

COMPORTEMENTS

VIS-A-VIS DE LA SANTE

*Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, l'enquête « Comportements vis-à-vis de la santé » est **reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire**. Label n° 2001 X 707 EC du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2001.*

Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.

GV1 N° dans le TCM de la personne élue pour répondre à la partie « Comportements vis-à-vis de la santé »	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NOKV												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">FILTRE</td> </tr> <tr> <td> * Si PRES AK différent de 2 → VISITE=1 et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5 * Si PRES AK=2 → GV2 </td> </tr> </table>		FILTRE	* Si PRES AK différent de 2 → VISITE=1 et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5 * Si PRES AK=2 → GV2										
FILTRE													
* Si PRES AK différent de 2 → VISITE=1 et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5 * Si PRES AK=2 → GV2													
GV2 S'agit-il de votre première visite dans le ménage pour l'enquête de cette année ? 1. Oui, c'est la première visite 2. Non, c'est la seconde visite	<table border="1" style="width: 60px; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> VISITE		1			2							
	1												
	2												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">FILTRE</td> </tr> <tr> <td> * Si VISITE=2 → GV3 * Si VISITE=1 → message « Merci de prendre un rendez-vous pour une deuxième visite » - Si annulation du message, suspension de l'enquête et reprise en deuxième visite (à la variable VISITE) - Si confirmation du message, poursuite de l'enquête en première visite et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5 </td> </tr> </table>		FILTRE	* Si VISITE=2 → GV3 * Si VISITE=1 → message « Merci de prendre un rendez-vous pour une deuxième visite » - Si annulation du message, suspension de l'enquête et reprise en deuxième visite (à la variable VISITE) - Si confirmation du message, poursuite de l'enquête en première visite et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5										
FILTRE													
* Si VISITE=2 → GV3 * Si VISITE=1 → message « Merci de prendre un rendez-vous pour une deuxième visite » - Si annulation du message, suspension de l'enquête et reprise en deuxième visite (à la variable VISITE) - Si confirmation du message, poursuite de l'enquête en première visite et PRES AKV=PRES AK et REP KV=REP K et GV5													
GV3 La personne élue est-elle présente pour répondre à la suite du questionnaire ? 1. Oui 2. Non	<table border="1" style="width: 60px; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: right;">→ GV5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> PRES AKV		1	→ GV5		2							
	1	→ GV5											
	2												
GV4 N° dans le TCM de la personne qui répond pour le compte de la personne Sélectionnée	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> REP KV												
GV5 Nous allons maintenant passer à la deuxième partie de l'enquête sur les comportements vis-à-vis de la santé. Question à remplir par l'enquêteur : 1. Questionnaire accepté 2. Questionnaire refusé 3. Questionnaire impossible à réaliser 4. Questionnaire abandonné	<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> REPON SV		1			2			3			4	
	1												
	2												
	3												
	4												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">FILTRE</td> </tr> <tr> <td> * Si REPON SV in (2, 3, 4) → GV6 * Si REPON SV=1 → CS1 </td> </tr> </table>		FILTRE	* Si REPON SV in (2, 3, 4) → GV6 * Si REPON SV=1 → CS1										
FILTRE													
* Si REPON SV in (2, 3, 4) → GV6 * Si REPON SV=1 → CS1													
GV6 Question à remplir par l'enquêteur : L'enquêté n'accepte pas de poursuivre l'interview. Est-ce ... 1. En raison du thème de l'enquête « Comportements vis-à-vis de la santé » (ne souhaite pas parler de la santé, thème trop personnel) 2. Du fait que l'enquête « Comportements vis-à-vis de la santé » n'est pas obligatoire 3. Parce que l'enquêté n'a pas le temps 4. Pour d'autres raisons	<table border="1" style="width: 60px; height: 80px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> REF MOTx		1			2			3			4	
	1												
	2												
	3												
	4												

CONSUMMATION DE SOINS

CS1 Nous allons approfondir les réponses apportées aux questions précédentes.

Plus précisément, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu un médecin généraliste pour vous-même ?

		GENPC
--	--	-------

f1 **FILTRE**

- * Si (SEXE=2) et (GENPC=1) → CS2
- * Si (SEXE=2) et (GENPC>1) → CS3
- * Sinon → CS5

CS2 Etait-ce pour un motif gynécologique, y compris pour une prescription de contraceptif ?

1. Oui
2. Non

	1	GENMGY → CS5
	2	

CS3 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin généraliste pour un motif gynécologique, y compris pour une prescription de contraceptif ?

1. Oui
2. Non

	1	→ CS5 GENMGY
	2	

CS4 Combien de fois ?

