



EHIS



ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES RÉSIDENTS



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé



LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH

ENQUETE SUR LA SANTE DES RESIDENTS

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous remercions de participer à l'enquête sur la santé des résidents (aussi connue comme l'enquête européenne sur la santé)¹.

Cette enquête est organisée par la Direction de la santé en collaboration avec le Luxembourg Institute of Health (LIH). Son objectif est de recueillir des informations sur la santé des résidents du Luxembourg afin de :

- Adapter le système de santé actuel aux besoins réels de la population,
- Évaluer l'impact des politiques de santé,
- Analyser les données nationales de santé au fil du temps et comparer les résultats avec d'autres pays européens.

Une enquête similaire a été réalisée en 2014 et 2019 au Luxembourg. Les résultats sont disponibles sur **sante.lu**².

La population cible de cette enquête inclut les résidents **âgés de 15 ans et plus** vivant dans des **ménages privés**.

Si vous vivez dans une institution ou un foyer collectif (par exemple, hôpital, maison de soins ou résidences, prison, caserne militaires, institution religieuse, internat ou auberge), nous regrettons de vous informer que vous n'êtes pas éligible pour participer à l'enquête.

Cette enquête sur la santé comprend quatre modules : état de santé, utilisation des soins de santé, déterminants de santé et contexte socio-économique.

Ce questionnaire ne comprend pas votre nom, votre date de naissance et votre adresse. Les informations recueillies (sexe, année de naissance, commune de résidence et pays de naissance) ne permettent pas de vous identifier.

Les données de l'enquête seront transmises à Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne, conformément au RÈGLEMENT D'EXÉCUTION (UE) 2023/2529 de la COMMISSION du 17 novembre 2023. Ce règlement précise les éléments techniques du jeu de données, les formats techniques pour la transmission des informations et les arrangements détaillés et le contenu des rapports de qualité sur l'organisation d'une enquête par sondage dans le domaine de la santé, conformément au Règlement

¹ Commission Implementing Regulation (EU) 2023/2529 of 17 November 2023

² <https://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/informations-donnees/ehis.html>

(UE) 2019/1700 du Parlement européen et du Conseil, sur l'Enquête Européenne de Santé par Interview (EHIS).

Après la validation des données par Eurostat, les questionnaires papier ou en ligne complétés seront détruits. Toutefois, les données recueillies à partir des questionnaires seront conservées pendant la durée des vagues EHIS requises par l'Union européenne.

Bien que votre participation à cette enquête soit volontaire, il est extrêmement important pour nous que vous y preniez part afin d'obtenir une image véritablement représentative de la santé au Luxembourg. Plus le nombre de participants est élevé, plus l'ensemble de données sera grand, et plus les résultats seront représentatifs de l'état de santé réel de la population.

Si vous avez des questions concernant la protection des données, ou si vous avez besoin de plus d'informations, veuillez contacter le délégué à la protection des données de la Direction de la santé :

info_donnees@ms.etat.lu

ou

Service protection des données

13a Rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

**PERMISSION DU TUTEUR LEGAL POUR LES MINEURS
DE PARTICIPER A L'ENQUETE**

☐ **Je consens** par la présente, à ce que la personne dont j'exerce le rôle de tuteur légal, participe à l'enquête sur la santé des résidents

☐ **Je ne consens pas** par la présente, à ce que la personne dont j'exerce le rôle de tuteur légal, participe à l'enquête sur la santé des résidents

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 et l'honnêteté de vos réponses, il est donc indispensable que vous réfléchissiez attentivement à chaque question, et que vous choisissiez la réponse la plus appropriée. Avant de répondre, prenez le temps de lire chaque question attentivement et de passer en revue toutes les options disponibles.

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 ce 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 ?

1	6	5
---	---	---

 cm

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

Exemple : 4.18. 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 —> **Passez à la question 4.21**

1. VARIABLES SOCIALES

1.01. Quel est votre sexe (assigné à la naissance) ?

☐ Masculin

☐ Féminin

1.02. Quel est votre identité de genre ?

☐ Homme

☐ Femme

☐ Non-binaire

☐ Autre

☐ Je préfère ne pas répondre

1.03. Quelle est votre année de naissance ?

--	--	--	--

Avez-vous déjà eu votre anniversaire en 2025 ?

☐ Oui

☐ Non

1.04. Dans quelle commune vivez-vous ?

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

1.05. Quel est votre pays de naissance ?

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

*Exemple : si vous vivez avec votre partenaire, indiquez 2 ; si vous vivez seul(e), indiquez 1.
Cependant, si vous partagez un appartement/une maison avec d'autres personnes (qui ne sont pas des membres de votre famille), veuillez ne compter que vous-même pour cette question*

--	--

 personne(s)

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

--	--

 personne(s)

1.12. 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

1.13. 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 1.18

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

Cette question cible le travail rémunéré. Si vous avez plusieurs emplois, considérez celui dans lequel vous travaillez habituellement le plus grand nombre d'heures.

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

- Pas électricien(ne) mais électro-installateur(trice)
- Pas fonctionnaire/employé(e) d'État mais mécanicien(ne) automobile, guichetier(tière) à la poste, enseignant(e)
- Pas informaticien(ne) mais développeur(se), administrateur(trice) réseau, opérateur(trice) « help desk »
- Pas secrétaire mais secrétaire médical(e), secrétaire juridique.

