3 - 4 jours par semaine
- 1 - 2 jours par semaine
- 2 - 3 jours par mois
- 1 jour par mois
- Moins de 1 jour par mois
- Jamais au cours des 12 derniers mois
- Jamais de ma vie

Drogues

Le chapitre suivant concerne exclusivement la consommation de substances/drogues illicites et/ou de nouvelles substances/drogues psychoactives (NPS, en partie non réglementées). Notez s'il vous plaît que la consommation de cannabis ou produits pharmaceutiques à base de cannabis **prescrits par un médecin** (pour un usage thérapeutique) **ne doit pas être rapporté ici**. Le tableau ci-dessous vous indique les synonymes et noms en argot utilisés pour les différentes drogues.

Cannabis	Ha(s)chisch, marijuana, herbe, joint, shit, pot, beuh, dope, chanvre, Marie-Jeanne, ganja
Ecstasy	X, Ecsta, E, Jeton, Adam, Eve, MDAM, MD, pillule
Amphétamines	Amphètes, speed, stimulant, pep
Méthamphétamine	Meth, Crystal, Crystal Meth, Krystal Glass, Christina, Tina, Cris, Chalk Ice
Cocaïne	C, coke, coco, cokie, neige, poudre, blanche, poudre blanche
Héroïne	H, héro, schnouffe, cheval, diamorphine, la came, brune, poudre
Champignons hallucinogènes	Psilos, champignons magiques, champignons
LSD	Buvar, trip, acide, Lucie
Substances volatiles ou inhalables	Solvants, colle, spray, gaz hilarant
Nouvelles substances / drogues psychoactives	Substances/produits commercialisés de façon légale ou illégale et sensés imiter l'effet de drogues illégales qui sont contrôlés (par exemple poudres, pilules, comprimés, liquides, herbes). Les noms communément attribués sont : NPS, legal highs, spice, encens, euphorisants légaux, designer drugs, smart drugs, sels de bain, research chemicals...

4.36. Connaissez-vous **personnellement** une ou des personnes qui consomment des substances/drogues illicites ou NPS ?

- Oui
 Non

Si oui, veuillez indiquer lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

Substances

Cannabis, ha(s)chisch, marijuana	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>
LSD, acide, trip	<input type="checkbox"/>
Substances volatiles, solvants, colle, spray, gaz hilarant	<input type="checkbox"/>
Nouvelles substances / drogues psychoactives (NPS), legal highs, designer drugs	<input type="checkbox"/>
Autres (merci de préciser) : _____	<input type="checkbox"/>

4.37. **Durant votre vie**, vous est-il déjà arrivé(e) de consommer des substances/drogues illicites ou NPS ?

Oui

Non → **passez à la question 4.41 (Soutien social)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les substances/drogues illicites que vous avez déjà utilisées et l'âge que vous aviez lors de votre première consommation. Si vous ne vous souvenez pas de l'âge exact de votre première consommation, veuillez fournir une estimation.

Substances	En avez-vous déjà consommé ?	À quel âge en avez-vous consommé pour la première fois ?
Cannabis, ha(s)chisch, marijuana	<input type="checkbox"/>	___ ans
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	___ ans
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>	___ ans
Méthamphétamine	<input type="checkbox"/>	___ ans
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	___ ans
Héroïne	<input type="checkbox"/>	___ ans
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	___ ans
LSD, acide, trip	<input type="checkbox"/>	___ ans
Substances volatiles, solvants, colle, spray, gaz hilarant	<input type="checkbox"/>	___ ans
Nouvelles substances / drogues psychoactives (NPS), legal highs, designer drugs	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autres (merci de préciser) : _____	<input type="checkbox"/>	___ ans
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	<input type="checkbox"/>	___ ans

4.38. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consommé des substances/drogues illicites ou NPS?

Oui

Non → **passez à la question 4.41 (Soutien social)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les substances/drogues illicites que vous avez déjà utilisées au cours des 12 derniers mois. Cochez tout ce qui s'applique.

Substances	12 derniers mois
Cannabis, ha(s)chisch, marijuana	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>
LSD, acide, trip	<input type="checkbox"/>
Substances volatiles, solvants, colle, spray, gaz hilarant	<input type="checkbox"/>
Nouvelles substances / drogues psychoactives (NPS), legal highs, designer drugs	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	<input type="checkbox"/>

4.39. Si vous avez utilisé de nouvelles substances psychoactives (NPS) au cours des **12 derniers mois**, quelle était leur apparence/forme ?

Parmi la liste ci-dessous, veuillez indiquer l'/les apparence(s) des nouvelles substances psychoactives que vous avez utilisées (plusieurs réponses possibles).

Apparence(s) des nouvelles substances psychoactives

- Mélange de plantes à fumer, avec effets similaires aux drogues
- Poudres, cristaux ou tablettes, avec effets similaires aux drogues
- Liquides, avec effets similaires aux drogues
- Autres (merci de préciser) : _____

4.40. Au cours des **30 derniers jours**, avez-vous consommé des substances/drogues illicites ou NPS ?

Oui

Non → **prenez la question 4.41 (Soutien social)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les substances/drogues illicites que vous avez consommées et au cours de combien de jours approximativement.

Substances	1-3 jours	4-9 jours	10-19 jours	20 jours ou plus
Cannabis, ha(s)chisch, marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, acide, trip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substances volatiles, solvants, colle, spray, gaz hilarant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelles substances / drogues psychoactives (NPS), legal highs, designer drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soutien social

Les trois questions suivantes concernent vos relations sociales.

- 4.41. Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ?
- Aucune
 - 1 ou 2
 - 3 à 5
 - 6 ou plus
- 4.42. Dans quelle mesure les gens prêtent-ils attention ou s'intéressent-ils à ce que vous faites ?
- Beaucoup d'attention ou d'intérêt
 - Pas mal d'attention ou d'intérêt
 - Ni beaucoup, ni peu d'attention ou d'intérêt
 - Peu d'attention ou d'intérêt
 - Pas du tout d'attention ou d'intérêt
- 4.43. Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins, en cas de besoin ?
- Très facile
 - Facile
 - Possible
 - Difficile
 - Très difficile

Prestations informelles de soins ou d'assistance

Cette section concerne les prestations informelles de soins à des personnes ayant un problème de santé. Exclure tout soin donné dans le cadre de votre profession.

4.44. Est-ce que vous apportez des soins ou de l'assistance à une ou plusieurs personnes souffrant d'un problème dû à l'âge, une maladie chronique ou une infirmité **au moins une fois par semaine** ?

Oui

Non → **Fin du questionnaire**

4.45. S'agit-il d'une (de) personne(s) qui est (sont)... ?

*Cochez la catégorie de personnes à laquelle vous apportez des soins **le plus** fréquemment.*

Membre(s) de votre famille

Une (des) autre(s) personne(s) (non-membre(s) de votre famille)

4.46. Combien d'heures par semaine dédiez-vous au total à cette prestation de soins ou d'assistance?

Moins de 10 heures par semaine

Au moins 10 heures, mais moins de 20 heures par semaine

20 heures ou plus par semaine

Vous avez terminé le questionnaire.

Merci pour votre participation !

