

Questionnaire du Baromètre santé DOM

2014



Sommaire

- 1 | **PRÉSENTATION**
- 2 | **PERSONNES CONSULTÉES POUR LA MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE**
- 3 | **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (I)**
 - 3 | 1. Caractéristiques sociodémographiques
 - 3 | 2. Description du foyer
 - 4 | 3. Logement
 - 4 | 4. Origines familiales et culturelles
- 5 | **SENTIMENT D'INFORMATION**
- 6 | **RECOURS AUX SOINS**
- 7 | **RENONCEMENT AUX SOINS**
- 8 | **SANTÉ PERÇUE (MINI MODULE EUROPÉEN)**
- 8 | **SANTÉ MENTALE (MH-5)**
- 9 | **DÉPISTAGES**
 - 9 | 1. Hépatite C
 - 9 | 2. Hépatite B
 - 9 | 3. Cancer du col utérin
 - 9 | 4. Cancer colorectal
 - 10 | 5. Cancer du sein
- 10 | **DIABÈTE (GUYANE, RÉUNION)**
- 12 | **VACCINATIONS**
- 12 | **VIRUS RESPIRATOIRES (MARTINIQUE, RÉUNION)**
- 13 | **TABAC**
 - 13 | 1. Statut tabagique
 - 14 | 2. Cigarettes électroniques
- 14 | **ALCOOL**
 - 14 | 1. Audit-C
 - 15 | 2. Ivresses
- 16 | **DROGUES ILLICITES (< 65 ANS)**
 - 16 | 1. Niveaux d'usages - cannabis
 - 16 | 2. Niveaux d'usages - autres drogues illicites
 - 16 | 3. Usages détournés de médicaments (Réunion)
 - 17 | 4. Autres drogues (ouvert) et recours à l'injection
- 18 | **SANTÉ MENTALE**
- 21 | **PSYCHOTROPES/ PSYCHOTHÉRAPIES (GUADELOUPE, MARTINIQUE)**
- 22 | **SUICIDE**
- 23 | **SOMMEIL (GUYANE, MARTINIQUE)**
- 24 | **ALIMENTATION (GUYANE, RÉUNION)**
- 25 | **ACCIDENTS**
 - 25 | 1. Survenue d'accidents
 - 26 | 2. Chutes des personnes âgées (> 55 ans)
- 26 | **HANDICAP**
- 27 | **ALZHEIMER**
- 27 | **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (II)**
 - 27 | 1. PCS de l'interviewé
 - 28 | 2. PCS du chef de famille
 - 29 | 3. Conditions de ressources
 - 29 | 4. Religion
- 30 | **ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE**
 - 30 | 1. Échantillon fixe
 - 30 | 2. Échantillon mobile
- 31 | **MODULE VACCIN (GUYANE, FOYERS AVEC ENFANTS DE 1 À 5 ANS)**
 - 32 | 1. Sans carnet de santé
 - 32 | 2. Avec carnet de santé
- 36 | **FIN DE L'ENTRETIEN**

PRÉSENTATION

La mise en œuvre d'une politique de santé publique cohérente et efficace passe par une meilleure appréhension des comportements de santé. L'Inpes mène, depuis le début des années 1990, des enquêtes appelées « Baromètres Santé » qui ont pour objectif de décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé des Français. Pour la première fois, une extension de cette enquête est mise en œuvre dans les départements d'outre-mer, auprès d'un échantillon représentatif de 2 000 individus par département, interrogé d'avril à octobre 2014.

La population cible de cette enquête inclut l'ensemble des personnes âgées de 15 à 75 ans, parlant le français ou le créole, résidant dans les DOM – à l'exception de Mayotte¹ –, et disposant d'un téléphone fixe ou mobile. La passation de l'enquête est réalisée par téléphone (collecte assistée par téléphone et informatique), par des enquêteurs spécialisés, bilingues français/créole (réunionnais, guadeloupéen, martiniquais et guyanais), et spécialement formés pour cette enquête. Le questionnaire est affiché à l'écran des enquêteurs en français. La mise à disposition d'une traduction en créole de l'ensemble du questionnaire a été testée lors d'une enquête pilote, mais ne s'est pas avérée nécessaire, les enquêteurs étant à même de reformuler les questions ponctuellement pour faciliter la passation.

Les thèmes de santé abordés incluent une partie classiquement suivie en métropole (consommations de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours aux soins, santé mentale...), ainsi que des sujets relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires : diabète, alimentation, chikungunya, leptospirose, usages détournés de médicaments, couverture vaccinale des jeunes enfants, etc.

Cette enquête permettra de mesurer et de comprendre les déterminants de santé susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption de certains comportements, de mettre en lumière des populations vulnérables et de fournir ainsi un cadre quantitatif pour éclairer la question des inégalités de santé.

Les objectifs de cette enquête sont multiples :

- ◆ disposer d'indicateurs correspondant au suivi de la loi de santé publique, quantifier les particularités des DOM en termes de comportements de santé et de facteurs associés ;
- ◆ adapter ou développer des dispositifs de prévention et de promotion de la santé, en identifiant les thèmes de santé prioritaires, ainsi que les groupes de population les plus vulnérables ;
- ◆ en répétant une telle enquête à intervalle régulier, mesurer l'impact des actions engagées par les pouvoirs publics et suivre les évolutions et les progrès réalisés, mais aussi les avancées qui restent à faire.

1. Dans le cas de Mayotte, la méthodologie d'enquête n'est pas encore arrêtée, compte tenu d'un contexte économique, social et culturel très spécifique, dans lequel de nombreuses questions de méthode émergent : base d'échantillonnage, taux de couverture téléphonique, acceptation d'une enquête de santé, acceptation d'une enquête par la population étrangère, langues de passation, etc.

PERSONNES CONSULTÉES POUR LA MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE²

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé:

Jean-Baptiste RICHARD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

François BECK

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Olivier CHARDON, Lucie GONZALEZ

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Paul DOURGNON, Yasser MOULLAN, Thierry ROCHEREAU, Pascale LENGAGNE

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Gérard LASFARGUES

Institut de veille sanitaire

Anne DOUSSIN, Frédéric MOISAN, Cécile BROUARD, Christine LARSEN, Nicolas DUPORT, Emmanuelle SALINES, Klervi LEURAUD, Christine CHAN CHEE, Claire GOURIER-FRERY, Bertrand THELOT, Jean-Paul GUTHMANN, Céline DRUET, Catherine HA, Franck ASSOGBA, Sandrine FOSSE.

Guadeloupe

Vanessa CORNELY (Observatoire régional de santé), Florelle BRADAMANTIS, Latifa PLACE, Jean-Pierre LAGUERRE, Valérie LECHARDOY (Agence régionale de santé).

Martinique

Marie-Françoise EMONIDE, Christian LASSALLE, Dominique SAVON, Hermann HENRY (Agence régionale de santé), Sylvie MERLE, Isabelle PADRA, Julie PLUTON (Observatoire régional de santé).

Guyane

Francine SASSON, François LACAPERE, Hélène DUPLAN, Martine LEDRANS (Agence régionale de santé), Marie-Josiane CASTOR-NEWTON, Ludmya WEISHAUP, Léonne AGELAS (Observatoire régional de santé).

Réunion

Éric MARIOTTI, Mohamed QUARCH (Agence régionale de santé), Mélissa CELLIER, Emmanuelle RACHOU, Monique RICQUEBOURG (Observatoire régional de santé).

2. Certaines personnes ont changé d'organisme depuis le début du projet.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (I)

Remarque: pour toutes les questions, les modalités de réponse « Ne sait pas » et « Refus de répondre » pouvaient être renseignées.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Q1 Quel est votre âge ?

SI Q1 ≤ 18

Q2 Quel est votre mois de naissance ?

SI Q1 ≤ 18

Q3 Quelle est votre année de naissance ?

POUR CHAQUE PERSONNE DE MOINS DE 15 ANS DANS LE FOYER

Q4 Pouvez-vous me donner l'âge, le sexe et le lien de parenté de chaque personne de moins de 15 ans dans le foyer par rapport à vous ? Quel est l'âge du 1^{er}/2^e/3^e... enfant ?

Q5 Est-ce qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille ?

Q6 Et qui est « XX » par rapport à vous, est-ce votre... ?

1. Fils
2. Beau-fils
3. Fille
4. Belle-fille
5. Frère ou demi-frère
6. Sœur ou demi-sœur
7. Petit-fils
8. Petite-fille
9. Neveu
10. Nièce
11. Cousin
12. Cousine

2. Description du foyer

Q7 Actuellement, est-ce que vous vivez en couple ?