1.15. 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*)
- ☐ Transport 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, télécommunication, 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, agence de publicité, cabinet vétérinaire*)
- ☐ Activités de services administratifs et de soutien (*par exemple : activités de location et de leasing (ex : voiture), agence d'intérim, agence de voyage, société de sécurité privée, société de nettoyage, plateforme d'appels*)
- ☐ Administration publique (*par exemple : Ministères, administrations communales, CNS, police, armée*)
- ☐ Enseignement (*par exemple : écoles, université, auto-école, école 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, bibliothèque, musée, casino, activités sportives*)
- ☐ Autres activités de services (*par exemple : syndicat, 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*)

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

- ☐ Temps plein
- ☐ Temps partiel

1.17. 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))

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

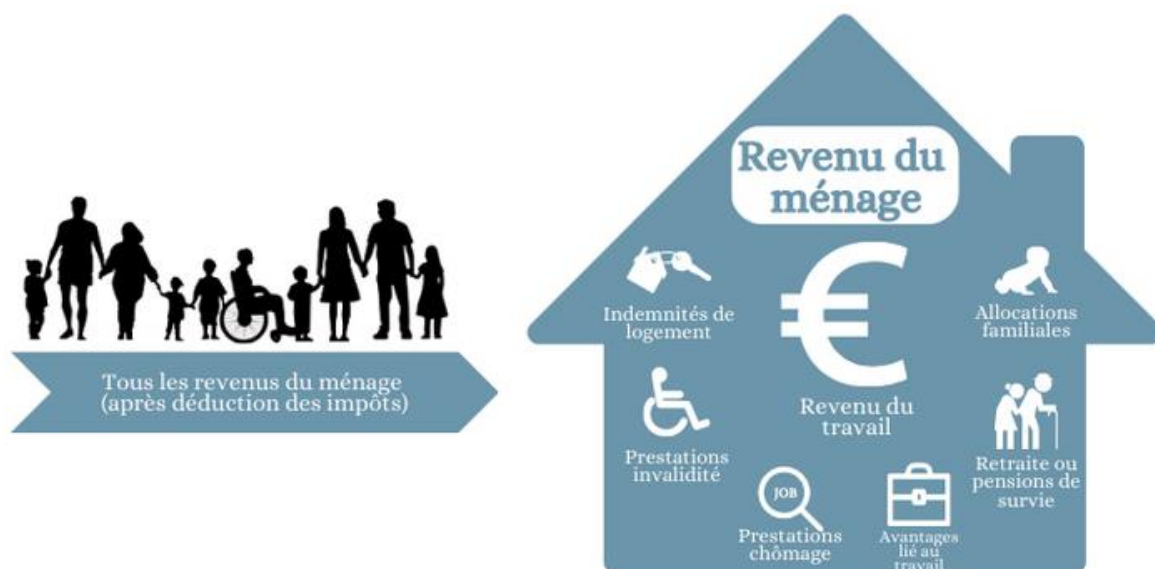
1.18. Quel est le niveau d'éducation ou le diplôme **le plus élevé** que vous avez achevé **avec succès**?

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.

- ☐ **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, CIP, 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)

1.19. Quel est le revenu mensuel net **total 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.



Euros par mois

Si vous ne connaissez pas le montant exact et vous ne pouvez pas en donner une estimation, veuillez sélectionner une tranche :

- ☐ Moins de 1 000 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

1.20. Êtes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?

- ☐ Propriétaire
- ☐ Locataire
- ☐ Autre

1.21. Depuis combien de temps vivez-vous à votre adresse actuelle ?

Choisissez la période la plus appropriée

Jours

Mois

Année(s)

☐ Toute votre vie

1.22. Disposez-vous d'un espace vert (parc, jardin ou espace de verdure) à moins de 5 minutes à pied de votre domicile ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ **Passez à la question 1.25**

1.23. Comment évaluez-vous la qualité des espaces verts dans votre quartier/village ?

- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Ni bonne ni mauvaise
- ☐ Mauvaise
- ☐ Très mauvaise

1.24. Au cours de la semaine dernière, combien de jours et d'heures avez-vous passé dans un parc, un jardin, une voie verte ou un autre espace vert pendant votre temps libre ?

jour(s)

heure(s) par semaine

1.25. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Votre quartier/village connaît une circulation très dense	☐	☐	☐	☐	☐
Il y a beaucoup de bruits dans votre quartier/village	☐	☐	☐	☐	☐
La violence est un problème dans votre quartier/village	☐	☐	☐	☐	☐
Votre quartier/village dispose d'un large éventail de magasins de fruits et légumes	☐	☐	☐	☐	☐
Des personnes d'origines et de cultures différentes se mélangent bien dans votre quartier/village	☐	☐	☐	☐	☐
On peut se promener en toute sécurité la nuit dans votre quartier/village	☐	☐	☐	☐	☐
Vous pouvez influencer les décisions qui concernent votre quartier/village	☐	☐	☐	☐	☐

1.26. Au cours des **12 derniers mois**, sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure les bruits suivants vous ont-ils dérangé lorsque vous étiez dans votre logement ?