		GENGYC
--	--	--------

CS5 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu pour vous-même les médecins suivants, et combien de fois ?

01. Médecin au service des urgences des hôpitaux (*ou cliniques*)
(Variables : URG ; URGC)
02. Rhumatologue (Variables : RHU ; RHUC)
03. Cardiologue (Variables : CARD ; CARDC)
04. Gastro-entérologue (Variables : GENT ; GENTC)
05. Psychiatre (*y compris pour analyse*) (Variables : PSY ; PSYC)
06. Dermatologue (Variables : DERM ; DERM C)
07. ORL (*nez, gorge, oreille*) (Variables : ORL ; ORLC)
08. Ophtalmologiste (Variables : OPHT ; OPHTC)
09. **Pour les femmes** : Gynécologue ... (Variables : GYN ; GYNC)
10. Autres médecins spécialistes : *pneumologue, endocrinologue, cancérologue, neurologue, stomatologiste, etc. ; hors radiologue ; hors dentiste ; hors kiné, hors infirmier* (Variables : AUTSPE ; AUTSPEC)

				Nombre de fois
Oui	Non			
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	
	1		2	

f2 **FILTRE**

- * Si (URG=2 et RHU=2 et CARD=2 et GENT=2 et PSY=2 et DERM=2 et ORL=2 et OPHT=2 et GYN in (2, ' ') et AUTSPE=2) et (GENPC=0) → CS6
- * Sinon → f3

CS6 Vous n'avez pas vu de médecin au cours des 12 derniers mois. Toutefois, avez-vous eu des problèmes de santé au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

	1	→ f3 SANPB
	2	

		Oui	Non	
CS7	Pourquoi n'avez-vous pas vu un médecin pour cela ?			
	1. Parce que cela n'était pas suffisamment grave	1	2	
	2. Parce que vous vous êtes soigné seul.....	1	2	
	3. Parce que cela vous aurait coûté trop cher	1	2	
	4. Pour d'autres raisons	1	2	
				MNCONsx
f3	FILTRE			
	* Si SEXE=2 → CS8 * Si SEXE=1 → f6			
CS8	<i>Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent les examens gynécologiques.</i>			
	Avez-vous déjà passé une mammographie ?			
	1. Oui	1		
	2. Non	2		→ CS10 MAMMO
CS9	Quand avez-vous passé pour la dernière fois une mammographie ?			
	1. Il y a moins d'un an	1		
	2. De 1 à 3 ans	2		
	3. Il y a plus de 3 ans	3		MAMMODER
CS10	Quand votre médecin (généraliste ou spécialiste) vous a-t-il fait pour la dernière fois un frottis ?			
	1. Il y a moins d'un an	1		
	2. De 1 à 2 ans	2		
	3. De 3 à 5 ans	3		
	4. Il y a plus de 5 ans	4		
	5. Jamais	5		FROTTIS
f4	FILTRE			
	* Si (45<=age<=70 ans) → CS11 * Si (age<45 ans) → f5 * Si (age>70 ans) → M1			
CS11	Actuellement, suivez-vous des traitements hormonaux de longue durée relatifs à la ménopause (traitements prévus sur plus d'un an) ?			
	1. Oui	1		
	2. Non	2		MENOP
f5	FILTRE			
	* Si (age<50 ans) et (URG=1 or RHU=1 or CARD=1 or GENT=1 or PSY=1 or DERM=1 or ORL=1 or OPHT=1 or GYN=1 or AUTSPE=1 or GENPC>0) → CS12 * Si (age>65 ans) → M1 * Sinon → f6			
CS12	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin en raison d'une grossesse ?			
	1. Oui	1		
	2. Non	2		GROSSC

f6

FILTRE* Si OCCUPA in (1, 2, 3, 4, 7, 8) et (age<=65 ans) →ES1

* Sinon →M1

ES1 Avez-vous des problèmes de santé ou des handicaps qui vous empêchent de travailler ?

1. Oui (*en permanence, souvent, parfois*)
2. Non

	1
	2

→M1

SANTRA

ES2 Est-ce ...

1. En permanence
2. Souvent
3. Parfois

	1
	2
	3

SANTRAT

M1 Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent la maladie. On s'intéresse ici aux maladies qui sont soit chroniques soit graves, et qui ont été diagnostiquées par un médecin.

Etes-vous atteint(e) de l'une des maladies chroniques ou graves suivantes ?
 ** présentez la carte A **

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

→ RS1

MALAD

M2 De quelle(s) maladie(s) êtes-vous atteint(e) ?