1. Oui
2. Non

Q8 Cela veut bien dire que vous habitez ensemble ?

1. Oui
2. Non

Q9 Combien y a-t-il d'habitants dans votre foyer ? (question posée lors de la phase contact)

SI Q9 > 1 ET SI ÂGE > 17

Q10 Êtes-vous la personne qui a les plus hauts revenus dans le foyer ?

1. Oui
2. Non

Q11 Actuellement, quel est votre statut matrimonial légal ?

1. Marié(e)/remarié(e)
2. Célibataire (y compris union libre et concubinage)
3. Veuf (veuve)
4. Divorcé(e)
5. Pacsé(e)
6. [Ne veut pas dire]

Q12 Quelle est votre situation (professionnelle si âge ≥ 16) actuelle ?

1. Actif(ve) travaillant actuellement (y compris en congé maladie de moins de 3 ans, congé maternité, parental ou congé formation) (si âge > 15)
2. Apprenti(e) sous contrat ou en stage rémunéré (si âge > 15 et < 65)
3. Retraité(e) (si âge > 40)
4. Préretraité(e) (si âge > 40)
5. Chômeur(se) (si âge > 15 et < 65)
6. Femme ou homme au foyer (si âge > 15)
7. Inactif(ve) avec pension d'invalidité
8. Étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré (si âge < 65)
9. Enfant non scolarisé (si âge < 19)
10. Autre situation (congés longue durée...)

Q13 Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études : primaire
3. CAP: Certificat d'Aptitude Professionnelle
4. Brevet des collèges, BEPC
5. BEP: Brevet d'Enseignement Professionnel
6. Baccalauréat d'Enseignement TECHNIQUE
7. Baccalauréat d'Enseignement PROFESSIONNEL
8. Baccalauréat d'Enseignement GÉNÉRAL
9. Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
10. Bac + 3 : Licence (1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur)
11. Bac + 4 : maîtrise, master1 (dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur)
12. Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur: DEA, DESS, master2, MBA, doctorat...)
13. Diplôme d'une grande école

3. Logement

Q14 Dans quel type de logement résidez-vous ?

SI RÉUNION

1. Une maison individuelle en dur
2. Une case en bois-sous-tôle
3. Un appartement dans un immeuble collectif
4. Un appartement chez un particulier/ dans une maison (étage, rez-de-chaussée, etc.)

SI DFA

1. Une maison individuelle (en bois ou en dur)
2. Un appartement dans un immeuble collectif
3. Un bas de villa/un haut de villa/ un appartement chez un particulier
4. Un carbet (en paille/en feuilles de bananier/en bois) (Si Guyane)

Q15 Votre logement dispose-t-il... ?

- De l'eau courante (si Guyane)
 - De l'eau chaude
 - De WC à l'intérieur
 - D'une baignoire ou d'une douche
1. Oui
 2. Non

4. Origines familiales et culturelles

Q16 Êtes-vous né(e) en « Nom du département » ?

1. Oui
2. Non

SI Q16 = 2 (NON)

Q17 Où êtes-vous né(e) ?

Q18 Quelle langue parlez-vous le plus souvent en famille ?

SENTIMENT D'INFORMATION

Q19 Avez-vous, vous personnellement, le sentiment d'être informé(e) sur les grands thèmes de santé suivants ?

ORDRE ALÉATOIRE DES THÈMES

- Les vaccinations
 - La maladie d'Alzheimer
 - La dépression
 - Le diabète
 - L'hypertension artérielle
 - Le chikungunya
 - La dengue
 - Le paludisme (si DFA)
 - La leptospirose
 - Les hépatites virales
 - L'alcool
 - Le cancer
1. Très bien
 2. Plutôt bien
 3. Plutôt mal
 4. Très mal informé
 5. [Ne sait pas ce que c'est]
 6. [Non concerné]

SI LA PERSONNE A DONNÉ UNE AUTRE RÉPONSE QUE [NE SAIT PAS CE QUE C'EST] À LA QUESTION « AVEZ-VOUS, VOUS PERSONNELLEMENT, LE SENTIMENT D'ÊTRE INFORMÉ SUR LE CHIKUNGUNYA ? »

Q20 À propos du chikungunya, si je vous dis « on peut éviter le chikungunya par des mesures de protection personnelles », êtes-vous... ?

1. Tout à fait d'accord
2. Plutôt d'accord
3. Plutôt pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

SI LA PERSONNE A DONNÉ UNE AUTRE RÉPONSE QUE [NE SAIT PAS CE QUE C'EST] À LA QUESTION « AVEZ-VOUS, VOUS PERSONNELLEMENT, LE SENTIMENT D'ÊTRE INFORMÉ SUR LE CHIKUNGUNYA ? » ET HABITE DANS UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS D'AMÉRIQUE (DFA)

Q21 Dites-moi si vous craignez le chikungunya POUR VOUS-MÊME.

1. Pas du tout
2. Peu
3. Pas mal
4. Beaucoup
5. [Dit spontanément avoir la maladie]

RECOURS AUX SOINS

Q22 Quelle est votre taille ?

Q23 Quel est votre poids ?

Q24 Vous trouvez-vous... ?

1. Beaucoup trop maigre
2. Un peu trop maigre
3. À peu près du bon poids
4. Un peu trop gros (grosse)
5. Beaucoup trop gros (grosse)

Q25 Avez-vous déjà donné votre sang ?

1. Oui
2. Non

SI Q25 = 1 (OUI)

Q26 Était-ce il y a moins d'un an ?

1. Oui
2. Non

Q27 Pensez-vous que vous prenez soin de votre santé ?

1. Oui, parfaitement
2. Oui, mais pas dans les détails
3. Non, pas trop
4. Non, pas du tout

Q28 Portez-vous des lunettes ou des lentilles ?

1. Oui
2. Non
3. Je suis non voyant, je ne peux pas voir du tout

SI Q28 = 1 (OUI)

Q29 Avez-vous des difficultés pour voir avec vos lunettes ou lentilles de contact ?

1. Oui
2. Non

SI Q28 = NON/NSP/REFUS

Q30 Avez-vous des difficultés pour voir ?

1. Pas de difficultés
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout voir

Q31 Au cours des douze derniers mois, avez-vous vu au moins une fois, pour vous-même... ?

- Un médecin généraliste ou votre médecin traitant
 - Un dentiste
 - Un kinésithérapeute
 - Un ophtalmologiste
 - Un gynécologue (si femme)
 - Un autre médecin spécialiste
1. Oui
 2. Non

SI A VU UN AUTRE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Q32 Quel autre médecin spécialiste avez-vous vu au cours des douze derniers mois ?

SI GUYANE: POUR CHAQUE PROFESSIONNEL CITÉ EN Q31, SI « OUI »

Q33 Quand vous voyez « ce professionnel », est-ce... ?

1. En PMI (si médecin généraliste/ gynécologue)
2. En CDPS (si médecin généraliste/ gynécologue)
3. En cabinet privé ou libéral
4. À l'hôpital
5. Dans un autre lieu (préciser)

SI Q33 = 5 (« DANS UN AUTRE LIEU »)

Q34 Dans quel autre lieu avez-vous vu « ce professionnel » ?

SI Q31 « DENTISTE » = 2 (NON)

Q35 De quand date votre dernière visite pour vous-même chez le dentiste ?

1. Entre 1 et moins de 2 ans
2. Entre 2 et moins de 3 ans
3. Entre 3 et moins de 5 ans
4. 5 ans ou plus
5. Vous n'y êtes jamais allé

Q36 Diriez-vous que votre état dentaire est... ?

1. Très bon
2. Bon
3. Moyen
4. Mauvais
5. Très mauvais

Q37 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des problèmes liés à vos dents, votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Occasionnellement
4. Jamais

Q38 Au cours des douze derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour au moins une nuit ?

1. Oui
2. Non

RENONCEMENT AUX SOINS

Q39 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, POUR VOUS-MÊME, et pour des raisons financières... ?

- À des soins dentaires
 - À des lunettes, verres, montures, lentilles
 - À une consultation de médecin
 - À d'autres soins
1. Oui
 2. Non

SI Q39 « CONSULTATION DE MÉDECIN » = 1 (OUI)

Q40 À quelle(s) consultation(s) de médecins avez-vous renoncé pour raisons financières ?