De 0 = "pas du tout gêné(e)" à 10 = "extrêmement gêné(e)"

	Pendant la journée											Pendant la nuit , pendant vos heures habituelles de sommeil										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trafic routier (voitures, bus, camions, motos, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trafic aérien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trafic ferroviaire (y compris le tram)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Construction	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Industrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre source de bruit Veuillez préciser :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.27. Combien de nuit(s) par mois vous réveillez-vous généralement à cause du bruit ?

Mettez 0 si le bruit ne vous réveille jamais la nuit

nuit(s)

1.28. Dans quelle mesure vous sentez-vous gêné(e) ou non par les facteurs environnementaux suivants sur votre lieu de résidence ?

	Pas du tout gêné(e)	Légèrement gêné(e)	Modérément gêné(e)	Fortement gêné(e)	Très fortement gêné(e)
Mauvaises odeurs provenant des industries ou d'autres sources (égouts, déchets, fumier)	☐	☐	☐	☐	☐
Particules fines, poussières provenant de l'industrie	☐	☐	☐	☐	☐
Particules fines, poussières provenant d'un chantier de construction	☐	☐	☐	☐	☐
Particules fines ou odeurs provenant de la cheminée d'un voisin	☐	☐	☐	☐	☐
Gaz d'échappement du trafic routier	☐	☐	☐	☐	☐
Pesticides provenant de l'agriculture ou de la viticulture intensive	☐	☐	☐	☐	☐

1.29. Comment évaluez-vous votre risque de problèmes de santé personnels lors des vagues de chaleur ?

- ☐ Très faible
- ☐ Faible
- ☐ Modéré
- ☐ Fort
- ☐ Très fort

1.30. Avez-vous de la moisissure dans votre logement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, où se trouve-t-elle ? (Vous pouvez sélectionner plusieurs réponses)

- ☐ Au sous-sol
- ☐ Dans la salle de bain (sur le mur, pas seulement sur les joints)
- ☐ Dans la cuisine
- ☐ Dans la chambre
- ☐ Dans le salon
- ☐ Ailleurs, veuillez spécifier : _____

1.31. Avez-vous ressenti des symptômes dans votre logement que vous ne ressentez pas dans d'autres bâtiments ?

Par exemple, des maux de tête, le nez bouché ou qui coule, la peau sèche ou qui démange, les yeux ou la gorge secs ou douloureux, une toux ou respiration sifflante, des éruptions cutanées, de la fatigue et des difficultés de concentration

- ☐ Oui
- ☐ Non

2. ETAT DE SANTE

Le chapitre suivant concerne votre santé.

2.01. Comment est votre état de santé en général ?

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ 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**

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

2.05. Au cours des **2 dernières semaines**,

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	Parfois	Jamais
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me suis sentie(e) calme et tranquille	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Maladies et états chroniques

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

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Ni bon, ni mauvais
- ☐ Mauvais
- ☐ Très mauvais

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

Asthme (y compris asthme allergique)	☐ Oui ☐ Non
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème	☐ Oui ☐ Non
Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou conséquences chroniques d'un infarctus du myocarde	☐ Oui ☐ Non
Maladie coronarienne ou angine de poitrine	☐ Oui ☐ Non
Tension artérielle élevée (hypertension)	☐ Oui ☐ Non
Accident vasculaire cérébral (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale) ou conséquences chroniques d'un accident vasculaire cérébral	☐ Oui ☐ Non
Arthrose (arthrite exclue)	☐ Oui ☐ Non
Trouble ou affection chronique du dos ou du bas du dos	☐ Oui ☐ Non
Trouble ou affection chronique de la nuque	☐ Oui ☐ Non
Diabète	☐ Oui ☐ Non
Allergies (hors asthme d'origine allergique) <i>Exemples : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire</i>	☐ Oui ☐ Non
Incontinence urinaire, problèmes pour contrôler sa vessie	☐ Oui ☐ Non
Problèmes rénaux	☐ Oui ☐ Non
Dépression	☐ Oui ☐ Non
Taux de cholestérol ou de lipides élevés dans le sang	☐ Oui ☐ Non
Cancer <i>Prenez en compte les nouveaux diagnostics, si vous avez reçu un traitement contre le cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie ...), ou si vous avez effectué des examens pour surveiller un cancer</i>	☐ Oui ☐ Non

Accidents et blessures

- 2.08. 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 ☐ Oui ☐ Non

Accident domestique ☐ Oui ☐ Non

Accident pendant les loisirs (*hors accident à domicile*) ☐ Oui ☐ Non

Accident du travail ☐ Oui ☐ Non

Absence au 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 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 ?

jour(s)

- 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 jour(s) est-ce arrivé au cours des 12 derniers mois ?

jour(s)

☐ 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 → **Passez à la question 2.14**

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 → **Passez à la question 2.16**

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 ?	☐	☐	☐	☐
...dans une pièce plus bruyante ?	☐	☐	☐	☐

2.16. Avez-vous des difficultés pour ...

	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne le peux pas du tout / Incapable de le faire
... marcher un demi kilomètre (500 mètres) sur un terrain plat sans aide ? <i>(cela correspond à la longueur de 5 terrains de football)</i>	☐	☐	☐	☐
... monter ou descendre 12 marches d'escalier ? <i>(cela correspond à un demi-étage)</i>	☐	☐	☐	☐
... vous souvenir ou vous concentrer ?	☐	☐	☐	☐
... communiquer en utilisant votre langue habituelle ? <i>(Incluez la compréhension ou le fait d'être compris, excluez les difficultés de compréhension ou de communication dues à une langue non native ou inconnue)</i>	☐	☐	☐	☐
... croquer et mâcher des aliments durs comme une pomme ferme ?	☐	☐	☐	☐

