

Enquête de santé 2023 - 2024

Personne sélectionnée

Prénom :

Numéro :

	-	0				-	0				-	0			-	0		
--	---	---	--	--	--	---	---	--	--	--	---	---	--	--	---	---	--	--

Enquêteur - Enquêtrice

Numéro :

--	--	--	--	--

Date de l'enquête :

J	J	-	M	M	-	2	0	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Comment remplir ce questionnaire ? Voici des exemples :

Mettez une croix dans la case qui correspond le mieux à votre réponse, par ex.:

EX.01 Avez-vous reçu la visite d'un(e) enquêteur(-trice) ?

- 1 Oui
2 Non

Ecrivez le nombre/chiffre demandé dans les cases prévues, par ex.:

EX.02 Quand l'enquêteur(-trice) a-t-il (elle) pris contact avec vous pour la première fois ?

Il y a jours

Parfois, selon votre réponse...

* vous serez dirigé(e) vers une sous-question, indiquée par une flèche, par ex.:

EX.03 Avez-vous déjà participé à une de nos enquêtes nationales de santé ?

1 Oui

→ a) Si oui, en quelle année avez-vous participé ?

2 Non

* vous serez dirigé(e) vers une question qui se trouve plus loin dans le questionnaire, indiquée par une flèche rouge, par ex.:

EX.04 Les explications pour remplir l'enquête vous ont-elles parues claires ?

1 Oui

⇒ passez à SH.01 page 3

3 Non

Remarques

Sauf indication contraire, ne cochez qu'une seule case de réponse par question, ensuite passez à la question qui suit directement.

Si vous souhaitez changer votre réponse, mettez une croix dans la nouvelle case et noircissez ou raturez celle qui ne convient plus.

Informations

Pour assurer un lien correct entre ce questionnaire et l'interview, veuillez introduire les informations suivantes :

Votre code postal :

Votre date de naissance : / /

Vous êtes : un homme

une femme

autre

Santé perçue

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

Très bon

Bon

Ni bon, ni mauvais

Mauvais

Très mauvais

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

Oui

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 ?

Oui, sévèrement limité(e)

Oui, limité(e)

Non, pas du tout limité(e)

Stress et bien-être

VT.01 Quel degré de satisfaction éprouvez-vous actuellement à l'égard de votre vie ?

Utilisez cette échelle de 0 à 10, où 0 signifie "pas du tout satisfait(e)" et 10 signifie "totalement satisfait(e)"

– – – – – – – – – – –

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas du tout
satisfait(e)

totalement
satisfait(e)

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

Indiquez votre situation actuelle, pas celle du passé.

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

Au cours de ces dernières semaines...

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

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

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

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

WB.06 Avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir 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 pu apprécier (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 Vous êtes-vous senti(e) 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

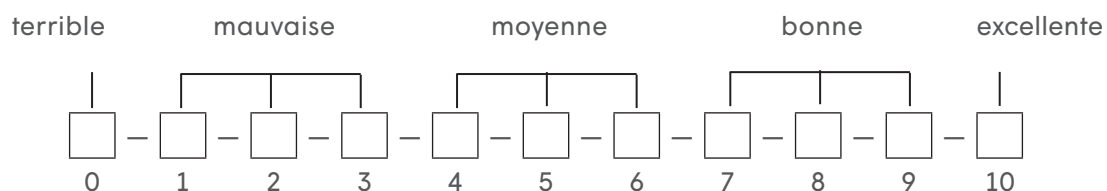
WB.13 Étiez-vous optimiste pour votre avenir ?

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

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

<i>Une croix par ligne</i>	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	En permanence
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"/>

VT.03 Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil au cours de ces 2 dernières semaines ?



DR.01 Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des somnifères ou des anxiolytiques prescrits pour vous par un(e) médecin ?

- 1 Oui
2 Non

DR.02 Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des antidépresseurs prescrits pour vous par un(e) médecin ?