1. Des consultations, visites et soins de spécialistes
2. Des consultations, visites et soins de généralistes
3. D'autres consultations
4. [NSP] (item exclusif)

SI Q40 = 1 (SPÉCIALISTES)

Q41 À quelles consultations, visites et soins de spécialistes avez-vous renoncé pour raisons financières ?

SI Q39 « À D'AUTRES SOINS » = 1 (OUI)

Q42 À quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ?

Q43 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, POUR VOUS-MÊME, à des soins ou à des examens... ?

- Parce que le cabinet était trop éloigné
 - Parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre
 - Parce que le délai pour un rendez-vous était trop long
 - Pour d'autres raisons non financières que celles que je viens de vous citer
1. Oui
 2. Non

SI Q43 « POUR D'AUTRES RAISONS NON FINANCIÈRES » = 1 (OUI)

Q44 Pour quelles autres raisons NON financières avez-vous renoncé à des soins ou des examens médicaux ?

SANTÉ PERÇUE (MINI MODULE EUROPEÛEN)

Q45 Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

Q46 Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

1. Oui
2. Non

Q47 Êtes-vous limité(e), depuis AU MOINS six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

1. Oui, fortement limité(e)
2. Oui, limité(e) mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout

Q48 Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours, vous avez eu des problèmes de sommeil ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Beaucoup

SANTÉ MENTALE (MH-5)

Q49 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e)... ?

- Très nerveux (se)
- Si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral
- Calme et détendu(e)
- Triste et abattu(e)
- Heureux(se)
 1. En permanence
 2. Souvent
 3. Quelquefois
 4. Rarement
 5. Jamais

DÉPISTAGES

1. Hépatite C

Q50 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

1. Oui
2. Non

SI Q50 = 1 (OUI)

Q51 À quand remonte votre dernier test de dépistage de l'hépatite C ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 an et moins de 5 ans
3. Il y a 5 ans ou plus

SI Q50 = 1 (OUI)

Q52 Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'hépatite C ?

1. Oui
2. Non

SI Q50 = 2 (NON)

Q53 Un médecin vous l'a-t-il déjà proposé ?

1. Non
2. Oui, mais vous avez refusé
3. Oui, mais vous avez oublié

2. Hépatite B

Q54 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite B ?

1. Oui
2. Non

SI Q54 = 1 (OUI)

Q55 À quand remonte votre dernier test de dépistage de l'hépatite B ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 an et moins de 5 ans
3. Il y a 5 ans ou plus

SI Q54 = 1 (OUI)

Q56 Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'hépatite B ?

1. Oui
2. Non

SI Q54 = 2 (NON)

Q57 Un médecin vous l'a-t-il déjà proposé ?

1. Non
2. Oui, mais vous avez refusé
3. Oui, mais vous avez oublié

3. Cancer du col utérin

SI FEMME

Q58 Avez-vous déjà eu un frottis vaginal, c'est-à-dire un dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis ?

1. Oui
2. Non

SI Q58 = 1 (OUI)

Q59 Quand était-ce la dernière fois ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 an et 2 ans
3. Entre plus de 2 ans et 3 ans
4. Entre plus de 3 ans et 5 ans
5. Il y a plus de 5 ans

4. Cancer colorectal

SI 40 - 75 ANS

Q60 Avez-vous déjà fait un test recherchant du sang dans les selles, pour un dépistage du cancer colorectal ?

1. Oui
2. Non

SI Q60 = 1 (OUI)

Q61 Quand était-ce la dernière fois ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 an et 2 ans
3. Entre plus de 2 ans et 3 ans
4. Entre plus de 3 ans et 5 ans
5. Il y a plus de 5 ans

SI Q60 = 2 (NON) OU SI Q61 > 2 ANS

Q62 Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait ce test (« au cours des deux dernières années » si déjà fait) ?

1. Vous ne souhaitez pas le réaliser
2. Personne ne vous l'a proposé
3. Votre médecin vous a recommandé de ne pas le faire
4. Vous êtes suivi médicalement pour une maladie digestive ou un cancer
5. Vous êtes suivi médicalement car des personnes de votre famille ont eu un cancer du côlon, du rectum ou des polypes à risque
6. Vous avez réalisé une coloscopie dans les 5 années précédentes
7. Une autre raison (préciser)

5. Cancer du sein

SI FEMME ≥ 40 ANS

Q63 Avez-vous déjà fait une mammographie (radiographie des seins) ?

1. Oui
2. Non

SI Q63 = 1 (OUI)

Q64 Quand était-ce la dernière fois ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 an et 2 ans
3. Entre plus de 2 ans et 3 ans
4. Entre plus de 3 ans et 5 ans
5. Il y a plus de 5 ans

DIABÈTE (GUYANE, RÉUNION)**Q65** Concernant le diabète, un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez diabétique ?

1. Oui
2. Non

SI Q65 = 1 (OUI) ET SI FEMME

Q66 Avez-vous eu un diabète uniquement au cours d'une grossesse et guéri depuis ?

1. Oui
2. Non
3. [Est enceinte actuellement et a un diabète lié à cette grossesse]
4. [Non concernée, n'a pas eu de grossesse]

SI Q65 = 1 (OUI) ET Q66 = 2, 3, 4
(AUTRES RÉPONSES QUE OUI)**Q67** À quel âge, environ, un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?

SI Q67 = NSP

Q68 Vous diriez que c'était... ?

- Avant l'âge de 10 ans
 Entre 10 à 14 ans
 Entre 14 et 18 ans
 ...
 Entre 71 à 75 ans

SI Q65 = 1 (OUI) ET Q66 = 2, 3, 4
(AUTRES RÉPONSES QUE OUI)**Q69** Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par injections d'insuline ?

1. Oui
2. Non

SI Q69 = 1 (OUI)

Q70 À quel âge, environ, avez-vous commencé les injections d'insuline ?

SI Q70 = NSP

Q71 Vous diriez que c'était... ?

- Avant l'âge de 10 ans
- Entre 10 à 14 ans
- Entre 14 et 18 ans
- ...
- Entre 71 à 75 ans

SI Q65 = 1 (OUI) ET Q66 = 2, 3, 4
(AUTRES RÉPONSES QUE OUI)

Q77 Suivez-vous un régime en raison de votre diabète ?

1. Oui
2. Non

SI Q65 = 1 (OUI) ET Q66 = 2, 3, 4
(AUTRES RÉPONSES QUE OUI)

Q72 Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois... ?

- Un médecin généraliste
- Un médecin spécialiste du diabète
- Un infirmier
- Un pédicure-podologue
- Un diététicien ou un nutritionniste
- Un dentiste
- Un psychiatre ou un psychologue
- Un autre spécialiste (préciser)
 1. Oui
 2. Non

SI Q72 « AUTRE SPÉCIALISTE » = 1 (OUI)

Q73 Quel autre spécialiste avez-vous vu ?

POUR CHAQUE PROFESSIONNEL CITÉ, SI Q72 = 1 (OUI)

Q74 Combien de fois avez-vous vu ce professionnel ?

Q75 Quand l'avez-vous vu pour la dernière fois (il y a combien de mois) ?

Q76 Vous avez consulté ce professionnel... ?

1. À l'hôpital
2. En cabinet
3. À domicile
4. Dans un autre lieu

VACCINATIONS

Q78 Êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

1. Très
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout favorable

Q79 Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

1. Oui
2. Non
3. [Est défavorable à toutes les vaccinations en général]

SI Q79 = 1 (OUI)

Q80 Lesquelles ?

Q81 Pensez-vous être à jour de vos vaccinations ?

1. Oui
2. Non

VIRUS RESPIRATOIRES (MARTINIQUE, RÉUNION)

Q82 Dans chacune des situations suivantes de votre vie quotidienne, dites-moi, très franchement, si vous vous lavez les mains... ?

- Avant de faire la cuisine
- Après être allé aux toilettes
- Avant de vous occuper d'un bébé de moins de 6 mois
- Après vous être mouché
 1. Systématiquement
 2. Souvent
 3. Rarement
 4. Jamais
 5. [Non concerné]

TABAC**1. Statut tabagique**

Q83 Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

1. Oui
2. Non/NSP

SI Q83 = 1 (OUI)

Q84 Fumez-vous... ?

- Du tabac à rouler
 - Des cigarettes en paquet
 - Des cigarillos
1. Oui
 2. Non

SI Q83 = 2 (NON/NSP)

Q85 Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI Q85 = 1 (OUI)

Q86 Avez-vous fumé quotidiennement pendant plus de six mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q83 = 1 (OUI)

Q87 Fumez-vous tous les jours ?