1er	2ième	3ième	
..... 20ième			

MALx

M3 Etes-vous suivi par un médecin pour cette (ces) maladie(s) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Ne peut pas répondre (déclaration récente de la maladie)

	1
	2
	3

→ M5

→ M6

MALSUIV

M4 Par quel médecin êtes-vous suivi pour cette (ces) maladie(s) ?

- 1. Par un médecin généraliste
- 2. Par un ou plusieurs médecins spécialistes
- 3. Par les deux (généraliste et spécialiste)

	1
	2
	3

MEDSUIV

→ M6

M5 Pourquoi n'êtes-vous pas suivi par un médecin pour cela ?

- 1. Vous pensez que cela n'est pas nécessaire (pas suffisamment grave)
- 2. Parce que les médecins n'y peuvent rien (ne peuvent soulager ou guérir la maladie)
- 3. Parce que vous vous soignez seul
- 4. Parce que cela vous coûterait trop cher
- 5. Pour d'autres raisons

Oui		Non	
	1		2
	1		2
	1		2
	1		2
	1		2

MNSUIVx

M6 Au cours des 12 derniers mois, un médecin vous a t-il prescrit des médicaments ou d'autres traitements pour cette (ces) maladie(s) ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

→ RS1

TRAIT

M7 Avez-vous pris ces médicaments ou ces traitements en respectant précisément le dosage ET la durée prescrits ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

PRISE

RS1 Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent vos relations avec le système de soins.

Voyez-vous toujours le même médecin généraliste (sauf absence, vacances, autres exceptions) ?

1. Oui
2. Non
3. Ne peut pas répondre (aménagement trop récent, départ récent du médecin habituel, l'enquêté est médecin et se soigne lui-même)

	1
	2
	3

→ RS3
→ RS5

HABGEN

RS2 Selon vous, votre médecin généraliste habituel ...

1. prend-il le temps suffisant pour discuter avec vous ?
2. vous donne t-il suffisamment d'explications sur « votre maladie » ?
3. vous donne t-il des conseils sur votre mode de vie -alimentation, activités physiques, tabac, alcool- ?
4. surveille t-il vos vaccinations ?
5. est-il facile à joindre la semaine en journée (hors week-end) ?
6. est-il facile à joindre la nuit ou le week-end ?

Oui	
	1
	1
	1
	1
	1
	1

Non	
	2
	2
	2
	2
	2
	2

HABCOMPx

→ RS5

RS3 Est-ce parce que ... (raison principale) ** Présenter la carte B **

1. Vous consultez rarement un médecin (n'éprouvez pas le besoin d'être suivi)
2. Vous vous adressez à des médecins spécialistes (ou à un en particulier)
3. Vous avez plusieurs médecins généralistes habituels
4. Vous n'avez pas encore trouvé de médecin généraliste qui vous convienne
5. Autres raisons

	1
	2
	3
	4
	5

MNHAB

RS4 Selon vous, le dernier médecin généraliste que vous avez consulté ...

1. a t-il pris le temps suffisant pour discuter avec vous ?
2. vous a t-il donné suffisamment d'explications sur « votre maladie » ?

Oui	
	1
	1

Non	
	2
	2

NHCOMPx

RS5 Habituellement, que faites-vous quand vous vous sentez « malade », par exemple un gros rhume, une toux gênante ?

1. Vous essayez de vous soigner seul et vous consultez un médecin uniquement lorsque vous y êtes « obligé » (douleur ou symptômes persistants)
2. Vous consultez un médecin rapidement après les premiers symptômes

	1
	2

COMPMAL

RS6 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir une fièvre de 38° ou plus ?

1. Oui
2. Non

	1
	2

→ RS9

FIEV

RS7 La dernière fois que vous avez eu de la fièvre, était-ce une fièvre ...

1. ... de 38° à 39°9
2. ... de 40° ou un peu plus

	1
	2

FIEVDEG

RS8 La dernière fois que vous avez eu de la fièvre, quelle a été votre première réaction (dans les 24 h) ? ** Présenter la carte C **