Activités de soins personnels

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

2.17. 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	☐	☐	☐	☐
Vous coucher et vous lever du lit ou vous asseoir et vous relever d'une chaise	☐	☐	☐	☐
Vous habiller et vous déshabiller	☐	☐	☐	☐
Utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐
Prendre un bain ou une douche	☐	☐	☐	☐



**Si vous avez répondu AUCUNE DIFFICULTE
à TOUTES les questions,
passez à la question 2.20 (Activités domestiques)**

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

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

- ☐ Oui, au moins pour une activité
- ☐ Non

2.19. 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.

2.20. 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	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer la prise des médicaments	☐	☐	☐	☐	☐
Tâches ménagères légères (faire le lit, la vaisselle...)	☐	☐	☐	☐	☐
Tâches ménagères lourdes occasionnelles (nettoyer les fenêtres, porter des courses lourdes...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer les finances et les tâches administratives quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu AUCUNE DIFFICULTE ou JAMAIS ESSAYE / PAS BESOIN DE LE FAIRE à TOUTES les questions, passez à la question 2.23 (Obstacles à la participation à certains domaines spécifiques de la vie)

Pensez à toutes ces activités domestiques de votre vie quotidienne 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

Obstacles à la participation à certains domaines spécifiques de la vie

Les questions suivantes portent sur les restrictions de participation dues à un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une affection qui dure depuis au moins 6 mois).

2.23. En raison de votre (vos) **maladie(s), ou problème(s) de santé de longue durée**, avez-vous habituellement des difficultés pour ...

	Pas d'intérêt pour cette activité / Ne veut pas le faire	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne peux pas du tout / incapable de le faire
... quitter votre domicile (c'est-à-dire sortir dans la rue)	☐	☐	☐	☐	☐
... utiliser divers moyens de transport (comme par exemple la voiture, le bus, le train, le car, le taxi)	☐	☐	☐	☐	☐
... accéder aux bâtiments publics, y compris pour se déplacer une fois à l'intérieur et pour utiliser les installations intérieures des bâtiments	☐	☐	☐	☐	☐
... participer à des activités sociales telles que des réunions avec la famille ou des amis, des dîners, des événements sociaux	☐	☐	☐	☐	☐
... utiliser l'internet	☐	☐	☐	☐	☐

Douleur

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

2.24. Au cours des **4 dernières semaines**, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- ☐ Aucune
- ☐ Très faible
- ☐ Faible
- ☐ Modérée
- ☐ Forte
- ☐ Très forte

2.25. 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.

2.26. 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	☐	☐	☐	☐
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	☐	☐	☐	☐
Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	☐	☐	☐	☐
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	☐	☐	☐	☐
Avoir peu d'appétit ou manger trop	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐

2.27. Avez-vous **déjà** fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui, dans les 12 derniers mois
- ☐ Oui, il y a plus de 12 mois
- ☐ Non

→ **Passez à la question 3.01**

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ **Passez à la question 3.01**

2.29. Avez-vous consulté un professionnel de santé pour cette problématique ?

- ☐ 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 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 nuit(s) au cours des **12 derniers mois** ?

 nuit(s)

☐ 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

Les prochaines questions portent sur les consultations chez un **médecin spécialiste** ou un **chirurgien**. Tenez également compte des consultations à l'hôpital ou dans un service d'urgences comme patient externe, mais n'incluez pas les 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

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

- ☐ 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, chiropracteur ou ostéopathe	☐ Oui ☐ Non
Orthophoniste	☐ Oui ☐ Non
Psychologue, psychiatre ou psychothérapeute	☐ Oui ☐ Non

La question suivante porte sur les **soins ou l'assistance informels**

- 3.13. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous reçu des soins ou une aide non rémunérée de la part d'un membre de votre famille, de votre partenaire, d'un ami ou d'un voisin en raison d'un problème de santé de longue date ou de votre âge, au moins une fois par semaine ?

Veillez inclure toute aide ou assistance pour les soins personnels et les activités ménagères, ainsi que la compagnie et le soutien émotionnel

- ☐ Oui, principalement de la part d'un membre de la famille
- ☐ Oui, principalement de la part d'un tiers qui ne fait pas partie de la famille
- ☐ 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.

- 3.14. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous utilisé ou reçu pour vous-même des services de soins à domicile fournis par des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux, au moins une fois par semaine ?

- ☐ Oui
- ☐ Non **→ Passez à la question 3.16 (Consommation de médicaments)**

- 3.15. Combien d'heures par semaine recevez-vous des soins ou de l'aide de la part d'un professionnel de la santé ou d'un personnel soignant ?

- ☐ Moins de 5 heures par semaine
- ☐ De 5 heures à moins de 10 heures par semaine
- ☐ De 10 heures à moins de 20 heures par semaine
- ☐ De 20 heures à moins de 30 heures par semaine
- ☐ De 30 heures à moins de 40 heures par semaine
- ☐ 40 heures ou plus par semaine

Consommation de médicaments

- 3.16. Au cours des **2 dernières semaines**, avez-vous pris des médicaments qui vous ont été prescrits par un médecin ?