1. Oui
2. Non

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ, SI Q84 = 1 (OUI)

Q88 Combien de cigarettes roulées/ cigarettes en paquet (sans compter le tabac à rouler)/cigarillos fumez-vous en moyenne ?

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI Q86 = 1 (OUI)

Q89 Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

1. XX jours
2. XX semaines
3. XX mois
4. XX années

SI Q87 = 1 (OUI)

Q90 Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine ?

1. Oui
2. Non

SI Q87 = 1 (OUI)

Q91 À quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ?

1. XX jours
2. XX semaines
3. XX mois
4. XX années

SI Q83 = 1 (OUI)

Q92 Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI Q92 = 1 (OUI)

Q93 Avez-vous le projet d'arrêter... ?

1. Dans le mois à venir
2. Dans les six prochains mois
3. Dans les douze prochains mois
4. Dans un avenir non déterminé

SI Q83 = 1 (OUI) OU Q85 = 1 (OUI) ET ÂGE ≤ 40 ANS

Q94 À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

SI Q94 = NSP

Q95 Vous diriez que c'était plutôt ... ?

- Avant l'âge de 10 ans
- Entre 10 à 14 ans
- Entre 14 et 18 ans
- ...
- Entre 36 et 40 ans

2. Cigarettes électroniques**Q96** Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas ce que c'est]

SI Q96 = 1 (OUI)

Q97 Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

1. Oui, tous les jours
2. Oui, occasionnellement
3. Non

ALCOOL**Q98** Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

1. Oui
2. Non/NSP

SI Q98 = 2 (NON/NSP)

Q99 Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

1. Oui
2. Non

1. Audit-C

SI Q98 = 1 (OUI) OU Q99 = 1 (OUI)

Q100 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu... ?

- Du vin (blanc, rosé, rouge)
 - De la bière
 - Des alcools forts de type whisky, rhum, vodka [ajouter à la liste : si Réunion : « bourbognac », si Guyane : « cahaça, tafia, crémasse »], seuls ou mélangés
 - D'autres alcools de type champagne, liqueur, cidre, panaché... [ajouter à la liste : si Guyane « kachiri », si Réunion : « anisette, Marie Brizard »]
1. Tous les jours
 2. Plusieurs fois par semaine
 3. Une fois par semaine
 4. Moins souvent
 5. Jamais

POUR CHAQUE TYPE DE BOISSON ALCOOLISÉE CITÉE, SI Q100 = 2 (PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE)

Q101 Combien de fois par semaine buvez-vous ce type de boisson alcoolisée ?

SI BUVEUR HEBDOMADAIRE (AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE)

Q102 Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

SI BUVEUR AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Q103 À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire SIX verres d'alcool ou plus en une même occasion ?

1. Jamais
2. Moins d'une fois par mois
3. Une à trois fois par mois
4. Une fois par semaine
5. Plusieurs fois par semaine

SI Q103 = 5 (PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE)

Q104 Combien de fois par semaine buvez-vous au moins six verres d'alcool ?

SI Q103 = 3, 4, 5

Q105 Lorsque vous buvez au moins six verres, est-ce plutôt... ?

1. Avec de la famille
2. Avec des amis
3. Seul

SI Q103 = 3, 4, 5

Q106 Lorsque vous buvez au moins six verres, est-ce plutôt... ?

1. Chez vous
2. Chez une autre personne
3. Dans un bar/pub/restaurant
4. Dans une discothèque/un concert
5. Dans un lieu à l'extérieur où vous apportez de l'alcool

2. Ivresses**SI Q98 = 1 (OUI) OU Q99 = 1 (OUI)**

Q107 Au cours de votre vie, avez-vous déjà été ivre ?

1. Oui
2. Non

SI Q107 = 1 (OUI)

Q108 Et au cours des douze derniers mois (avez-vous déjà été ivre) ?

1. Oui
2. Non

SI Q108 = 1 (OUI)

Q109 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?

SI Q107 = 1 (OUI) ET ÂGE ≤ 40 ANS

Q110 À quel âge avez-vous été ivre pour la première fois au cours de votre vie ?

SI Q110 = NSP

Q111 Vous diriez que vous aviez plutôt....

- Moins de 10 ans
- Entre 10 à 14 ans
- Entre 14 et 18 ans
- ...
- Entre 36 et 40 ans

DROGUES ILLICITES (< 65 ANS)

Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes.

1. Niveaux d'usages - cannabis

Réunion : appellation = « cannabis ou zamal »
Guyane : appellation = « cannabis, herbe ou kali »

Antilles : appellation = « cannabis, herbe ou shit »

Q112 Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir <appellation> en vingt-quatre heures, si vous en vouliez ?

1. Impossible
2. Très difficile
3. Assez difficile
4. Assez facile
5. Très facile

Q113 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé <appellation> ?

1. Oui
2. Non

SI Q113 = 2 (NON)

Q114 En avez-vous déjà goûté ?

1. Oui
2. Non

SI Q113 = 1 (OUI) OU Q114 = 1 (OUI)

Q115 L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q115 = 1 (OUI)

Q116 Et l'avez-vous fait au cours des trente derniers jours ?

1. Oui
2. Non

SI Q116 = 1 (OUI)

Q117 Combien de fois au cours des trente derniers jours avez-vous consommé <appellation> ?

SI Q113 = 1 (OUI) OU Q114 = 1 (OUI)

Q118 À quel âge avez-vous consommé <appellation> pour la première fois (même juste pour y goûter) ?

2. Niveaux d'usages - autres drogues illicites

Q119 Au cours de votre vie, avez-vous consommé... ?

- Des champignons hallucinogènes (si a déjà consommé ou goûté du cannabis)
- De l'ecstasy ou MDMA (si a déjà consommé ou goûté du cannabis)
- Des amphétamines
- De la cocaïne
- Du crack ou de la cocaïne basée (si DFA)
- Du poppers
 1. Oui
 2. Non
 3. [Ne connaît pas le produit]

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ, SI Q119 = 1 (OUI)

Q120 L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ, SI Q119 = 1 (OUI)

Q121 À quel âge avez-vous pris <ce produit> pour la première fois ?

3. Usages détournés de médicaments (Réunion)

Q122 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé...

- De l'Artane® pour une recherche d'effet ?
- Du Rivotryl® pour une recherche d'effet ?
- Du Rohypnol® pour une recherche d'effet ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne connaît pas le produit]

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ, SI Q122 = 1 (OUI)

Q123 Et avez-vous pris de l'Artane®/du Rivotryl®/du Rohypnol® au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ, SI Q122 = 1 (OUI)

Q124 Au cours de votre vie, avez-vous consommé de l'Artane®/du Rivotryl®/du Rohypnol® avec de l'alcool ?

1. Oui
2. Non

SI Q124 = 1 (OUI)

Q125 Et avez-vous consommé de l'Artane®/du Rivotryl®/du Rohypnol® avec de l'alcool au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

POUR CHAQUE PRODUIT CITÉ SI Q124 = 1 (OUI)
ET SI A CONSOMMÉ DU CANNABIS

Q126 Au cours de votre vie, avez-vous consommé de l'Artane®/du Rivotryl®/du Rohypnol® avec de l'alcool et du zamal (cannabis) ?

1. Oui
2. Non

SI Q126 = 1 (OUI) ET Q125 = 1 (OUI)

Q127 Et avez-vous consommé de l'Artane®/du Rivotryl®/du Rohypnol® avec de l'alcool ET du zamal (cannabis) au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

4. Autres drogues (ouvert) et recours à l'injection

Q128 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ?

1. Oui
2. Non

SI Q128 = 1 (OUI)

Q129 Laquelle ou lesquelles ?

POSER Q130 POUR CHAQUE DROGUE CITÉE EN Q129

Q130 Avez-vous consommé du/de la [drogue citée] au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q119 (ECSTASY/MDMA/AMPHÉTAMINES/COCAÏNE) = 1 (OUI) OU Q128 = 1 (OUI)

Q131 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu recours à l'injection d'une drogue ou d'un produit de substitution ?

1. Oui
2. Non

SI Q131 = 1 (OUI)

Q132 À quel âge avez-vous eu recours à l'injection d'une drogue ou d'un produit de substitution la première fois ?

SI Q132 = NSP

Q133 Vous diriez à partir de....