1. Vous avez attendu que cela passe sans prendre de médicaments
2. Vous vous êtes soigné seul en prenant des médicaments

	1
	2

	3. Vous avez appelé un service d'urgence -SOS médecins, SAMU, ...-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
	4. Vous avez consulté un médecin à son cabinet ou à votre domicile -hors SOS médecins, SAMU, ...-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	
	5. Vous êtes allé à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	
	6. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	FIEVR
RS9	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'acheter des médicaments pour vous-même après avoir demandé conseil à un pharmacien et <u>sans l'avis d'un médecin</u> ?				
	1. Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	PHARMA
RS10	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de prendre <u>sans l'avis d'un médecin</u> des vitamines ou des minéraux sous forme de médicaments ?				
	1. Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	VITAMP
RS11	Il existe des médicaments qui nécessitent obligatoirement une ordonnance, par exemple des antibiotiques, des tranquillisants ... Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de prendre <u>sans l'avis d'un médecin</u> des médicaments de ce type, qui vous restaient d'une ancienne ordonnance ou prescrits à quelqu'un d'autre ?				
	1. Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	MEDPNVL
RS12	Avez-vous recours à l'homéopathie ?				
	1. Oui (<i>souvent, parfois</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	→RS14
	3. Ne sait pas de quoi il s'agit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	→RS14
					HOMEO
RS13	Est-ce ...				
	1. Souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Parfois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	HOMEOT
RS14	Avez-vous recours à l'acupuncture ?				
	1. Oui (<i>souvent, parfois</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	→f7
	3. Ne sait pas de quoi il s'agit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	→f7
					ACUPUNC
RS15	Est-ce ...				
	1. Souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Parfois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	ACUPUNCT
f7	FILTRE				
	* Si (18<=age<=65) →RS16				
	* Si (age<18) ou (age>65 ans) →f8				
RS16	<i>Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent <u>le don du sang</u>.</i>				
	Donnez-vous votre sang ?				
	1. Oui (<i>régulièrement, de temps en temps</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	→ RS18
					SANGD
RS17	Est-ce ...				
	1. Régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
	2. De temps en temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	SANGDT
					→ f8

RS18 Est-ce parce que (raison principale) ...

1. Votre état de santé ne le permet pas (y compris si le médecin l'a refusé) ...
2. Vous avez peur d'attraper une maladie
3. Vous avez peur d'avoir mal ou de vous sentir mal
4. Vous n'y pensez pas (y compris ne fait pas la démarche)
5. Vous n'avez pas eu l'occasion
6. Autres raisons (pas le temps, pas concerné, ...)

	1
	2
	3
	4
	5
	6

SANGNDON

f8

FILTRE

* Si OCCUPA=1 → RS19

* Si OCCUPA in (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) → I1

RS19 *Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent vos relations avec la médecine du travail.*

Dans votre emploi actuel, vous êtes convoqué par un médecin du travail pour une visite de santé (hors visites d'embauche, hors visites en cas d'accidents du travail) ...

1. Au moins une fois par an
2. Au moins une fois tous les deux ans
3. Au moins une fois tous les cinq ans
4. Moins souvent
5. Jamais
6. Ne peut pas répondre (durée d'emploi trop courte)

	1
	2
	3
	4
	5
	6

→ RS21

MEDTRAC

RS20 **Dans votre emploi actuel, la dernière fois que vous avez vu un médecin du travail pour une visite de santé, c'était ...***(hors visites d'embauche, hors visites en cas d'accidents du travail)*

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 et 2 ans
3. Entre 3 et 5 ans
4. Entre 6 et 10 ans
5. Entre 11 et 20 ans
6. Il y a plus de 20 ans
7. Jamais

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

VMEDTRA

RS21 **Depuis quelle année occupez-vous votre emploi actuel ?**

--	--	--	--	--

ANEMP

I1 *Nous allons maintenant aborder des questions d'information sur la santé.***Suivez-vous des émissions sur la santé à la télévision ou à la radio ?**

1. Oui (souvent, parfois)
2. Non jamais

	1
	2

→ I3

SANMEDI

I2 **Est-ce ...**

1. Souvent
2. Parfois

	1
	2

SANMEDIT

I3 **Lisez-vous les pages « santé » des magazines ou des magazines spécifiques sur la santé qui sont destinés au grand public ?**

1. Oui (souvent, parfois)
2. Non jamais

	1
	2

→ I5

SANMAG

I4 Est-ce ...	1. Souvent	<input type="checkbox"/>	1	SANMAGT
	2. Parfois	<input type="checkbox"/>	2	
I5 Concernant les médicaments « génériques » :	1. Vous pensez savoir de quoi il s'agit mais vous n'en êtes pas certain(e)	<input type="checkbox"/>	1	GENER
	2. Vous savez de quoi il s'agit	<input type="checkbox"/>	2	
	3. Vous ne savez pas de quoi il s'agit	<input type="checkbox"/>	3	
I6 Savez-vous qu'il existe des centres de « planning familial » en France ?	1. Oui	<input type="checkbox"/>	1	→ H1
	2. Non	<input type="checkbox"/>	2	
I7 Y êtes-vous déjà allé pour une consultation ?	1. Oui	<input type="checkbox"/>	1	PLANIFC
	2. Non	<input type="checkbox"/>	2	

HABITUDES DE VIE

- Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent la santé en général ainsi que vos habitudes de vie.

f8b **FILTRE**

* Si PRESAKV différent de 2 → H1
 * Si PRESAKV=2 → AL1

H1 « Etre en bonne santé », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Précisez en clair :

PSANTE

● En ce qui concerne vos habitudes alimentaires :

AL1 Selon vous, votre alimentation est-elle (en terme de variété et de régularité) ?