Veillez exclure les pilules contraceptives ou les hormones utilisées uniquement à des fins de contraception.

- ☐ Oui
☐ Non

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

Veillez exclure les pilules contraceptives ou les hormones utilisées uniquement à des fins de contraception.

- ☐ Oui
☐ Non

Services préventifs

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

		/				
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mois Année

- ☐ Il y a longtemps (avant l'année passée)
☐ Jamais

- 3.19. 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 ?	☐	☐	☐	☐	☐
...de votre taux de cholestérol ?	☐	☐	☐	☐	☐
...de votre taux de sucre dans le sang (glycémie) ?	☐	☐	☐	☐	☐

3.20. 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

3.21. 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

La prochaine question concerne la **santé des femmes**.



3.22. 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) ?	☐	☐	☐	☐	☐
...un frottis vaginal du col de l'utérus ?	☐	☐	☐	☐	☐

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.

3.23. 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	☐	☐	☐
La distance ou le transport était problématique	☐	☐	☐

3.24. 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	☐	☐	☐
Examen ou traitement dentaire	☐	☐	☐
Médicaments prescrits par un médecin	☐	☐	☐

3.25. Au cours **des 12 derniers mois**, vous est-il arrivé d'avoir besoin d'une consultation ou d'un traitement de santé mentale (par un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre, par exemple) pour vous-même ?

☐ Oui (vraiment besoin)

☐ Non (aucun besoin)



Passez à la question 4.01

3.26. Avez-vous bénéficié d'une consultation ou d'un traitement en santé mentale chaque fois que vous en aviez vraiment besoin ?

☐ Oui (chaque fois que j'en ai eu besoin)

☐ Non (il y a eu au moins une occasion)



Passez à la question 4.01

3.27. Quelle est la principale raison de l'absence de consultation ou de traitement en matière de santé mentale ?

☐ N'en avait pas les moyens (trop cher ou non couvert par la sécurité sociale)

☐ Liste d'attente, pas de lettre d'adressage

☐ N'en avait pas le temps en raison du travail, des enfants ou pour d'autres raisons

☐ Trop éloigné/pas de moyens de transport

☐ Inquiétudes concernant la confidentialité et la confiance

☐ Craintes des réactions ou des commentaires négatifs de la famille, des amis ou des collègues

☐ Craintes de la consultation ou du traitement (par exemple, peur d'un résultat négatif ou peur des effets secondaires des médicaments)

☐ Ne sait pas où chercher de l'aide

☐ Autre raison

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**.*

Pour la question suivante, pensez au temps que vous passez à exercer votre activité principale (travail).

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 avez mentionnée dans la question 4.03. Maintenant nous aimerions vous poser des questions sur la manière dont vous vous déplacez habituellement pour vous rendre et revenir de différents endroits. Par exemple : pour aller au travail, à l'école, faire des courses 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 ?

jour(s) ➔ 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, 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, vélos électriques etc.*

jour(s)



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 mentionnées à la question 4.03. 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 ?

jour(s)



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

Heure(s)

Minute(s)

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

Cette question 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.

jour(s)

- 4.11. Combien de temps passez-vous en position assise ou allongée au cours d'une **journée** normale ?

*Cette question concerne le temps passé en position assise au travail, à la maison, pour se déplacer, ou entre amis(es), y compris le temps passé assis à un bureau, assis avec des amis(es), 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.***

- ☐ 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, séchés, 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 / jour

Une portion de fruits :



1 POMME



3 ABRICOTS



7 FRAISES



1 PETITE
SALADE DE FRUITS



1/2 PAMPLEMOUSSE



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

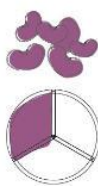
☐ 4 à 6 fois par semaine

☐ Au moins 1 fois par jour → Indiquer le nombre de portions : portions / jour

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 ...

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	Au moins une fois par jour
... 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 ?	☐	☐	☐	☐	☐
... buvez-vous des boissons non alcoolisées sucrées, par exemple de la limonade ou du cola ? (Excluez les boissons artificiellement sucrées ou light)	☐	☐	☐	☐	☐
... mangez-vous de la viande rouge, comme le bœuf, le veau, le porc, l'agneau ? (Veuillez tenir compte de la viande hachée et des préparations à base de viande)	☐	☐	☐	☐	☐
... mangez-vous des produits transformés à base de viande tels que le salami, les saucisses, les hot-dogs ?	☐	☐	☐	☐	☐

Tabagisme

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

4.15. Fumez-vous du tabac (à l'exclusion des produits de tabac chauffé, de la cigarette électronique ou d'autre dispositif électronique) ?

☐ Oui, tous les jours

☐ Oui, occasionnellement

☐ Non, pas du tout



Passez à la question 4.18

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

☐ Oui

☐ Non



Passez à la question 4.19

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

cigarette(s) (roulées ou en paquet)



Passez à la question 4.19

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

☐ Oui

☐ Non



Passez à la question 4.20

4.19. 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.

année(s)

4.20. 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

- 4.21. Utilisez-vous actuellement des produits de tabac chauffé (par exemple, des bâtonnets de tabac ou des produits utilisant du tabac en feuilles) ?
- ☐ Oui, quotidiennement
 - ☐ Oui, occasionnellement
 - ☐ Non, mais je les ai utilisés dans le passé
 - ☐ 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
 - ☐ Non, mais 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 4.33

(Utilisation non médicale de médicaments sur ordonnance)

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

... eu des remarques au sujet de votre consommation de votre entourage ?