- 1 Oui
2 Non

Manifestations anxieuses ou dépressives

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

<i>Une croix par ligne</i>	Non, pas du tout	Oui, plusieurs jours	Oui, plus de la moitié du temps	Oui, presque 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 du mal à vous endormir, à rester endormi(e), ou alors 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 au contraire, 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, considérer que vous avez échoué ou ne pas vous sentir à la hauteur de vos 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 certaines choses, comme 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 pourraient l'avoir remarqué, 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 n'étiez plus en vie ou songer à vous blesser ou vous faire mal d'une façon ou d'une autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

AD.02 Si vous avez éprouvé une ou des difficultés mentionnées dans la question précédente, vous ont-elles posé problème pour réaliser vos activités au travail, à la maison, ou pour vos relations sociales ?

- 1 Non, pas du tout
- 2 Oui, quelque peu
- 3 Oui, beaucoup
- 4 Oui, énormément
- 5 Pas applicable

AD.03 Avez-vous déjà eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale, psychologique ou émotionnelle ?

- 1 Oui, au cours des 12 derniers mois
- 2 Oui, mais il y a plus de 12 mois
- 3 Non, jamais

⇒ *Passez à SU.01 page 10*

AD.04 Quel type d'aide ou de professionnel de la santé avez-vous sollicité pour les problèmes de santé mentale, psychologique ou émotionnelle ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 Service d'aide spécialisée en ligne ou par téléphone (télé-accueil, SOS suicide...)
- 2 Médecin généraliste
- 3 Psychiatre
- 4 Psychologue ou psychothérapeute
- 5 Service de santé mentale (SSM) ou centre médico-psychologique (CMP)
- 6 Centre d'assistance ambulatoire
- 7 Centre d'accueil et d'aide résidentiel
- 8 Hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général
- 9 Autre professionnel, précisez : _____
- 10 Autre institution de soins, précisez : _____

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

- ¹ Oui
² Non

SU.02 Avez-vous eu de telles pensées au cours des 12 derniers mois ?

- ¹ Oui
² Non

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

- ¹ Oui
² Non

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

- ¹ Oui
² Non

Troubles alimentaires

Une croix par ligne

	Oui	Non
EB.01 Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
EB.02 Redoutez-vous de perdre 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 Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
EB.05 Vous dit-on que vous êtes trop mince, alors que vous pensez être trop gros(se) ?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
EB.06 Avez-vous des crises d'hyperphagie (c.à.d. manger beaucoup plus et plus vite que la plupart des gens en un temps similaire) ?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>

EB.07 En ce moment, essayez-vous de maigrir, de grossir, de maintenir votre poids ou bien cela ne vous préoccupe-t-il pas ?

- ¹ J'essaie de maigrir
² J'essaie de garder le même poids
³ J'essaie de grossir
⁴ Je ne me préoccupe pas de mon poids

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, breezer, liqueur, spiritueux, alcool fort, alcool fait maison...)

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Tous les jours ou presque | } | ⇒ Passez à AL.02 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 5 - 6 jours par semaine | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3 - 4 jours par semaine | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 1 - 2 jour(s) par semaine | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 2 - 3 jours par mois | } | ⇒ Passez à AL.06 page 12 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 1 jour par mois | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Moins d'un jour par mois | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Pas au cours des 12 derniers mois, car je ne bois plus d'alcool | | ⇒ Passez à AL.08 page 13 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Jamais de ma vie, ou pas plus de quelques gorgées | | ⇒ Passez à TA.01 page 15 |

Consommation en semaine (lundi à jeudi)

AL.02 En semaine (lundi à jeudi), sur combien de ces 4 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées ?

- 4 sur **les 4** jours de semaine (lundi à jeudi)
- 3 sur **3** des 4 jours de semaine
- 2 sur **2** des 4 jours de semaine
- 1 sur **1** des 4 jours de semaine
- 0 Je ne bois pas durant la semaine (lundi à jeudi)

AL.03 Lorsque vous consommez un jour de semaine (lundi-jeudi), quelle quantité buvez-vous en moyenne un tel jour ?