- 1. Bien équilibrée
- 2. Plutôt équilibrée
- 3. Pas très équilibrée
- 4. Pas du tout équilibrée

	1
	2
	3
	4

PALIM

AL2 Y a t-il des produits que vous aimez mais que vous ne mangez pas parce qu'ils sont trop riches en matière grasse ou en sucre ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

GRASSUC

AL3 Evitez-vous de manger certains produits parce qu'ils contiennent des colorants ou des conservateurs ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

ADDIT

AL4 Evitez-vous (ou éviteriez-vous) de manger certains produits parce qu'ils contiennent des O.G.M ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Ne sait pas de quoi il s'agit

	1
	2
	3

OGM

AL5 Evitez-vous de manger certains produits à cause des risques de la maladie « de la vache folle » ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

CONTAM

AL6 Evitez-vous de manger certains produits à cause des risques d'autres maladies infectieuses comme la listériose ou la salmonellose ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

CONTAMLS

AL7 Consommez-vous les produits suivants :

- 1. Produits allégés en matière grasse
- 2. Produits allégés en sucre
- 3. Fruits et légumes frais (non compris congelés)
- 4. Produits de l'agriculture biologique (non compris produits du jardin personnel)

Tous les jours	Au moins une fois par semaine	De temps en temps	Rarement ou jamais
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

PRODCx

AL8 Au cours de la journée d'hier, avez-vous pris les boissons suivantes ? Si oui, combien de tasses/verres dans la journée ?

- 1. Café (en tasses ; 1 verre = 2 tasses ; 1 bol = 4 tasses)
- 2. Soda, coca, sirop* (en verres ; 1 litre = 8 verres; 1 canette = 3 verres)

* hors boissons « allégées » en sucre -Coca light, etc.-, hors jus de fruits.

Oui	Non	Nombre de tasses/verres																	
<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2		2	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	1																		
	2																		
	2																		
	2																		

3. Vin (en verres ; 1 bouteille = 6 verres, 1 litre = 8 verres)
4. Bière, cidre (en verres ; 1 litre = 8 verres ; 1 canette=3 verres ; 1 demi=2 verres)
5. Apéritif, digestif, alcool fort (en verres)

1	2		
1	2		
1	2		

BOISSx

BOISSVx

f9 **FILTRE**

* Si (BOISS3=1 or BOISS4=1 or BOISS5=1) → AL9

* Sinon → AL10

AL9 **La journée d'hier était-elle exceptionnelle (fête, ...) ?**

1. Oui
2. Non

	1
	2

JEXCEP

AL10 **Actuellement, suivez-vous un régime ...**

1. sans sel ? (conseillé ou non par un médecin)
2. amaigrissant ? (conseillé ou non par un médecin)
3. contre le cholestérol ? (conseillé ou non par un médecin)
4. un autre régime ? (conseillé ou non par un médecin)

Oui		Non	
	1		2
	1		2
	1		2
	1		2

REGIMx

Si non partout → AL12

AL11 **Ce (L'un de ces) régime(s) a t-il été conseillé par un médecin ?**

1. Oui
2. Non

	1
	2

REGIMP

AL12 **Quel est votre poids (en kg) ?**

--	--	--	--

POIDS

AL13 **Quel est le poids que vous voudriez atteindre ou garder (en kg) ?**

--	--	--	--

POIDSID

AL14 **Vous vous pesez ...**

1. Tous les jours
2. Au moins une fois par semaine
3. Au moins une fois par mois
4. Plus rarement ou jamais

	1
	2
	3
	4

PESER

AL15 **Quelle est votre taille (en cm) ?**

--	--	--	--

TAILLE

- Les questions suivantes portent sur la pratique d'activités sportives et le sommeil.

f10 **FILTRE**

* Si VISITE=2 → S1

* Si VISITE=1 → SPORTV=SPORT et f10b

S1 **Pratiquez-vous une activité sportive (quelle que soit cette activité ; qu'elle soit pratiquée dans le cadre d'un organisme ou individuellement) ?**