☐ Oui ☐ Non

... déjà ressenti de la culpabilité ou un malaise au sujet de votre consommation ?

☐ Oui ☐ Non

... déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ?

☐ Oui ☐ Non

4.27. 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

4.28. 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



4.29. 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

4.30. 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

4.31. 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

4.32. 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

Utilisation non médicale de médicaments sur ordonnance

Les questions suivantes concernent les médicaments délivrés exclusivement en pharmacie sur prescription médicale. Un usage non médical de médicaments sur ordonnance fait référence à :

- l'utilisation sans prescription médicale personnelle (par exemple, obtenue auprès d'un ami(e), d'un membre de la famille ou d'une autre personne) ;
- l'utilisation avec une prescription personnelle d'un médecin, mais sans indication médicale justifiant cet usage, ou plus nécessairement ;
- l'utilisation ne suivant pas la prescription médicale (par exemple, à des doses plus importantes, pendant une durée plus longue ou à des fins différentes de celles prescrites).

Ces questions concernent l'usage non médical de médicaments prescrits ayant des effets psychoactifs (tels que les benzodiazépines, opioïdes, psychostimulants, antiépileptiques ou cannabis médical). Veuillez ne pas considérer les médicaments sur ordonnance sans effets psychoactifs (par exemple, les médicaments contre le diabète ou le cholestérol).

4.33. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous utilisé l'un des médicaments sur ordonnance suivants à des fins non médicales ?

☐ Oui

☐ Non



Passez à la question 4.36 (Substances licites/illicites)

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les médicaments sur ordonnance que vous avez utilisés à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois. Cochez tout ce qui s'applique

Médicaments sur ordonnance

Utilisé au cours des
12 derniers mois

Benzodiazépines et médicaments apparentés : *utilisés dans le traitement des troubles du sommeil et de l'anxiété. Exemples :*

- Anxiolytiques : diazépam (Valium®), lorazépam (Temesta®), bromazépam (Lexotan®), alprazolam (Xanax®), clorazépat (Tranxene®), clonazépam (Rivotril®), nordazépam (Calmday®), oxazépam (Oxazepam EG®), ...
- Hypnotiques et sédatifs, par exemple : zopiclone (Imovane®), zolpidem (Stilnoct®), lormétazépam (Loramet®), ...

☐

Opioïdes : *analgésiques puissants. Exemples :*

- Oxycodone (Oxycontin®, OxyNorm®), oxycodone/naloxone (Targinact®), fentanyl (Matrifen®, Durogesic®), ...
- Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracétamol (Zaldiar®), ...
- Codéine/paracétamol (Algisedal®, Dafalgan codéine®), codéine/ibuprofène (Brufen codéine®), ...
- Buprénorphine (Subutex®), méthadone (Mephenon®), ...

☐

Opioïdes : *pour soulager la toux. Exemples :*

- Sirops contre la toux contenant de la codéine (Bronchosedal codéine®, Neo-codion®, Toularynx codéine®), ...
- Comprimés contre la toux contenant de la codéine (Neo-codion®), ...

☐

Psychostimulants : *utilisés par exemple pour les troubles de l'attention, pour perdre du poids ou pour rester éveillé. Exemples :*

- Méthylphénidate (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...

☐

Antiépileptiques : *utilisés pour prévenir ou traiter les crises d'épilepsie ou les convulsions en contrôlant l'activité électrique anormale dans le cerveau (associée par exemple à l'épilepsie). Exemple :*

- Prégabaline (Lyrica®), ...

☐

Cannabis médical : *utilisé par exemple pour soulager les douleurs chroniques sévères dues au cancer ou à la sclérose en plaques. Exemples :*

- Solution orale/liquide et/ou spray buccal contenant du CBD ou du CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®).

☐

4.34. Pourquoi avez-vous utilisé les médicaments prescrits mentionnés ci-dessus à des fins non médicales ?

Plusieurs réponses possibles : cochez toutes celles qui s'appliquent

- ☐ Pour réduire la douleur/l'inflammation/la toux
- ☐ Pour améliorer le sommeil
- ☐ Pour gérer des sentiments de dépression ou d'anxiété
- ☐ Pour faire face au stress
- ☐ Pour gérer les symptômes de sevrage et/ou les sensations de manque
- ☐ Pour gérer ou équilibrer les effets d'autres substances
- ☐ Pour intensifier l'effet d'un médicament prescrit (en prenant une dose supérieure à celle recommandée) parce que la dose prescrite par un médecin ne me semble pas adéquate/suffisante
- ☐ Pour modifier mon état d'esprit ou de conscience / pour planer
- ☐ Pour expérimenter
- ☐ Pour faire face à la vie quotidienne
- ☐ Pour augmenter la productivité au travail et/ou dans les études
- ☐ Pour faciliter l'interaction sociale
- ☐ Autre (veuillez préciser): _____

4.35. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous utilisé l'un des médicaments sur ordonnance suivants à des fins non médicales ?