Veillez vous référer à des verres standards (picto)

- 7 16 verres ou plus sur un jour de semaine
- 6 10 à 15 verres
- 5 6 à 9 verres
- 4 4 à 5 verres
- 3 3 verres
- 2 2 verres
- 1 1 verre ou moins
- 0 Je ne bois pas en semaine (lundi à jeudi)

Verres standard

-  verre de bière
25cl / 5% = 1 verre st.
-  bière 33cl
5% = 1,5 verres st.
-  demi litre de bière
5% = 2 verres st.
-  bière spéciale 33cl
6% = 1,7 verres st.
8% = 2 verres st.
-  verre de vin
10cl / 12% = 1 verre st.
-  bouteille de vin 75cl
12% = 7,5 verres st.
-  verre de sherry / porto
5cl / 15% = 1 verre st.
-  verre de spiritueux
3,5cl / 35% = 1 verre st.
-  bouteille de spiritueux
1l / 35% = 28,5 verres st.
-  bouteille de mélange
(Breezer et similaire)
5,6 % = 1,25 verres st.

Consommation durant le weekend (vendredi à dimanche)

AL.04 **Le weekend (vendredi à dimanche), sur combien de ces 3 jours consommez-vous généralement des boissons alcoolisées ?**

- sur **les 3** jours du weekend (vendredi à dimanche)
3
- sur **2** des 3 jours du weekend
2
- sur **1** des 3 jours du weekend
1
- Je ne bois pas durant le weekend (vendredi à dimanche)
0

AL.05 **Lorsque vous consommez un jour de weekend (vendredi-dimanche), quelle quantité buvez-vous en moyenne un tel jour ?**

Veillez vous référer à des verres standards (picto)

- 16 verres ou plus sur un jour de weekend
7
- 10 à 15 verres
6
- 6 à 9 verres
5
- 4 à 5 verres
4
- 3 verres
3
- 2 verres
2
- 1 verre ou moins
1
- Je ne bois pas au cours du weekend (vendredi à dimanche)
0

Verres standard

	verre de bière 25cl / 5% = 1 verre st.
	bière 33cl 5% = 1,5 verres st.
	demi litre de bière 5% = 2 verres st.
	bière spéciale 33cl 6% = 1,7 verres st. 8% = 2 verres st.
	verre de vin 10cl / 12% = 1 verre st.
	bouteille de vin 75cl 12% = 7,5 verres st.
	verre de sherry / porto 5cl / 15% = 1 verre st.
	verre de spiritueux 3,5cl / 35% = 1 verre st.
	bouteille de spiritueux 1l / 35% = 28,5 verres st.
	bouteille de mélange (Breezer et similaire) 5,6 % = 1,25 verres st.

Mode de consommation

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

Je bois 6 verres ou plus lors d'une même occasion...

- Tous les jours ou presque
1
- 5 - 6 jours par semaine
2
- 3 - 4 jours par semaine
3
- 1 - 2 jour(s) par semaine
4
- 2 - 3 jours par mois
5
- 1 jour par mois
6
- Moins d'un jour par mois
7
- Pas au cours des 12 derniers mois
8
- Jamais de ma vie
9

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, au cours des 12 derniers mois
- 2 Oui, mais il y a plus de 12 mois
- 3 Non, jamais

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

- 1 Oui, au cours des 12 derniers mois
- 2 Oui, mais il y a plus de 12 mois
- 3 Non, jamais

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

- 1 Oui, au cours des 12 derniers mois
- 2 Oui, mais il y a plus de 12 mois
- 3 Non, jamais

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

- ₁ Oui, au cours des 12 derniers mois
- ₂ Oui, mais il y a plus de 12 mois
- ₃ Non, jamais

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 ?

- ₁ Oui, au cours des 12 derniers mois
- ₂ Oui, mais il y a plus de 12 mois
- ₃ Non, jamais

AL.14 Avez-vous déjà eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes liés à votre consommation d'alcool ?