- Avant l'âge de 10 ans
- Entre 10 à 14 ans
- Entre 14 et 18 ans
- ...
- Entre 60 à 64 ans

SANTÉ MENTALE

Q134 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé dit spontanément qu'il est sous antidépresseur]

SI Q134 = 1 (OUI) OU 3 (SOUS ANTIDÉPRESSEUR)

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

Q135 Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé(e), sans espoir durait généralement...

1. Toute la journée
2. Pratiquement toute la journée
3. Environ la moitié de la journée
4. Moins de la moitié de la journée

SI Q135 = 1 OU 2 (TOUTE LA JOURNÉE OU PRESQUE)

Q136 Pendant ces deux semaines, aviez-vous ce sentiment... ?

1. Chaque jour
2. Presque chaque jour
3. Moins souvent

POSER Q137 À Q146 SI Q136 = 1 OU 2, SINON ALLER À Q147

Q137 Toujours pendant ces deux semaines, aviez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non

Q138 Pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisée(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

Q139 Pendant cette même période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids
3. Votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé dit spontanément avoir pris ou perdu du poids]
5. [L'interviewé dit spontanément qu'il faisait un régime]

POSER SI Q139 = 1 OU 4 [SI A PRIS DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS OU PERDU DU POIDS]

Q140 Combien avez-vous pris de kilos ?

POSER SI Q139 = 2 OU 4 [SI A PERDU DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS OU PERDU DU POIDS]

Q141 Combien avez-vous perdu de kilos ?

Q142 Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI Q142 = 1 (OUI)

Q143 Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il... ?

1. Chaque nuit
2. Presque chaque nuit
3. Moins souvent

Q144 Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

Q145 Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. (Pendant ces deux semaines), avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

Q146 Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI Q134 = 2 OU 4 (PAS DÉPRIMÉ(E) OU NSP) OU Q135 = 3, 4, 5 (PAS TOUTE LA JOURNÉE OU NSP) OU Q136 = 3 OU 4 (MOINS SOUVENT OU NSP)

Q147 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines, pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé dit spontanément qu'il est sous antidépresseur]

SI Q147 = 1 OU 3 (OUI OU ANTIDÉPRESSEUR)

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour la plupart des choses était la plus intense.

Q148 Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt... ?

1. Toute la journée
2. Pratiquement toute la journée
3. Environ la moitié de la journée
4. Moins de la moitié de la journée

SI Q148 = 1 OU 2 (TOUTE LA JOURNÉE OU PRESQUE)

Q149 Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

1. Chaque jour
2. Presque chaque jour
3. Moins souvent

SI Q149 = 1 OU 2

Q150 Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SI Q149 = 1 OU 2

Q151 Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids
3. Non, votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé dit spontanément avoir pris ou perdu du poids]
5. [L'interviewé dit spontanément qu'il faisait un régime]

SI Q151 = 1 OU 4

Q152 Combien avez-vous pris de kilos ?

SI Q151 = 2 OU 4

Q153 Combien avez-vous perdu de kilos ?

SI Q149 = 1 OU 2

Q154 Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI Q154 = OUI

Q155 Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il... ?

1. Chaque nuit
2. Presque chaque nuit
3. Moins souvent

SI Q149 = 1 OU 2

Q156 Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SI Q149 = 1 OU 2

Q157 Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SI SQ149 = 1 OU 2

Q158 Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI Q136 = 1 OU 2 OU SI Q149 = 1 OU 2

Q159 Durant cette période d'au moins deux semaines, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

1. Oui
2. Non

SI Q159 = OUI

Q160 Dans quelle mesure vos activités habituelles ont-elles été perturbées ?

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Un petit peu

SI Q136 = 1 OU 2 OU SI Q149 = 1 OU 2

Q161 Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un hôpital, d'une association, d'un centre, d'une ligne téléphonique, d'un site internet ou d'un autre service pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1. Oui
2. Non

SI Q161 = OUI

Q162 Lequel ou lesquels ?

1. Un centre médico-psychologique (CMP)
2. Les urgences d'un hôpital
3. Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
4. Un centre de jour ou un hôpital de jour
5. Les services d'un centre de crise
6. Un groupe d'entraide
7. Une association
8. Une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
9. Un service de médecine préventive universitaire
10. Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)
11. Un autre organisme (préciser)
12. Un site Internet

SI Q136 = 1 OU 2 OU SI Q149 = 1 OU 2

Q163 Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre, un psychologue, un médecin généraliste ou spécialiste, un thérapeute, une infirmière, une assistante sociale ou autre, pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1. Oui
2. Non

SI Q163 = OUI

Q164 Lequel ou lesquels ?

1. Un médecin généraliste ou un médecin de famille
2. Un psychiatre
3. Un pédopsychiatre
4. Un pédiatre
5. Un autre médecin spécialiste
6. Un psychologue
7. Un psychanalyste
8. Un psychothérapeute
9. Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
10. Un(e) infirmier(e)
11. Un kinésithérapeute
12. Un autre professionnel de santé
13. Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
14. Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
15. Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle telle que guérisseur, rebouteux...
16. Un religieux
17. Un coach
18. Un thérapeute non mentionné

Q165 Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ?

1. Oui
2. Non

SI Q165 = OUI

Q166 En avez-vous pris au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q166 = OUI

Q167 Au cours des douze derniers mois, quels sont ceux que vous avez pris ?**PSYCHOTROPES/PSYCHOTHÉRAPIES (GUADELOUPE, MARTINIQUE)**

POUR CHAQUE MÉDICAMENT CITÉ EN Q167

Q168 Prenez-vous le médicament cité actuellement ?

1. Oui
2. Non

Q169 Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?

1. Oui
2. Non

SI Q169 = OUI

Q170 En avez-vous suivi une au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q170 = OUI

Q171 Poursuivez-vous une psychothérapie encore actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI Q170 = NON

Q172 En avez-vous suivi une au cours des cinq dernières années ?

1. Oui
2. Non

SUICIDE

Q173 Au cours des douze DERNIERS MOIS, avez-vous pensé à vous suicider ?

1. Oui
2. Non

SI Q173 = OUI

Q174 Était-ce plutôt en rapport avec... ?

- Votre situation ou vie professionnelle poser si Q12 = 1, 2 ou 5 (si personne active)
- Votre scolarité poser si Q12 = 8 ou 9 (si étudiant)
- Votre vie personnelle
- Autre chose (préciser)

Q175 Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI Q175 = OUI (A FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE)

Q176 Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

SI Q176 = OUI

Q177 Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de « la dernière fois que vous avez fait une »/« votre » tentative de suicide. Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI Q177 = NON OU NSP

Q178 Quel âge aviez-vous lors de cette (« dernière » si plusieurs) tentative ?

SI Q175 = OUI

Q179 Suite à cette tentative de suicide...

- Êtes-vous allé(e) à l'hôpital ?
 - (Si « est allé(e) à l'hôpital) Avez-vous été hospitalisé(e) pendant au moins une nuit ?
 - Avez-vous été suivi(e) par un médecin ou un « psy » ?
 - En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy » ?
1. Oui
 2. Non

SOMMEIL (GUYANE, MARTINIQUE)

Q180 En moyenne, de combien d'heures de sommeil avez-vous besoin généralement pour être en forme le lendemain ?

Q181 Le plus souvent hors vacances et week-end, à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ?

Q182 Le plus souvent hors vacances et week-end, combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?

Q183 Le plus souvent hors vacances et week-end, à quelle heure vous réveillez-vous ?

POSER Q184 À Q190 UNIQUEMENT SI MARTINIQUE

SI Q182 > 5 MINUTES

Q184 Généralement, avez-vous des difficultés à vous endormir ?

1. Oui
2. Non

Q185 Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit avec des difficultés pour vous rendormir ?

1. Oui
2. Non

Q186 Vous arrive-t-il de vous réveiller trop tôt le matin sans pouvoir vous rendormir ?

1. Oui
2. Non

Q187 Généralement, trouvez-vous que votre sommeil est récupérateur, c'est-à-dire qu'il vous permet de récupérer de la fatigue de la journée ?

1. Oui
2. Non

SI Q184 = OUI OU Q185 = OUI OU Q186 = 1
OU Q187 = NON

Q188 Vous avez indiqué au moins un problème de sommeil, cela vous arrive-t-il... ?

1. Moins de 3 nuits par semaine
2. 3 nuits par semaine ou plus

SI Q184 = OUI OU Q185 = OUI OU Q186 = 1
OU Q187 = NON

Q189 Avez-vous ces problèmes de sommeil... ?