☐ Oui

☐ Non

→ **Passez à la question 4.36 (Substances licites/illicites)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les médicaments sur ordonnance que vous avez utilisés au cours des 30 derniers jours et le nombre approximatif de jours pendant lesquels vous les avez utilisés. Cochez toutes les cases correspondantes

Médicaments sur ordonnance	1-3 jours	4-9 jours	10-19 jours	20 jours ou plus
Benzodiazépines et médicaments apparentés : utilisés dans le traitement des troubles du sommeil et de l'anxiété. Exemples :				
- Anxiolytiques : diazépam (Valium®), lorazépam (Temesta®), bromazépam (Lexotan®), alprazolam (Xanax®), clorazépat (Tranxene®), clonazépam (Rivotril®), nordazépam (Calmday®), oxazépam (Oxazepam EG®), ...	☐	☐	☐	☐
- Hypnotiques et sédatifs, par exemple : zopiclone (Imovane®), zolpidem (Stilnoct®), lormétazépam (Loramet®), ...				
Opioides : analgésiques puissants. Exemples :				
- Oxycodone (Oxycontin®, OxyNorm®), oxycodone/naloxone (Targinact®), fentanyl (Matrifen®, Durogesic®), ...				
- Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracétamol (Zaldiar®), ...	☐	☐	☐	☐
- Codéine/paracétamol (Algisedal®, Dafalgan codéine®), codéine/ibuprofène (Brufen codéine®), ...				
Buprénorphine (Subutex®), méthadone (Mephenon®), ...				
Opioides : pour soulager la toux. Exemples :				
- Sirops contre la toux contenant de la codéine (Bronchosedal codéine®, Neo-codion®, Toularynx codéine®), ...	☐	☐	☐	☐
- Comprimés contre la toux contenant de la codéine (Neo-codion®), ...				
Psychostimulants : utilisés par exemple pour les troubles de l'attention, pour perdre du poids ou pour rester éveillé. Exemples :	☐	☐	☐	☐
- Méthylphénidate (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...				
Antiépileptiques : utilisés pour prévenir ou traiter les crises d'épilepsie ou les convulsions en contrôlant l'activité électrique anormale dans le cerveau (associée par exemple à l'épilepsie). Exemple :	☐	☐	☐	☐
- Prégabaline (Lyrica®), ...				
Cannabis médical : utilisé par exemple pour soulager les douleurs chroniques sévères dues au cancer ou à la sclérose en plaques. Exemples :	☐	☐	☐	☐
- Solution orale/liquide et/ou spray buccal contenant du CBD ou du CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®).				

Substances licites/illicites

Ce chapitre concerne exclusivement la consommation de cannabis, de substances licites/illicites, et/ou de nouvelles substances/drogues psychoactives (NPS, définition dans le tableau ci-dessous). Veuillez noter que la consommation de cannabis ou produits pharmaceutiques à base de cannabis **prescrits par un médecin** (pour un usage thérapeutique) ainsi que la consommation de CBD / de produits à faible teneur en THC (THC<1) **ne doivent pas être rapportées** ici.

Le tableau ci-dessous vous indique les synonymes et noms en argot utilisés pour les différentes substances, ainsi que la définition des NPS.

Tabac	Cigarettes en paquet, roulées, pipe, cigares, produits de tabac chauffé, shisha, snus, tabac à chiquer
Cannabis – Herbe	Marijuana, weed, herbe, pot, beuh, dope, chanvre, Marie-Jeanne, ganja, kaya, qual, oinj, joint, bédó, pétard, chichon, kush, teush, spliff, pet', zeb
Cannabis – Résine	Hashish, hash, shit, chocolate, kush
Ecstasy/MDMA	X, Ecsta, E, Jeton, Adam, Eve, MDAM, MD, pillule, taz, Emma, d'autres noms spécifiques au logo imprimé sur les pilules, Ex, XTC, Molly
Amphétamines	Amphètes, speed, stimulant, pep, amphé, crank
Méthamphétamine	Meth, Crystal, Crystal Meth, Krystal Glass, Christina, Tina, Cris, Chalk Ice, Yabaa, speed, Crank, Glass, Shabu
Cocaïne	C, coke, coco, cokie, neige, poudre, blanche, poudre blanche, cola, CC, Caroline
Héroïne	H, héro, schnouffe, cheval, diamorphine, la came, brune, poudre, smack
Champignons hallucinogènes	Buttons, psilos, shrooms, champignons, champignons magiques, mush, champi
LSD	Buvard, trip, acide, Lucy, peutri, ace, carton, toncar, micropointe
Oxyde nitreux/ Protoxyde d'azote	Gaz hilarant, proto, ballons, Bonbonne
Substances volatiles ou inhalables	Solvants, glue, Poppers (wesh cousin, rush)
Kétamine	Cat, K, Kit Kat, purple, kéta, special K, cheval, kéké, ké, poney, Kate
Nouvelles substances / drogues psychoactives (NPS)	Substances/produits (vendus légalement et/ou illégalement) censés imiter les effets de différents types de drogues contrôlées/illégalles. Les nouvelles substances psychoactives existent sous différentes formes (poudres, pilules, comprimés, liquides, herbes, etc.) et sont également connues sous les noms suivants : NSP, drogues légales, drogues de synthèse, drogues intelligentes, drogues à base de plantes, sels de bain, produits chimiques de recherche... Exemples de types de NSP : cannabinoïdes synthétiques (par exemple Spice), cathinones synthétiques (par exemple méphédronne, 3-MMC, 3-CMC, sels de bain), opioïdes synthétiques (par exemple fentanyl...)