- ₁ Oui, au cours des 12 derniers mois
- ₂ Oui, mais il y a plus de 12 mois
- ₃ Non, jamais ➔ *Passez à TA.01 page 15*

AL.15 Quel type d'aide ou de professionnel de la santé avez-vous sollicité pour ces problèmes liés à votre consommation d'alcool ?

Plusieurs réponses possibles

- ₁ Services d'aide spécialisée en ligne ou par téléphone (Infor-Drogues, Aide Alcool...)
- ₂ Médecin généraliste
- ₃ Psychiatre
- ₄ Psychologue ou psychothérapeute
- ₅ Service de santé mentale (SSM) ou centre médico-psychologique (CMP)
- ₆ Centre d'assistance ambulatoire
- ₇ Centre d'accueil et d'aide résidentiel
- ₈ Hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général
- ₉ Autre professionnel, précisez : _____
- ₁₀ Autre institution de soins, précisez : _____

Consommation de tabac

Attention : il ne s'agit PAS ici de cigarettes électroniques, mais de cigarettes, cigares, pipes, chichas... classiques !

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

- 1 Oui
- 2 Non ➔ *Passez à EC.01 page 17*

TA.02 À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière ?

J'avais ans

TA.03 Avez-vous fumé, en tout dans votre vie, au moins 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac ?

- 1 Oui
- 2 Non ➔ *Passez à EC.01 page 17*

TA.04 Avez-vous déjà fumé tous les jours durant plus d'une année ?

- 1 Oui
- 2 Non ➔ *Passez à TA.06*

TA.05 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 c'est moins d'une année, inscrivez "0"

TA.06 Fumez-vous actuellement ?

- 1 Oui, tous les jours ➔ *Continuez avec TA.07*
- 2 Oui, occasionnellement ➔ *Passez à EC.01 page 17*
- 3 Non, pas du tout ➔ *Passez à EC.01 page 17*

Fumeurs quotidiens actuels

Ces questions ne s'adressent qu'aux personnes qui fument actuellement tous les jours.
Si vous ne fumez pas tous les jours en ce moment, passez à la question EC.01 page 17.

TA.07 À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement (même si vous avez parfois interrompu) ?

J'avais ans

TA.08 Quelle quantité fumez-vous habituellement chaque jour ?

Plusieurs réponses possibles

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 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.09 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

TA.10 À quel moment 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.11 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous 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 TA.13 page 17*

TA.12

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 particulière
- 2 Recours au service en ligne ou téléphonique "TabacStop"
- 3 Séances individualisées/en groupe avec un(e) tabacologue (pas votre médecin)
- 4 Consultation avec un(e) médecin (pas tabacologue)
- 5 Médicaments sous ordonnance (Zyban, Champix, ...)
- 6 Cigarette électronique (avec ou sans nicotine)
- 7 Tabac chauffé (stylo chauffant un mini stick de tabac)
- 8 Substituts nicotiques (patch, gommes, spray, pastilles, snus, pouches...)
- 9 Accompagnement psychologique
- 10 Acupuncture, hypnose, aromathérapie, kinésiologie...
- 11 Self-help: aide par Internet, brochures, livres...

TA.13

Comptez-vous arrêter de fumer complètement dans les **12 prochains mois** ?

- 1 Oui, certainement
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, pas du tout
- 4 Je ne sais pas

Cigarettes électroniques (e-cigarettes)

Les cigarettes électroniques (e-cigarettes) ou les pipes/cigares/narguilés électroniques, sont des petits appareils alimentés par une batterie qui simulent l'acte de fumer, mais qui chauffent une solution liquide et produisent de la vapeur à la place de la fumée de combustion.