1. Depuis moins d'un mois
2. Depuis un mois ou plus

SI Q189 = 2 (UN MOIS OU +) ET SI Q188 = 2 (3 NUITS OU +)

Q190 Ces problèmes ont-ils un impact négatif sur... ?

- Vos activités quotidiennes
 - Votre travail/votre scolarité
 - Vos relations avec les autres
 - Vos loisirs
 - Votre capacité de mémoire ou de concentration
 - Votre caractère (irritabilité)
 - Votre humeur (tristesse, idées noires)
1. Oui
 2. Non

ALIMENTATION (GUYANE, RÉUNION)**Q191** À quelle fréquence consommez-vous des fruits, en excluant les jus ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI Q191 = 1

Q192 Combien de portions par jour ?

XX portions

Q193 À quelle fréquence consommez-vous des légumes ou de la salade, EN EXCLUANT [si Réunion: « les jus et les pommes de terre » ; si Guyane « les jus, les légumes racines et les féculents (patates douces, igname, manioc ou couac, dachines, tayoves, pommes de terre, pâtes, riz, maïs) »] ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI Q193 = 1 (TOUS LES JOURS)

Q194 Combien de portions par jour ?

XX portions

Q195 À quelle fréquence buvez-vous des boissons sucrées ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI Q195 = 1 (TOUS LES JOURS)

Q196 Combien de verres ou de canettes par jour ?

XX verres/canettes

Q197 À quelle fréquence buvez-vous des boissons énergisantes ?

1. Une ou plusieurs fois par semaine
2. Moins souvent
3. Jamais

SI Q197 = 1 (UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE)

Q198 Combien de fois par semaine buvez-vous des boissons énergisantes ?**Q199** À quelle fréquence consommez-vous des produits laitiers, comme du lait, des yaourts ou du fromage ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI GUYANE

Q200 Combien prenez-vous de repas par jour ?

1. 4 ou plus
2. 3 repas
3. 2 repas
4. 1 repas
5. Moins d'un repas

SI GUYANE

Q201 Prenez-vous un petit-déjeuner... ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI GUYANE

Q202 Prenez-vous un repas le midi... ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

SI GUYANE

Q203 Prenez-vous un repas le soir... ?

1. Tous les jours
2. Entre 4 et 6 fois par semaine
3. Entre 1 et 3 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais

ACCIDENTS**1. Survenue d'accidents**

Q204 Au cours des douze derniers mois, combien d'accidents ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital avez-vous eu ?

SI Q204 > 0

Q205 Cet accident, était-ce/Parlons du dernier accident, était-ce... ?

- Un accident de travail
 - Un accident de la circulation
 - Un accident de sport
 - Un autre type d'accident
1. Oui
 2. Non

SI Q204 > 0

Q206 Pouvez-vous me décrire précisément les circonstances de « cet accident »/« ce dernier accident » ?
Activités pratiquées, lieu, partie du corps touchée...

Q207 Dans les 48 heures qui ont suivi « cet accident »/« ce dernier accident », avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?

1. Oui, sévèrement limité
2. Oui, assez limité
3. Non, pas du tout

Q208 Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait... ?

- De la moto, de la mobylette ou du scooter
 - Du vélo
1. Oui
 2. Non

SI Q208 MOTO = OUI Q208 VÉLO = OUI

Q209 La dernière fois que vous étiez à moto/vélo, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

2. Chutes des personnes âgées (> 55 ans)

Q210 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?

1. Oui
2. Non

SI Q210 = OUI

Q211 Combien de fois environ ?

SI Q211 > 0

Q212 Avez-vous consulté un médecin suite à votre chute ?

1. Oui
2. Non

SI Q211 > 0

Q213 Avez-vous dû limiter vos déplacements ou vos activités quotidiennes par peur de retomber ?

1. Oui
2. Non

Q214 Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?

1. Oui
2. Non
3. Activité sportive

Q215 Combien de jours par semaine pratiquez-vous au moins 30 minutes d'activité physique, que ce soit dans le cadre de votre travail, de vos déplacements ou de vos loisirs ?

Q216 Savez-vous nager ?

1. Non
2. Oui, environ 10 mètres
3. Oui, environ 50 mètres ou plus de 2 minutes

HANDICAP

Q217 Avez-vous une reconnaissance officielle ou une allocation du fait d'un handicap (allocation, pension ou carte d'invalidité, PCH, admission dans un établissement spécialisé...) ?

1. Oui
2. Non

SI Q217 = NON/NSP (PAS DE RECONNAISSANCE OFFICIELLE)

Q218 Considérez-vous que vous avez un handicap ?

1. Oui
2. Non

SI Q218 = OUI

Q219 Avez-vous déjà fait une demande de reconnaissance de handicap ?

1. Oui
2. Non

ALZHEIMER

Q220 Avez-vous ou avez-vous eu dans votre entourage une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé se déclare atteint de la maladie]

SI Q220 = OUI

Q221 Apportez-vous ou avez-vous apporté de l'aide, en raison de sa maladie, à cette personne pour les actes de la vie quotidienne ?

1. Oui
2. Non

SI Q221 = OUI

Q222 Apportez-vous cette aide actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI Q220 = NON/NSP

Q223 Craignez-vous cette maladie pour vous ou un de vos proches ?

1. Oui
2. Non

Q224 Savez-vous où est la Consultation mémoire la plus proche de chez vous ? Il s'agit d'une consultation d'évaluation des troubles de la mémoire.

1. Oui
2. Non

Q225 Pensez-vous qu'il faille garder une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en milieu familial ?

1. Oui, même si les personnes qui les aident sont épuisées
2. Oui, le plus longtemps possible, tant que les personnes qui les aident ne sont pas épuisées
3. Non, elles sont mieux en milieu médical

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (II)**1. PCS de l'interviewé****PROFESSION**

SI ÂGE ≥ 16 ET SI RETRAITÉ(E)/PRÉRETRAITÉ(E)/CHÔMEUR(SE)/FEMME HOMME AU FOYER/INACTIF(VE) AVEC PENSION D'INVALIDITÉ/ÉTUDIANT(E)/AUTRE SITUATION

Q226 Nous avons bientôt terminé. Je vais maintenant vous poser quelques questions d'ordre général. Avez-vous déjà travaillé (hors emploi d'été et emploi saisonnier si étudiant) ?

1. Oui
2. Non

SI Q226 = OUI

Q227 Exerciez-vous une activité professionnelle en tant que... ?

1. Salarié(e) : de l'État, d'une collectivité locale, des HLM ou des hôpitaux publics, d'une entreprise, d'un artisan, d'une association, d'un particulier
2. Sans être rémunéré(e), vous aidez un membre de votre famille dans son travail
3. Chef d'entreprise salarié, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e)
4. Indépendant(e)

SI SALARIÉ(E)

Q228 Vous êtes/étiez salarié(e)... ?

1. Du privé (y compris des particuliers)
2. De l'État
3. De collectivités territoriales, HLM, hôpitaux
4. D'une entreprise publique nationalisée

SI SALARIÉ(E)

Q229 Quelle est/était votre catégorie socioprofessionnelle ?

1. Ouvrier (ouvrier spécialisé, ouvrier qualifié, ouvrier hautement qualifié...)
2. Employé ou catégorie C ou D de la fonction publique (employé de bureau, commerce, aides-soignantes, gardiennes d'enfants...)

3. Agent de maîtrise, profession intermédiaire, technicien ou catégorie B de la fonction publique (dessinateur, vrp, instituteur, assistante sociale, infirmière ...)
4. Cadre ou catégorie A de la fonction publique (ingénieur, professeur, directeur général ou adjoint ou directeur...)
5. Autre

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Q230 Quelle est votre profession actuelle ?
Quelle était votre dernière profession ?

2. PCS du chef de famille

SI LA PERSONNE N'A PAS LES PLUS HAUTS REVENUS ET (ÂGE = 15 OU N'A JAMAIS TRAVAILLÉ)

Q231 Quelle est actuellement la situation professionnelle de la personne qui a les plus hauts revenus dans votre foyer ?

1. Actif(ve) (travaillant actuellement, en congé maladie de moins de 3 ans, congé maternité, parental ou congé formation)
2. Apprenti(e) sous contrat ou en stage rémunéré
3. Retraité(e)
4. Préretraité(e)
5. Chômeur(se)
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) avec pension d'invalidité
8. Étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré
9. Enfant non scolarisé
10. Autre situation (congés longue durée...)

SI NON ACTIF

Q232 Cette personne a-t-elle déjà travaillé ?

