

AUTO QUESTIONNAIRE DES 15 à 17 ANS

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir répondre aux questions posées dans les questionnaires qui vous sont proposés en suivant les consignes indiquées.

.

QUESTIONNAIRE N° 1

COMMENT REpondre AU QUESTIONNAIRE N° 1

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez.

Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

entourez la réponse de votre choix

- Excellente..... 1
- Très bonne..... 2
- Bonne..... 3
- Médiocre..... 4
- Mauvaise..... 5

2 Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

entourez la réponse de votre choix

- Bien meilleur que l'an dernier..... 1
- Plutôt meilleur..... 2
- A peu près pareil..... 3
- Plutôt moins bon..... 4
- Beaucoup moins bon..... 5

3 Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

6 Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

- | | |
|-------------------|---|
| Pas du tout..... | 1 |
| Un petit peu..... | 2 |
| Moyennement..... | 3 |
| Beaucoup..... | 4 |
| Enormément..... | 5 |

7 Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

entourez la réponse de votre choix

- | | |
|------------------|---|
| Nulle..... | 1 |
| Très faible..... | 2 |
| Faible..... | 3 |
| Moyenne..... | 4 |
| Grande..... | 5 |
| Très grande..... | 6 |

8 Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?

entourez la réponse de votre choix

- | | |
|-------------------|---|
| Pas du tout..... | 1 |
| Un petit peu..... | 2 |
| Moyennement..... | 3 |
| Beaucoup..... | 4 |
| Enormément..... | 5 |

9 Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10 Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

En permanence.....	1
Une bonne partie du temps.....	2
De temps en temps.....	3
Rarement.....	4
Jamais.....	5

11 Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE N° 2

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.
Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.
Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, entourer le chiffre correspondant à Non

- 1 Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?** *entourez la réponse de votre choix*
- Oui..... 1 → aller à la question 1.1
- Non..... 2 → aller à la question 2
- 1.1 Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?**
- Oui 1
- Non 2
- 1.2 Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ?**
- Oui 1
- Non 2
- 2 Vous-êtes vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
- 3 Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
- 4 Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2

5 Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

Oui..... 1

Non..... 2

6 Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ?
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

Oui..... 1

Non..... 2

7 Avez-vous des allergies nasales ?
(y compris le « rhume des foins »)

Oui..... 1

Non..... 2

8 Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Oui..... 1

Non..... 2

QUESTIONNAIRE N° 3

1 Avez-vous souffert du mal au dos ou aux reins au cours des 4 dernières semaines ?

entourez la réponse de votre choix

- Oui..... 1
- Non..... 2

Les questions qui suivent concernent la région lombaire (bas du dos) figurée sur le schéma. Entendez par lombalgie toute douleur, gêne ou blocage dans cette région, que la douleur s'étende ou non à la jambe.

1 Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert de lombalgie ?

entourez la réponse de votre choix

- Oui..... 1
- Non, mais j'en ai souffert dans le passé..... 2
- Non, je n'en ai jamais souffert..... 3

→ aller au questionnaire 4, page 10
→ aller au questionnaire 4, page 10

2 Dans les 12 derniers mois, combien de temps au total avez-vous souffert de lombalgie ?

- De 1 à 7 jours..... 1
- De 8 à 30 jours..... 2
- Plus de 30 jours mais pas tous les jours..... 3
- Tous les jours..... 4

3 S'agissait-il de :

- Sciatique, avec douleur s'étendant plus bas que le genou..... 1
- Sciatique, avec douleur ne dépassant pas le genou..... 2
- Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée)..... 3
- Autre type de lombalgie..... 4

QUESTIONNAIRE N° 4

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.
Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.

- 1 Etes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ?** *entourez la réponse de votre choix*
- Oui..... 1 → aller à la question 2
- Non..... 2 → aller au questionnaire 5, page 13
-
- 2 En souffrez-vous tous les jours ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
-
- 3 Lorsque vous en souffrez, prenez vous des médicaments ?**
- Oui, systématiquement..... 1 → aller à la question 5, page 11
- Oui, le plus souvent..... 2
- Oui, parfois..... 3
- Non, jamais..... 4
- } → aller à la question 4

Si vous avez répondu 2,3 ou 4 à la question 3 :

- 4 Lorsque vous ne prenez pas de médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**
- Moins de 30 minutes..... 1
- De 30 minutes à (moins de) 2 heures..... 2
- De 2 heures à (moins de) 4 heures..... 3
- De 4 heures à 12 heures..... 4
- Environ 1 jour..... 5
- Environ 2 jours..... 6
- Environ 3 jours..... 7
- Entre 3 et 7 jours..... 8
- Plus de 7 jours..... 9
- Ne sait pas..... 10
- Puis allez à la question 6, Page 11**

Si vous avez répondu 1 à la question 3 :

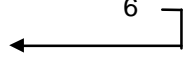
5 Vous prenez systématiquement un médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?