Tous 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 ID.01 page 19

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 ID.01 page 19

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

- 1 Une e-cigarette jetable (non rechargeable)
- 2 Une e-cigarette avec une cartouche pré-remplie ou Pod scellé (à remplacer)
- 3 Une e-cigarette avec un réservoir à remplir soi-même d'e-liquides (cartouche ou Pod rechargeables)
- 4 Un système modulable rechargeable (combinaison personnalisée de différentes parties: batterie, atomiseur, etc.) à remplir soi-même d'e-liquides
- 5 Un appareil qui chauffe plutôt que brûle le tabac, produisant de la vapeur et non de la fumée (cigarette HNB pour tabac chauffé, de type IQOS)
- 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

Consommation de cannabis

ID.01 Vous est-il arrivé de consommer du cannabis (haschisch ou marijuana, aussi connu comme *herbe, shit, joint, kif, beuh...*) ? *Attention : ne rapportez PAS de CBD ici !*

Oui

1

Non

2

⇒ *Passez à ID.07 page 20*

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

J'avais ans

ID.03 Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?

Oui

1

Non

2

⇒ *Passez à ID.07 page 20*

ID.04 Avez-vous consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

Oui

1

Non

2

⇒ *Passez à ID.07 page 20*

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

Tous les jours

1

20 à 29 jours

2

10 à 19 jours

3

4 à 9 jours

4

1 à 3 jour(s)

5

ID.06 Avez-vous déjà essayé d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?

Oui, au cours des 12 derniers mois

1

Oui, mais il y a plus de 12 mois

2

Non, jamais

3

Consommation d'autres substances

ID.07 Avez-vous consommé, ne serait-ce qu'une fois, les substances suivantes et quand les avez-vous prises en dernier lieu ?

<i>Une croix par ligne</i>	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. Hallucinogènes (LSD, champignons magiques, psilos, DMT, mescaline, ayahuasca...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Nouvelles substances psychoactives (NSP), et produits de synthèse, par ex. cannabis de synthèse ('spice'), méphédronne (4-MMC, 3-MMC, 3-CMC), 2C-B, 1p-LSD, 1cP-LSD, méthoxétamine, K24-FA, 4-FA, K2, 25I-NBOMe ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Opioïdes qui n'étaient pas prescrits pour vous (par ex. fentanyl, buprenorphine, oxycodone, codéine, tramadol...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Médicaments psychoactifs qui n'étaient pas prescrits pour vous (par ex. Valium, Relatine / Ritaline, Rohypnol, Temesta...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. CBD ou cannabidiol (attention : il ne s'agit pas du cannabis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Gaz hilarant ou protoxyde d'azote	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ID.08 Avez-vous déjà cherché une aide professionnelle en raison de problèmes liés à votre consommation de substances ?

1 Oui, au cours des 12 derniers mois

2 Oui, mais il y a plus de 12 mois

3 Non, jamais → *Passez à GS.01 page 21*

ID.09

Quel type d'aide ou de professionnel de la santé avez-vous sollicité pour les problèmes liés à votre usage de substances ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 Services d'aide spécialisée en ligne ou par téléphone (Infor-Drogues, Aide Alcool...)
- 2 Médecin généraliste
- 3 Psychiatre
- 4 Psychologue ou psychothérapeute
- 5 Service de santé mentale (SSM) ou centre médico-psychologique (CMP)
- 6 Centre d'assistance ambulatoire
- 7 Centre d'accueil et d'aide résidentiel
- 8 Hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général
- 9 Autre professionnel, précisez : _____
- 10 Autre institution de soins, précisez : _____

Jeux de hasard ou d'argent

Les deux premières questions concernent votre 'exposition' à la publicité et au sponsoring des jeux d'argent, de paris ou de loterie. Les suivantes portent sur votre participation à des jeux de hasard et d'argent.