1. Oui, plusieurs fois par semaine
2. Oui, une fois par semaine
3. Oui, deux ou trois fois par mois
4. Oui, une fois par mois
5. Moins d'une fois par mois
6. Non, jamais

	1
	2
	3
	4
	5
	6

SPORTV

f10b **FILTRE**

* Si SPORTV in (1, 2, 3, 4, 5) → S2

* Si SPORTV=6 → S3

* Sinon → S4

S2 **Vous pratiquez une activité sportive. Est-ce ...**

1. Pour le plaisir
2. Pour la santé (y compris pour garder la forme, évacuer son stress)
3. Pour maigrir

Oui		Non ou pas spécialement	
	1		2
	1		2
	1		2

	4. Pour vous muscler	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	
	1											
	2											
	1											
	2											
	5. Pour rencontrer d'autres personnes	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	
	1											
	2											
	1											
	2											
	6. Parce que vous y êtes obligé (parents, scolarité, médecin, etc.)	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	SPORTMx → S4
	1											
	2											
	1											
	2											
S3	Pourquoi ne pratiquez-vous pas d'activité sportive (raison principale) ?											
	1. Votre état de santé ne vous le permet pas	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Vous n'en éprouvez pas le besoin (<i>y compris n'a pas envie, n'aime pas le sport</i>)	<table border="1"><tr><td></td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		3		4	<table border="1"><tr><td></td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		3		4	
	3											
	4											
	3											
	4											
	3. Vous n'avez pas le temps	<table border="1"><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5	<table border="1"><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5	SPORTMN				
	5											
	5											
	4. Vous n'en avez pas le courage											
	5. Autres raisons											
S4	Nous allons maintenant parler de vos activités physiques régulières. On ne compte pas les activités sportives, ni les activités physiques dans le cadre du travail, ni les activités ménagères. Dans votre vie quotidienne, avez-vous des activités physiques régulières ?											
	1. Oui	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	QUOTACT
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Non											
S5	Habituellement, combien d'heures dormez-vous en 24h ?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			SOM				
S6	Habituellement, vous couchez-vous à la même heure ?											
	1. Oui	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	SOMREG
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Non											
●	Les questions suivantes portent sur la consommation de tabac.											
f11	FILTRE											
	* Si VISITE=2 → T1 * Si VISITE=1 → CIGAREV=CIGARE et f11b											
T1	Fumez-vous ?											
	1. Non, ou très rarement	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Oui, de 1 à 5 cigarettes par jour	<table border="1"><tr><td></td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		3		4	<table border="1"><tr><td></td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		3		4	
	3											
	4											
	3											
	4											
	3. Oui, de 6 à 10 cigarettes par jour	<table border="1"><tr><td></td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>6</td></tr></table>		5		6	<table border="1"><tr><td></td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>6</td></tr></table>		5		6	
	5											
	6											
	5											
	6											
	4. Oui, de 11 à 20 cigarettes par jour	<table border="1"><tr><td></td><td>7</td></tr><tr><td></td><td>8</td></tr></table>		7		8	<table border="1"><tr><td></td><td>7</td></tr><tr><td></td><td>8</td></tr></table>		7		8	
	7											
	8											
	7											
	8											
	5. Oui, de 21 à 40 cigarettes par jour											
	6. Oui, plus de 40 cigarettes par jour											
	7. Oui, le cigare ou la pipe											
	8. Oui, le cigare ou la pipe et des cigarettes			CIGAREV								
f11b	FILTRE											
	* Si CIGAREV in (7, 8) → T2 * Si CIGAREV in (2, 3, 4, 5, 6) → T3 * Si CIGAREV=1 → T12											
T2	Fumez-vous de façon quotidienne ?											
	1. Oui	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Non			CIGPIPE								
f11c	FILTRE											
	* Si CIGPIPE=1 → T3 * Sinon → f13											
T3	A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			FAGEF				
T4	Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?											
	1. Oui	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		1		2	→ T9
	1											
	2											
	1											
	2											
	2. Non			FARRET								
T5	La dernière fois que vous avez essayé d'arrêter de fumer, c'était ...											

- 1. ... il y a moins d'un an
- 2. ... il y a entre 1 et 3 ans
- 3. ... il y a plus de 3 ans

	1
	2
	3

FANCAR

T6 La dernière fois, avez-vous eu recours aux aides suivantes :

- 1. Patch antitabac
- 2. Gomme à mâcher ou pastilles spécial tabac
- 3. Psychothérapie ou soutien psychologique
- 4. Acupuncture ou hypnose
- 5. Autres aides spécifiques (auriculothérapie, homéopathie, phytothérapie ...)