- Moins de 30 minutes..... 1
- De 30 minutes à (moins de) 2 heures..... 2
- De 2 heures à (moins de) 4 heures..... 3
- De 4 heures à 12 heures..... 4
- Environ 1 jour..... 5
- Environ 2 jours..... 6
- Environ 3 jours..... 7
- Entre 3 et 7 jours..... 8
- Plus de 7 jours..... 9
- Ne sait pas..... 10

6 Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal en début de crise :

entourez la réponse de votre choix

- Uniquement dans la moitié droite de votre tête..... 1
- Uniquement dans la moitié gauche de votre tête..... 2
- Tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête..... 3
- Tantôt unilatérale (dans une seule moitié de la tête), tantôt bilatérale (des deux côtés de la tête)..... 4
- Toujours bilatérale (des deux côtés de la tête)..... 5
- A un autre endroit..... 6
- Précisez lequel :*
-
- Ne sait pas..... 7



7 Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout : (une réponse possible)

- Des battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape dans votre tête..... 1
- Une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête..... 2
- Une autre sensation..... 3
- Ne sait pas..... 4

8 Quel est le retentissement de votre douleur sur vos activités habituelles ?

- Douleur faible, poursuite des activités habituelles..... 1
- Douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles..... 2
- Douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles..... 3
- Ne sait pas..... 4

- 9 Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?**
- Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 3
- 10 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir envie de vomir ?**
- Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 3
- 11 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir des vomissements ?**
- Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 3
- 12 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par la lumière ?**
- Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 3
- 13 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par le bruit ?**
- Oui..... 1
Non..... 2
Ne sait pas..... 3

QUESTIONNAIRE N° 5

Veillez entourer le chiffre (ou les chiffres) correspondant à la réponse.

1 Parmi les événements suivants, en est-il un ou plusieurs qui vous ont concerné personnellement ?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Décès du père..... | 1 |
| Maladie, handicap ou accident grave du père..... | 2 |
| Décès de la mère..... | 3 |
| Maladie, handicap ou accident grave de la mère..... | 4 |
| Séparation ou divorce des parents..... | 5 |
| Graves disputes ou mésentente entre les parents..... | 6 |
| Une situation matérielle difficile dont vous avez souffert..... | 7 |
| Des événements graves liés à des conflits armés (guerre, attentat, prise d'otages) ou des événements graves liés à des catastrophes naturelles (inondation, tempête, tremblement de terre) | 8 |
| Aucun de ces événements ne m'a concerné..... | 9 |

QUESTIONNAIRE N° 6

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.
Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question, vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.

1 Etes-vous fumeur ?

entourez la réponse de votre choix

- Oui, je fume tous les jours..... 1 → aller au TABLEAU 1
- Oui, mais je ne fume pas tous les jours..... 2 → aller à la question 2
- Non, mais auparavant je fumais tous les jours..... 3 → aller au TABLEAU 2, page 15
- Non..... 4 → aller au questionnaire 7, page 16

Pour les personnes qui fument actuellement mais pas tous les jours :

2 Auparavant, fumiez-vous tous les jours ?

- Oui..... 1 → aller au TABLEAU 3, page 15
- Non..... 2 → aller au questionnaire 7, page 16

TABLEAU 1

Pour les personnes qui fument tous les jours, actuellement

<u>FUMEZ-VOUS :</u>	SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :	SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?	SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?
Des cigarettes	oui	_ _	_ _
Des cigares	oui	_ _	_ _
Des pipes	oui	_ _	_ _

Puis, allez au questionnaire 7, page 16

TABLEAU 2

Pour les personnes qui ne fument plus mais qui, dans le passé,

fumaient tous les jours

<u>FUMIEZ-VOUS :</u>	SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :	SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?	SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?
Des cigarettes	oui	_ _	_ _
Des cigares	oui	_ _	_ _
Des pipes	oui	_ _	_ _

Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

EN MOIS : |_|_| mois

OU

EN ANNEES : |_|_| années

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à une aide ?

Oui..... 1

Non..... 2

Si OUI, laquelle ou lesquelles ? (entourez la ou les réponses correspondantes)

Patch antitabac..... 1

Gomme à mâcher (ou pastilles) spécial tabac.... 2

Psychothérapie ou soutien psychologique..... 3

Acupuncture ou hypnose..... 4

Autres aides spécifiques..... 5

A quelle occasion avez-vous décidé d'arrêter de fumer ?

..... Puis aller au questionnaire 7, page 16

TABLEAU 3

Pour les personnes qui ne fument pas tous les jours mais qui, dans le passé, fumaient tous les jours

<u>FUMIEZ-VOUS :</u>	SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :	SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?	SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?
Des cigarettes	oui	_ _	_ _
Des cigares	oui	_ _	_ _
Des pipes	oui	_ _	_ _

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.

1 A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif, etc...) ?

entourez la réponse de votre choix

- Jamais 1 → **ce questionnaire est terminé**
- Une fois par mois ou moins..... 2
- Deux ou trois fois par mois..... 3
- Une ou deux fois par semaine..... 4
- Trois ou quatre fois par semaine..... 5
- Quatre ou cinq fois par semaine..... 6
- Tous les jours ou presque..... 7

2 Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, lesquelles et combien de verres (ou canettes) consommez-vous ?

	SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :	SI REPONSE OUI : Nombre de verres ou de canettes
Vin, champagne, vin doux..... (1 bouteille=6 verres, 1 litre= 8 verres)	oui	_ _
Bière		
- demi ou canettes de 25 cl.....	oui	_ _
- canettes ou boîtes de 33 cl.....	oui	_ _
Apéritif, digestif, alcool fort.....	oui	_ _

3 Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...) ?

entourez la réponse de votre choix

- Jamais 1
- Une fois par mois ou moins..... 2
- Deux ou trois fois par mois..... 3
- Une ou deux fois par semaine..... 4
- Trois ou quatre fois par semaine..... 5
- Quatre ou cinq fois par semaine..... 6
- Tous les jours ou presque..... 7

4 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- Oui..... 1
- Non..... 2

5 Au cours des 12 derniers mois, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- Oui..... 1
- Non..... 2

6 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- Oui..... 1
- Non..... 2

7 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- Oui..... 1
- Non..... 2