GS.01 Au cours de ces 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été confronté(e) à des publicités pour des jeux d'argent, de paris ou de loterie via les canaux suivants :

<i>Une croix par ligne</i>	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Environ une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais ou presque jamais
01. À la télévision ? (par ex. dans les publicités, les documentaires ou les films)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
02. Sur les réseaux sociaux ? (par ex. des posts sponsorisés sur Facebook, Instagram, YouTube)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
03. Sur internet ou les applications ? (par ex. des bannières publicitaires sur les sites web)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
04. Par courrier électronique ou par SMS ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
05. Dans les journaux et les revues ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
06. Dans les magasins ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
07. Dans la rue ? (par ex. des panneaux publicitaires dans les abribus)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

GS.02 A quelle fréquence voyez-vous des insignes pour des produits liés aux jeux d'argent (par ex. des logos sur des chemises, des panneaux d'affichage ou drapeaux) lors des activités suivantes :

*Indiquez "non applicable" si vous ne participez pas à ces activités.
Une croix par ligne*

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Non applicable
01. Lors de compétitions sportives	<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. Lors de la couverture médiatique des événements 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
03. Lors de programmes télévisés	<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. Lors des festivals, concerts ou spectacles de théâtre	<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. À l'occasion d'œuvres de charité ou d'activités de bienfaisance	<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. Dans les posts d'influenceurs sur les médias sociaux	<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.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 ?

Oui

Non

⇒ *Passez à ST.01 page 24*

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... ?

*Ne pas inclure les jeux par internet
Une croix par ligne*

	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, Joker+...	<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, Cash, Super 20...	<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> <i>Une croix par ligne</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, Joker+...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
02. Les jeux de grattage en ligne : Win-for-life, Subito, Cash, Super 20...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
03. Le Bingo en ligne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
04. Le poker en ligne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
05. Les machines à sous, jackpot en ligne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
06. Les jeux de casino en ligne : roulette, black jack, dés...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
07. Les paris en ligne aux courses (hippiques ou autres)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
08. Les paris sportifs en ligne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
09. D'autres jeux d'argent en ligne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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) ?

Veuillez préciser : euros par mois

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 ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. D'autres personnes vous ont-elles critiqué ou dit que vous aviez un problème lié au jeu, même si vous ne le pensez pas ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Vous êtes-vous senti(e) coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

Utilisation des écrans

ST.01 **Pendant votre temps libre au cours d'une journée type, combien de temps passez-vous sur les écrans pour les activités suivantes ?**

Tenez compte du temps passé devant les écrans de télévision, d'ordinateurs, des consoles de jeux et jeux vidéo, des smartphones, tablettes et autres appareils mobiles.

Une réponse par ligne

	Heures	Minutes
01. Regarder des programmes télévisés, des vidéos, des films et autres divertissements	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Jouer à des jeux électroniques en ligne ou hors ligne (mais sur écran !)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Aller sur des sites ou applications des réseaux sociaux (par ex. Facebook, WhatsApp, Instagram, Messenger...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Utiliser Internet pour d'autres motifs (par ex. envoi d'e-mails, recherche d'informations, achats en ligne...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Activités physiques de loisir

PA.11 **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 Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine
- 6 Lecture, TV ou autre activité sédentaire

Vie sociale

SO.01 **Comment qualifieriez-vous vos contacts sociaux ?**

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

SO.02 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 Est-il facile pour vous d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins ?

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

SO.06 Dans quelle mesure les propositions suivantes vous correspondent-elles ?

Une croix par ligne

	Oui	Plus ou moins	Non
01. Je ressens un vide autour de moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Il y a assez de gens autour de moi sur qui je peux compter en cas d'ennuis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Je connais beaucoup de gens en qui je peux avoir entièrement confiance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Il y a assez de gens dont je me sens très proche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Cela me manque d'avoir des gens autour de moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Je me sens souvent rejeté(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Préoccupations climatiques

EA.01 Quelle importance accordez-vous personnellement à la question du changement climatique ?

- 1 Enormément d'importance
- 2 Beaucoup d'importance
- 3 Assez d'importance
- 4 Pas trop d'importance
- 5 Pas du tout d'importance

EA.02 Dans quelle mesure êtes-vous inquiet(e) au sujet du changement climatique ?

- 1 Très inquiet(e)
- 2 Assez inquiet(e)
- 3 Peu inquiet(e)
- 4 Pas du tout inquiet(e)

EA.03 Selon vous, dans quelle mesure le changement climatique peut vous nuire personnellement ?