1. Oui
2. Non

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Q233 Exerce-t-elle/exerçait-t-elle une activité professionnelle en tant que... ?

1. Salarié(e) de l'État, d'une collectivité locale, des HLM ou des hôpitaux publics, d'une entreprise, d'un artisan, d'une association, d'un particulier
2. Sans être rémunéré(e), vous aidez un membre de votre famille dans son travail
3. Chef d'entreprise salarié(e), PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e)
4. Indépendant(e)

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ + SALARIÉE

Q234 Cette personne est-elle/était-elle salariée... ?

1. Du privé (y compris des particuliers)
2. De l'État
3. De collectivités territoriales, HLM, hôpitaux
4. D'une entreprise publique nationalisée

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ + SALARIÉE

Q235 Quelle est/était sa catégorie socioprofessionnelle ?

1. Ouvrier (Ouvrier spécialisé, Ouvrier qualifié, Ouvrier hautement qualifié...),
2. Employé ou catégorie C ou D de la fonction publique (employé de bureau, commerce, aides-soignantes, gardiennes d'enfants...)
3. Agent de maîtrise, profession intermédiaire, technicien ou catégorie B de la fonction publique (dessinateur, vrp, instituteur, assistante sociale, infirmière ...)
4. Cadre ou catégorie A de la fonction publique (ingénieur, professeur, directeur général ou adjoint ou directeur...)
5. Autre

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Q236 Quelle est plus précisément sa profession ? Quelle était plus précisément sa dernière profession ?

3. Conditions de ressources

Q237 Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/famille, financièrement... ?

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)

Q238 Avez-vous une complémentaire santé, souvent appelée mutuelle, ou la CMU-Complémentaire ?

1. Oui
2. Non

Q239 La somme des revenus nets par mois de l'ENSEMBLE des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure OU supérieure ou égale à 1 500 euros par mois ?

ENQ: si besoin, cela inclut les allocations, rentes et tous types de bénéfices.

1. Inférieure
2. Supérieure

Q240 Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

1. Moins de 230 € par mois
2. De 230 à moins de 380 € par mois
3. De 380 à moins de 600 € par mois
4. De 600 à moins de 1 000 € par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 € par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 € par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 € par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 € par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 € par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 € par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 € par mois
12. Plus de 7 600 € par mois

Q241 Au cours des douze derniers mois, avez-vous bénéficié personnellement du RSA (revenu de solidarité active) ?

1. Oui
2. Non

SI Q241 = OUI

Q242 Bénéficiez-vous du RSA actuellement ?

1. Oui
2. Non

4. Religion

Q243 Avez-vous une religion ?

1. Oui
2. Non

SI Q243 = OUI

Q244 Aujourd'hui, diriez-vous que par rapport à la religion, vous avez une pratique... ?

1. Régulière
2. Occasionnelle
3. Pas de pratique mais un sentiment d'appartenance
4. Ni pratique, ni sentiment d'appartenance

Q245 Quelle est votre commune d'habitation ?

ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

Q246 Vous personnellement, de combien de NUMÉROS de téléphones MOBILES disposez-vous à titre privé ou professionnel (« y compris celui sur lequel je vous appelle » si mobile) ?

1. Échantillon fixe

SI ÉCHANTILLON FIXE ET Q246 > 0 ET 2 HABITANTS DE 15-75 ANS

Q247 Est-ce que l'autre personne de votre foyer âgée de 15 à 75 ans dispose d'un numéro de téléphone mobile ?

SI ÉCHANTILLON FIXE ET Q246 > 0 ET PLUS DE 2 HABITANTS DE 15-75 ANS

Q248 Parmi l'ensemble des personnes de votre foyer âgées de 15 à 75 ans, combien n'ont PAS de numéro de téléphone MOBILE ?

SI Q247 = NON OU Q248 > 0

Q249 Est-ce que « cette personne qui n'a pas de numéro de téléphone mobile »/« une ou plusieurs personnes qui n'ont pas de numéro de téléphone mobile » utilise « votre numéro »/« l'un de vos numéros » de téléphone mobile pour recevoir des appels ?

1. Oui, régulièrement
2. Oui, de temps en temps
3. Non

SI ÉCHANTILLON FIXE ET Q246 = 0 ET 2 HABITANTS DE 15-75 ANS

Q250 Est-ce que l'autre personne de votre foyer âgée de 15 à 75 ans dispose d'un numéro de téléphone mobile ?

SI ÉCHANTILLON FIXE ET Q246 = 0 ET PLUS DE 2 HABITANTS DE 15-75 ANS

Q251 Parmi l'ensemble des personnes de votre foyer âgées de 15 à 75 ans, combien ONT un numéro de téléphone MOBILE ?

SI ÉCHANTILLON FIXE ET Q250 = OUI OU Q251 > 0

Q252 Est-ce qu'il vous arrive d'utiliser le numéro de téléphone mobile « de cette personne »/« d'une de ces personnes » pour recevoir des appels ?

1. Oui, régulièrement
2. Oui, de temps en temps
3. Non

2. Échantillon mobile

SI ÉCHANTILLON MOBILE ET Q246 > 1 ET AUTRE PERSONNE DANS LE FOYER SANS TÉLÉPHONE MOBILE

Q253 Est-ce que « la personne de votre foyer âgée de 15 à 75 ans et qui n'a pas de numéro de téléphone mobile utilise »/« une ou plusieurs de ces personnes de votre foyer, âgées de 15 à 75 ans et qui n'ont pas de numéro de téléphone mobile, utilisent » « votre autre numéro »/« l'un de vos autres numéros » de téléphone mobile pour recevoir des appels ?

1. Oui, régulièrement
2. Oui, de temps en temps
3. Non

Q254 De combien de NUMÉROS de téléphone FIXES dispose-t-on dans votre foyer (Si fixe: « y compris celui sur lequel je vous appelle ») ?

SI Q254 > 1

Q255 Vous m'avez dit disposer de X numéros de téléphones fixes, « en plus de celui sur lequel je vous appelle » si fixe). ATTENTION, nous parlons ici de NUMÉROS de téléphones et non PAS du NOMBRE de téléphones que vous possédez. C'est correct ?

SI ÉCHANTILLON MOBILE ET Q254 > 0

Q256 Décrochez-vous lorsque votre téléphone fixe sonne ?

1. Oui tout le temps
2. Oui, de temps en temps
3. Non, jamais
4. Il ne sonne jamais

MODULE VACCIN (GUYANE, FOYERS AVEC ENFANTS DE 1 À 5 ANS)

Q257 Dans votre foyer, qui s'occupe le plus souvent des questions de santé concernant « votre enfant »/« vos enfants » de moins de 5 ans ?

1. Vous-même
2. Une autre personne (ma femme, mon conjoint)

SI Q257 = 2 (AUTRE PERSONNE)

Q258 Nous aimerions poser quelques questions (5 à 10 minutes) à cette personne sur la santé des jeunes enfants. Serait-il possible de lui parler ?

1. Oui, je vous la passe
2. Oui, mais elle est absente pour le moment – mettre en RDV avec commentaire et en prenant son prénom et demander à la personne de se munir du carnet de santé des enfants s'ils en ont un.
3. Non, refuse

Q259 Vous avez un enfant âgé de 1 an à moins de 2 ans. Quels sont ses mois et année de naissance ?

Q260 Pouvez-vous me donner son prénom ?

Q261 Vous avez un enfant âgé de 2 ans à 5 ans. Quels sont ses mois et année de naissance ? (ceux du plus jeune si plusieurs)

Q262 Pouvez-vous me donner son prénom ?

POUR CHAQUE ENFANT

Q263 Dans le cadre de cette enquête, nous voudrions avoir quelques renseignements sur les vaccins que votre enfant a déjà reçus. Pour cela, nous avons besoin que vous répondiez aux questions à l'aide de son carnet de santé français. Est-ce que « Prénom enf1 » a un carnet de santé français ?

1. Oui,
2. Non, il est perdu
3. Non, il n'en a jamais eu
4. Non, il a un autre type de carnet

1. Sans carnet de santé

Q264 Quand « Prénom » a-t-il été vu la dernière fois par un professionnel de santé ?

1. Moins d'un mois
2. Entre un et trois mois
3. Entre trois et six mois
4. Plus de six mois

Q265 Où était-ce ?