Oui		Non	
	1		2
	1		2
	1		2
	1		2
	1		2

FAIDx

T7 La dernière fois, comment avez-vous procédé ?

- 1. Vous avez réduit progressivement votre consommation
- 2. Vous avez arrêté brutalement votre consommation

	1
	2

FPROCAR

T8 Si on ne compte pas les années où vous avez arrêté de fumer, combien d'années au total avez-vous fumé ?

- 1. Moins de 2 ans
- 2. Entre 2 et 5 ans
- 3. Entre 6 et 10 ans
- 4. Entre 11 et 20 ans
- 5. Plus de 20 ans

	1
	2
	3
	4
	5

FTEMPF

T9 Et aujourd'hui, avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

FENVIE

f11d

FILTRE

- * Si NBPERS>1 → T10
- * Si NBPERS=1 → f13

T10 Fumez-vous à l'intérieur de votre logement ?

- 1. Oui (*souvent, parfois*)
- 2. Non jamais

	1
	2

→ f13

FLOG

T11 Est-ce ...

- 1. Souvent
- 2. Parfois

	1
	2

FLOGT
→ f13

T12 Avez-vous déjà fumé du tabac au moins une fois au cours de votre vie ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

→ f12

FUMVIE

T13 Avez-vous déjà fumé de façon quotidienne ?

- 1. Oui
- 2. Non

	1
	2

→ T20

NFDEJA

T14 A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?

--	--	--

NFAGEF

T15 Si on ne compte pas les années où vous avez arrêté de fumer, combien d'années au total avez-vous fumé ?

- 1. Moins de 2 ans
- 2. Entre 2 et 5 ans
- 3. Entre 6 et 10 ans
- 4. Entre 11 et 20 ans
- 5. Plus de 20 ans

	1
	2
	3
	4
	5

NFTEMPF

T16	Au moment où vous fumiez le plus, fumiez-vous ... 1. De 1 à 5 cigarettes par jour 2. De 6 à 10 cigarettes par jour 3. De 11 à 20 cigarettes par jour 4. De 21 à 40 cigarettes par jour 5. Plus de 40 cigarettes par jour 6. Le cigare ou la pipe 7. Le cigare ou la pipe et des cigarettes	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td></tr> </table>		1		2		3		4		5		6		7	NFCIGAR							
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
T17	Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> NFARF			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td></tr> </table> NFARP	M	A																	
M	A																							
T18	Lorsque vous avez <u>arrêté</u> de fumer, avez-vous eu recours aux aides suivantes : 1. Patch antitabac 2. Gomme à mâcher ou pastilles <u>spécial tabac</u> 3. Psychothérapie ou soutien psychologique 4. Acupuncture ou hypnose 5. Autres aides spécifiques (auriculothérapie, homéopathie, phytothérapie ...)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> </table>		1		1		1		1		1	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		2		2		2		2		2	NFAIDx
	1																							
	1																							
	1																							
	1																							
	1																							
	2																							
	2																							
	2																							
	2																							
	2																							
T19	Lorsque vous avez <u>arrêté</u> de fumer, comment avez-vous procédé ? 1. Vous avez réduit progressivement votre consommation 2. Vous avez arrêté brutalement votre consommation	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		1		2	NFPROCAR																	
	1																							
	2																							
T20	Vous arrive t-il de fumer occasionnellement ? 1. Oui 2. Non	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		1		2	FUMOCC																	
	1																							
	2																							
f12	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">FILTRE</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">* Si NBPERS>1 → T21</td> </tr> <tr> <td colspan="2">* Si NBPERS=1 → f13</td> </tr> </table>			FILTRE		* Si NBPERS>1 → T21		* Si NBPERS=1 → f13																
FILTRE																								
* Si NBPERS>1 → T21																								
* Si NBPERS=1 → f13																								
T21	Est-ce qu'un membre du ménage fume à l'intérieur de votre logement ? 1. Oui (<i>souvent, parfois</i>) 2. Non jamais	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table> → f13		1		2	NFLOG																	
	1																							
	2																							
T22	Est-ce ... 1. Souvent 2. Parfois	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		1		2	NFLOGT																	
	1																							
	2																							

CONDITIONS DE TRAVAIL, BIEN-ETRE EMOTIONNEL

f13	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">FILTRE</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">* Si OCCUPA=1 → B1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">* Si OCCUPA=3 → B4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">* Si OCCUPA in (2, 4, 5, 6, 7, 8) → B6</td> </tr> </table>	FILTRE		* Si OCCUPA=1 → B1		* Si OCCUPA=3 → B4		* Si OCCUPA in (2, 4, 5, 6, 7, 8) → B6		
FILTRE										
* Si OCCUPA=1 → B1										
* Si OCCUPA=3 → B4										
* Si OCCUPA in (2, 4, 5, 6, 7, 8) → B6										

B1 Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent vos conditions de travail.

