

# 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 Mayotte<sup>1</sup> –, 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 QUESTIONNAIRE<sup>2</sup>**

### **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 CORNELLY (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<sup>er</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup>... 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<sup>re</sup> année du 2<sup>e</sup> cycle de l'enseignement supérieur)
11. Bac + 4 : maîtrise, master1 (dernière année du 2<sup>e</sup> cycle de l'enseignement supérieur)
12. Bac + 5 ou plus (3<sup>e</sup> 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 &gt; 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 &gt; 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 &gt; 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 &gt; 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 &gt; 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<sup>e</sup> 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<sup>®</sup>
- BOOSTRIX/TETRA<sup>®</sup>
- DTCP PASTEUR<sup>®</sup>
- DTPOLIO<sup>®</sup>
- HEXAVAC<sup>®</sup>
- HIBEST<sup>®</sup>
- INFANRIX/HEXA<sup>®</sup>
- INFANRIX POLIO HIB<sup>®</sup>
- INFANRIX/QUINTA<sup>®</sup>
- INFANRIX POLIO<sup>®</sup>
- INFANRIX TETRA<sup>®</sup>
- PENTAVAC<sup>®</sup>
- PENTACOQ<sup>®</sup>
- PENT-HIBEST<sup>®</sup>
- REPEVAX<sup>®</sup>
- REVAXIS<sup>®</sup>

• TETRACOQ<sup>®</sup>

• TETRAVAC<sup>®</sup>

• 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<sup>®</sup>
- PREVENAR<sup>®</sup>
- PNEUMOVAX<sup>®</sup>
- 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<sup>re</sup> ligne

**Q285** Nom du vaccin

Liste précodée noms des vaccins (Hépatite B) :

- ENGERIX B<sup>®</sup>
- GENHEVAC B<sup>®</sup>
- HBVAXDNA<sup>®</sup>
- HBVAXPRO<sup>®</sup>
- HEXAVAC<sup>®</sup>
- INFANRIXHEXA<sup>®</sup>
- TWINRIX<sup>®</sup>
- 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<sup>®</sup>
- PRIORIX<sup>®</sup>
- ROUVAX<sup>®</sup>
- 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<sup>®</sup>
- AVAXIM<sup>®</sup>
- FLUARIX<sup>®</sup>
- FLUVIRINE<sup>®</sup>
- HAVRIX<sup>®</sup>
- IMMUGRIP<sup>®</sup>
- INFLUVAC<sup>®</sup>
- MENINGITEC<sup>®</sup>
- MENINVACT<sup>®</sup>
- MENJUGATE<sup>®</sup>
- MENCEVAX<sup>®</sup>
- MENOMUNE<sup>®</sup>
- MENVEO<sup>®</sup>
- MUTAGRIP<sup>®</sup>
- NEISVAC<sup>®</sup>
- PREVIGRIP<sup>®</sup>
- STAMARIL<sup>®</sup> (FIEVRE JAUNE)
- TYAVAX<sup>®</sup>
- TYPHERIX<sup>®</sup>
- TYPHIM VI<sup>®</sup>
- TWINRIX<sup>®</sup>
- VARILIX<sup>®</sup>
- VARIVAX<sup>®</sup>
- VAXIGRIP<sup>®</sup>
- 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