4.36. **Durant votre vie**, avez-vous déjà consommé du cannabis, des substances licites/illicites ou des NPS, ne serait-ce qu'une fois ?

☐ Oui

☐ Non → **passez à la question 4.40 (Soutien social)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les substances que vous avez déjà consommées 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 ?
Tabac	☐	____ ans
Cannabis - Herbe	☐	____ ans
Cannabis - Résine	☐	____ ans
Ecstasy/MDMA	☐	____ ans
Amphétamines	☐	____ ans
Méthamphétamine	☐	____ ans
Cocaïne	☐	____ ans
Héroïne	☐	____ ans
Champignons hallucinogènes	☐	____ ans
LSD	☐	____ ans
Oxyde nitreux/ Protoxyde d'azote	☐	____ ans
Substances volatiles ou inhalables	☐	____ ans
Kétamine	☐	____ ans
Nouvelles substances / drogues psychoactives	☐	____ ans
Autres (veuillez préciser) : _____	☐	____ ans
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	☐	____ ans

4.37. **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous consommé du cannabis, des substances licites/illicites ou des NPS ?

☐ Oui

☐ Non → **passez à la question 4.40 (Soutien social)**

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

Substances	Lors des 12 derniers mois
Tabac	☐
Cannabis – Herbe	☐
Cannabis – Résine	☐
Ecstasy/MDMA	☐
Amphétamines	☐
Méthamphétamine	☐
Cocaïne	☐
Héroïne	☐
Champignons hallucinogènes	☐
LSD	☐
Oxyde nitreux/ Protoxyde d'azote	☐
Substances volatiles ou inhalables	☐
Kétamine	☐
Nouvelles substances / drogues psychoactives	☐
Autres (veuillez préciser) : _____	☐
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	☐

4.38. Au cours des **30 derniers jours**, avez-vous consommé du cannabis, des substances licites/illicites ou des NPS ?

☐ Oui

☐ Non → **Passez à la question 4.40 (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
Tabac	☐	☐	☐	☐
Cannabis - Herbe	☐	☐	☐	☐
Cannabis - Résine	☐	☐	☐	☐
Ecstasy/MDMA	☐	☐	☐	☐
Amphétamines	☐	☐	☐	☐
Méthamphétamine	☐	☐	☐	☐
Cocaïne	☐	☐	☐	☐
Héroïne	☐	☐	☐	☐
Champignons hallucinogènes	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Oxyde nitreux/ Protoxyde d'azote	☐	☐	☐	☐
Substances volatiles ou inhalables	☐	☐	☐	☐
Kétamine	☐	☐	☐	☐
Nouvelles substances / drogues psychoactives	☐	☐	☐	☐
Autres (veuillez préciser) : _____	☐	☐	☐	☐
Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e) des drogues que j'ai consommées	☐	☐	☐	☐

4.39. Avez-vous déjà consommé du cannabis, une substance illicite ou une NPS **avec** une autre substance licite/illicite (par exemple, de l'alcool, des médicaments délivrés sur ordonnance) en même temps ou en l'espace de quelques heures dans l'intention de superposer leurs effets (par exemple, les amplifier, les moduler ou les réduire)?

Par médicaments délivrés sur ordonnance, on entend les médicaments délivrés en pharmacie sur prescription médicale et ayant un effet psychoactif (par exemple, benzodiazépines, opioïdes, psychostimulants, antiépileptiques).

☐ Oui

☐ Non → **Passez à la question 4.40 (Soutien social)**

Si oui, veuillez indiquer dans la liste ci-dessous les combinaisons de substances que vous avez consommées au cours de votre vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours.

Substances	Utilisées au cours de la vie	Utilisées pendant les 12 derniers mois	Utilisées pendant les 30 derniers jours
Cannabis (herbe, résine ou autre) et alcool	☐	☐	☐
Cannabis (herbe, résine ou autre) et drogues illicites	☐	☐	☐
Cannabis (herbe, résine ou autre) et médicaments sur ordonnance	☐	☐	☐
Drogues illicites et alcool	☐	☐	☐
Drogues illicites et médicaments sur ordonnance	☐	☐	☐
Autres combinaisons: _____ et _____	☐	☐	☐

Soutien social

Les questions suivantes concernent vos relations sociales.

4.40. 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

4.41. 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

4.42. 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.

4.43. 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 (à l'exclusion des soins fournis dans le cadre de votre profession), **au moins une fois par semaine** ?

☐ Oui

☐ Non

—————> **Fin du questionnaire**

4.44. 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 ou des autre(s) personne(s) (non-membre(s) de votre famille)

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

☐ Moins de 5 heures par semaine

☐ De 5 heures à moins de 10 heures par semaine

☐ De 10 heures à moins de 20 heures par semaine

☐ De 20 heures à moins de 30 heures par semaine

☐ De 30 heures à moins de 40 heures par semaine

☐ 40 heures ou plus par semaine

**LE QUESTIONNAIRE EST
MAINTENANT TERMINÉ**

MERCI
de votre participation

Pour suivre les prochaines étapes de l'enquête
www.ehis.lu