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Faiblement
- 4 Pas du tout
- 5 Je ne sais pas

EA.04 Selon vous, dans quelle mesure le changement climatique peut nuire aux générations futures ?

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Faiblement
- 4 Pas du tout
- 5 Je ne sais pas

EA.05 Quelles émotions, parmi les suivantes, éprouvez-vous face à la question du changement climatique ?

Cochez autant d'émotions qui correspondent

- 1 de l'intérêt
- 2 de la tristesse
- 3 de la peur
- 4 de la colère
- 5 de la culpabilité
- 6 de l'espoir
- 7 de l'impuissance
- 8 de l'indifférence
- 9 de l'anxiété
- 10 de la dépression
- 11 de l'optimisme
- 12 du dégoût
- 13 aucune de ces émotions

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 économiques, de violences physiques (par ex. être poussé, être battu) ou de violences sexuelles (par ex. exhibitionnisme, viol) ?

Oui

Non

⇒ *Passez à RH.01 page 30*

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

Cochez les cases correspondant au type de violence subie et du lieu où c'est 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence verbale ou psychologique				
02. Insultes, moqueries, humiliations, sarcasmes, critiques constantes, brimades, remarques désobligeantes, sexuelles ou racistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Intimidation, menace, harcèlement, chantage, emprise, manipulation, contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Isolement, privation de liberté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence économique				
05. Contrôle des dépenses de la famille, interdiction de travailler, remise des salaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence physique				
06. Être renversé(e) à terre, poussé(e), secoué(e), ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Être battu(e), frappé(e), giflé(e), blessé(e) avec une arme, étranglé(e), ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence sexuelle				
08. Exhibitionnisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Agression sexuelle, rapports sexuels forcés, viol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez été victime de plusieurs faits de violences au cours des 12 derniers mois, veuillez répondre aux questions suivantes en vous référant au **plus grave d'entre eux**.

VI.03 Ces faits de violence vous ont-ils amené à consulter ou contacter un(e) ou plusieurs personnes, instances ou services suivant(e)s ?

Plusieurs réponses possibles

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

VI.04 Il peut arriver que la victime connaisse son agresseur. Dans votre cas, ces faits de violence ont été commis par :

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

Santé et sexualité

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

RH.01 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels, qu'ils soient de type vaginal, anal ou oral ?

Oui

Non

⇒ *Passez à RH.10 page 32*

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

J'avais ans

RH.03 Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

⇒ *Passez à RH.10 page 32*

RH.04 Avec qui avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

Plusieurs réponses possibles

Un(e) partenaire régulier(e)

Plusieurs partenaires régulier(e)s

Un(e) ou des partenaire(s) occasionnel(le)s

Autre, précisez : _____

RH.05 Quel est le sexe de ce(s) partenaire(s) ?

Plusieurs réponses possibles

Homme(s)

Femme(s)

Autre(s), précisez : _____

RH.06 Avez-vous, ou votre partenaire, utilisé un condom ou un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Je ne sais pas

RH.07 Avez-vous déjà passé un test de dépistage des IST (Infections Sexuellement Transmissibles, y compris le VIH) ?

- 1 Oui
 2 Non ⇒ Passez à RH.10 page 32
 3 Je ne sais pas ⇒ Passez à RH.10 page 32

RH.08 Avez-vous fait un test de dépistage des IST suivantes, et quand était la dernière fois ?

<i>Une croix par ligne</i>	Au cours des 12 derniers mois	Il y a plus de 12 mois	Jamais	Je ne sais pas
01. Chlamydia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Gonorrhée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. VIH/SIDA	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

RH.09 Pour quelle raison avez-vous fait votre tout dernier test de dépistage d'une IST ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 Je commençais une nouvelle relation
- 2 Nous voulions arrêter d'utiliser des préservatifs
- 3 Je souhaitais tomber enceinte
- 4 Je pensais que c'était une bonne idée de se faire tester de temps en temps
- 5 J'avais eu des rapports sexuels non protégés
- 6 J'avais eu des rapports sexuels avec une personne atteinte d'une IST/VIH
- 7 J'avais des symptômes physiques
- 8 Un(e) médecin me l'a recommandé
- 9 Je voulais m'assurer que je n'avais pas d'IST/VIH
- 10 J'avais été prévenu(e) par une personne avec qui j'avais eu des rapports sexuels
- 11 Autre, précisez : _____

RH.10 Les 4 énoncés suivants concernent la connaissance du VIH/SIDA. Ces énoncés sont tous vrais, le saviez-vous déjà ?