Combien d'heures de travail effectuez-vous habituellement par

semaine ?

B2 L'exécution de votre travail vous impose t-elle ...

1. De rester longtemps debout
2. D'effectuer des efforts physiques importants
3. D'être exposé à des nuisances importantes (*bruits assourdissants, températures pénibles, odeurs désagréables, respiration de poussières, ...*)
4. De manipuler des produits dangereux ou toxiques
5. Des contrôles ou des surveillances permanents de la hiérarchie ...
6. De répondre immédiatement à une demande extérieure (*public, client, ...*)
7. De travailler en dehors de vos horaires de travail (*heures supplémentaires, travail à la maison, ...*)

B3 *Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent le bien-être émotionnel.*
Habituellement, dans votre travail, vous sentez-vous nerveux, anxieux, stressé ?

B4 *Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent le bien-être émotionnel.*
Habituellement, dans vos études, vous sentez-vous nerveux, anxieux, stressé ?

B5 **Habituellement, dans votre vie personnelle, vous sentez-vous nerveux, anxieux, stressé ?**

B6 *Nous allons maintenant aborder des questions qui concernent le bien-être émotionnel.*
Habituellement, vous sentez-vous nerveux, anxieux, stressé ?

B7 **Habituellement, avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?**

B8 **Habituellement, vous sentez-vous seul ?**

Comportements vis-à-vis de la santé

CONDH			
Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais	Sans objet
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

CONDTRAx			
Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

**ANXTETR
→ B5**

Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

ANXTEET

Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

**ANXPERS
→ B7**

Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

ANX

Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

DIFFSOM

Très souvent	Souvent	Occasion- nellement	Rarement ou jamais
1	2	3	4

SEUL

f14

FILTRE	
* Si ANXTETR in (1,2) or ANXTEET in (1, 2) or ANXPERS in (1,2) or ANX in (1,2) or DIFFSOM in (1,2) or SEUL in (1,2) → B9	
* Sinon → B11	

B9 **Avez-vous parlé de ces difficultés à un médecin ou à quelqu'un d'autre ?**
 1. Oui

1
2

→B11

DIFFPRO

B10 **Est-ce ...**

Oui

Non

<p>1. A un médecin généraliste ?</p> <p>2. A un psychologue, à un psychanalyste ou à un psychiatre ?</p> <p>3. A un autre médecin spécialiste (hors psychiatre) ?</p> <p>4. A quelqu'un d'autre ?</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> </table>		1		1		1		1	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> </table>		2		2		2		2	<p>DETPROx</p>
	1																		
	1																		
	1																		
	1																		
	2																		
	2																		
	2																		
	2																		
<p>B11 Au cours des 7 derniers jours, vous est-il arrivé de prendre des somnifères, des médicaments contre l'anxiété ou des antidépresseurs ?</p> <p>1. Oui (<i>tous les jours, certains jours</i>)</p> <p>2. Non (<i>aucun jour</i>)</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> </table>		1		2	<p>→ B13</p>	<p>PSYSEM</p>												
	1																		
	2																		
<p>B12 Est-ce ...</p> <p>1. Tous les jours</p> <p>2. Certains jours</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> </table>		1		2		<p>PSYSEM</p>												
	1																		
	2																		
<p>B13 Prenez-vous régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine depuis au moins 6 mois, des somnifères, des médicaments contre l'anxiété ou des antidépresseurs ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> </table>		1		2	<p>→ FIN</p>	<p>PSYREG</p>												
	1																		
	2																		
<p>B14 Depuis combien de temps ?</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;">M</td><td style="width: 15px; height: 15px;">A</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;">PSYTF</td><td style="width: 15px; height: 15px;">PSYTP</td></tr> </table>	M	A	PSYTF	PSYTP									
M	A																		
PSYTF	PSYTP																		

FIN DU QUESTIONNAIRE

QUESTION POSEE A L'ENQUETEUR

FILTRE					
Si (LIEN=3 et AGE<=30 et PRESAKV=1)					
<p>L'enquêté a-t-il répondu au questionnaire en présence de ses parents ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">PRESPAR</p>		1		2
	1				
	2				