1. Au CDPS (Centre Départemental Prévention et Santé)
2. À la PMI (Protection Maternelle et Infantile)
3. À l'hôpital/en consultation hospitalière
4. Aux urgences
5. Au cabinet de son médecin traitant
6. Autre part, précisez : _____

Q266 Le professionnel de santé a-t-il évoqué le fait qu'il fallait vacciner « Prénom » car il n'était pas à jour ?

1. Oui
2. Non

SI Q266 = OUI

Q267 Est-ce que « Prénom » a été vacciné(e) à la suite de cette visite ?

1. Oui
2. Non

SI Q266 = NON

Q268 Pourquoi le vaccin n'a-t-il pas été fait ?

1. « Prénom de l'enfant » était malade
2. C'était trop loin
3. Je n'ai pas eu le temps
4. Le CDPS/PMI/cabinet était fermé quand j'y suis retourné(e)
5. Ma couverture sociale n'est plus à jour et je n'ai pas d'argent
6. Je suis contre certaines vaccinations, précisez : _____
7. Pour une autre raison, précisez : _____

SI Q266 = NON

Q269 Pensez-vous que les vaccins de « Prénom » sont à jour ?

1. Oui
2. Non

SI Q269 = NON

Q270 Pour quelle raison « Prénom » n'est pas à jour de ses vaccins ?

1. « Prénom de l'enfant » était malade
2. C'était trop loin
3. Je n'ai pas eu le temps
4. Le CDPS/PMI/cabinet était fermé quand j'y suis retourné(e)
5. Ma couverture sociale n'est plus à jour et je n'ai pas d'argent
6. Je suis contre certaines vaccinations, précisez : _____
7. Pour une autre raison, précisez : _____

2. Avec carnet de santé

Q271 Nous souhaitons recueillir les informations sur la vaccination, qui commencent habituellement page 90.

1. Ok, on continue
2. Problème, ne trouve pas la page

Q272 Pour commencer, regardez le 2^e tableau (au milieu) concernant la vaccination antituberculeuse B.C.G. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q272 = OUI

Q273 Qu'y a-t-il écrit dans la colonne « date » ?

1. Une date → saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q274 Regardez maintenant le tableau d'en bas (à la page 90), concernant la vaccination contre la diphtérie, le tétanos... (si besoin : la poliomyélite, la coqueluche et l'*haemophilus influenzae b*). Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q274 = OUI

Q275 Pouvez-vous me lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date → saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q276 Nom du vaccin :

- ACTHIB[®]
- BOOSTRIX/TETRA[®]
- DTCP PASTEUR[®]
- DTPOLIO[®]
- HEXAVAC[®]
- HIBEST[®]
- INFANRIX/HEXA[®]
- INFANRIX POLIO HIB[®]
- INFANRIX/QUINTA[®]
- INFANRIX POLIO[®]
- INFANRIX TETRA[®]
- PENTAVAC[®]
- PENTACOQ[®]
- PENT-HIBEST[®]
- REPEVAX[®]
- REVAXIS[®]

• TETRACOQ[®]

• TETRAVAC[®]

• Autre (en clair) _____

Q277 Rendez-vous maintenant à la page 91, et regardez le tableau pour les RAPPELS de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'*haemophilus influenzae b*. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q277 = OUI

Q278 Pouvez-vous me lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date → saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q279 Nom du vaccin

Q280 Tournez la page (page 92), et regardez le tableau pour la vaccination contre le pneumocoque. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q280 = OUI

Q281 Pouvez-vous lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date à saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q282 Nom du vaccin

Liste précodée noms des vaccins (Pneumocoque) :

- PNEUMO23[®]
- PREVENAR[®]
- PNEUMOVAX[®]
- Autre (en clair) _____

Q283 Regardez maintenant le tableau pour la vaccination contre l'hépatite B. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q283 = OUI

Q284 Pouvez-vous lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date à saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire la date sur la 1^{re} ligne

Q285 Nom du vaccin

Liste précodée noms des vaccins (Hépatite B) :

- ENGERIX B[®]
- GENHEVAC B[®]
- HBVAXDNA[®]
- HBVAXPRO[®]
- HEXAVAC[®]
- INFANRIXHEXA[®]
- TWINRIX[®]
- Autre (en clair) _____

Q286 Rendez-vous maintenant à la page 93 et regardez le tableau du haut, concernant les vaccinations contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q286 = OUI

Q287 Pouvez-vous lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date à saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q288 Nom du vaccin

Liste précodée noms des vaccins (ROR) :

- M-M-RVAXPRO[®]
- PRIORIX[®]
- ROUVAX[®]
- Autre (en clair) _____

Q289 Regardez maintenant le tableau du bas, c'est-à-dire le tableau pour les AUTRES VACCINATIONS. Y a-t-il quelque chose d'écrit dans ce tableau ?

1. Oui
2. Non

SI Q289 = OUI

Q290 Y a-t-il une ligne remplie dont le nom du vaccin est Stamaril ou Fièvre jaune ?

1. Oui
2. Non

SI Q290 = OUI

Q291 Pouvez-vous lire ligne par ligne la date et le nom du vaccin ?

1. Une date à saisir MOIS/ANNÉE
2. Aucune date indiquée
3. N'arrive pas à lire

Q292 Nom du vaccin

Liste précodée noms des autres vaccins :

- AGGRIPAL[®]
- AVAXIM[®]
- FLUARIX[®]
- FLUVIRINE[®]
- HAVRIX[®]
- IMMUGRIP[®]
- INFLUVAC[®]
- MENINGITEC[®]
- MENINVACT[®]
- MENJUGATE[®]
- MENCEVAX[®]
- MENOMUNE[®]
- MENVEO[®]
- MUTAGRIP[®]
- NEISVAC[®]
- PREVIGRIP[®]
- STAMARIL[®] (FIEVRE JAUNE)
- TYAVAX[®]
- TYPHERIX[®]
- TYPHIM VI[®]
- TWINRIX[®]
- VARILIX[®]
- VARIVAX[®]
- VAXIGRIP[®]
- Autre (en clair) _____

SI STAMARIL (FIÈVRE JAUNE)**Q293 Où « Prénom de l'enfant » a-t-il reçu son vaccin contre la fièvre jaune ?**

1. Au CDPS (Centre Départemental Prévention et Santé)
2. À la PMI (Protection Maternelle et Infantile)
3. À l'hôpital/en consultation hospitalière
4. Aux urgences
5. Au cabinet de son médecin traitant
6. Autre part, précisez

SI AUTRE QUE STAMARIL**Q294 Où « Prénom de l'enfant » a-t-il reçu ses vaccins (plusieurs réponses possibles) ?**

1. Au CDPS
2. À la PMI
3. À l'hôpital/en consultation hospitalière
4. Aux urgences
5. Au cabinet de son médecin traitant
6. Autre part, précisez : _____

Q295 Quand « Prénom » a-t-il été vu la dernière fois par un professionnel de santé ?

1. Moins d'un mois
2. Entre un et trois mois
3. Entre trois et six mois
4. Plus de six mois

Q296 Où était-ce ?

1. Au CDPS
2. À la PMI
3. À l'hôpital/en consultation hospitalière
4. Aux urgences
5. Au cabinet de son médecin traitant
6. Autre part, précisez : _____

Q297 Le professionnel de santé a-t-il évoqué le fait qu'il fallait vacciner « Prénom » car il n'était pas à jour ?

1. Oui
2. Non

SI Q297 = OUI**Q298 Est-ce que « Prénom » a été vacciné(e) à la suite de cette visite ?**

1. Oui
2. Non

SI Q298 = NON**Q299 Pourquoi le vaccin n'a-t-il pas été fait ?**

ENQ: Citer seulement si nécessaire

1. « Prénom de l'enfant » était malade
2. C'était trop loin
3. Je n'ai pas eu le temps
4. Le CDPS/PMI/cabinet était fermé quand j'y suis retourné(e)
5. Ma couverture sociale n'est plus à jour et je n'ai pas d'argent
6. Je suis contre certaines vaccinations, précisez : _____
7. Pour une autre raison, précisez : _____

FIN DE L'ENTRETIEN

Notre entretien est terminé. Au nom de l'Inpes, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Je vous souhaite une bonne soirée/fin de journée.

Q300 Le questionnaire a-t-il été passé :

En français, dans sa totalité/En créole,
dans sa totalité/En français et en créole



Direction de la collection: Thanh Le Luong
Édition: Vincent Fournier
L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources.
Pour nous citer: *Questionnaire du Baromètre santé DOM 2014*.
Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 40 p.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis CEDEX - France