<i>Une croix par ligne</i>	Je le savais déjà	Je n'en étais pas sûr(e)	Je ne le savais pas encore	Je ne le comprends pas	Je ne le crois pas
01. Le SIDA est causé par un virus appelé le VIH	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
02. Vous ne pouvez pas savoir si une personne est infectée par le VIH en vous fiant à son apparence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
03. Il existe un test médical qui permet de savoir si vous avez le VIH ou non	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
04. Une personne infectée par le VIH qui prend un traitement efficace ne peut pas transmettre le virus durant un rapport sexuel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Informations sur la santé

Il n'est pas toujours facile d'obtenir des informations compréhensibles, fiables et utiles sur la santé. Nous aimerions savoir dans quelle mesure il est facile ou difficile pour vous de trouver et de comprendre telles informations.

HL.01 Est-ce facile ou difficile pour vous ?

Lisez les affirmations suivantes et évaluez-les sur une échelle allant de « très facile » à « très difficile ».

Une croix par ligne	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
01. Je sais où trouver l'aide d'un(e) professionnel(le) (par ex. un(e) médecin, un(e) pharmacien(ne) ou un(e) psychologue) lorsque je suis malade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Je comprends ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Je peux évaluer les risques et bénéfices de différents traitements possibles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Je peux suivre les instructions ou les conseils de mon(ma) médecin ou pharmacien(ne)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Je peux trouver des informations sur comment gérer des problèmes psychologiques tels que le stress ou la dépression	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Je comprends les informations sur les dépistages et examens recommandés tels que le dépistage du cancer colorectal ou le test de glycémie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. Je peux juger de la fiabilité des informations concernant les comportements à risque tels que le tabagisme, le manque d'exercice physique ou la consommation excessive d'alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
08. Je sais prendre des décisions pour me protéger des maladies grâce aux informations disponibles dans les journaux, la télévision ou l'internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Je sais trouver des informations sur un mode de vie sain tel que la pratique d'activité physique ou une alimentation équilibrée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Je comprends les conseils sur la santé donnés par la famille ou les amis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Je comprends comment mes conditions de logement peuvent affecter ma santé et mon bien-être	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Je sais prendre des décisions pour améliorer ma santé et mon bien-être	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

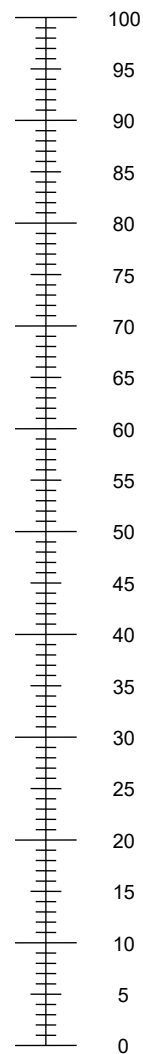
- 1 Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- 2 Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 3 Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- 4 Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 5 Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

QL.06

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

VOTRE SANTÉ AUJOURD’HUI =

La meilleure santé
que vous puissiez
imaginer



La pire santé
que vous puissiez
imaginer

Merci pour votre temps et votre participation !

Vous cherchez de l'aide ?

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

Vous avez des remarques ?

Vous souhaitez des informations ?

SCIENSANO
Enquête de santé 2023
Service d'Épidémiologie et Santé publique
Rue Juliette Wytsman 14
B - 1050 Bruxelles

Lydia Gisle 02/642 57 53

Rana Charafeddine 02/642 57 39

E-mail : his@sciensano.be

web : www.enquetesante.be

