

ENQUÊTE DE SANTÉ À MAYOTTE 2019 – UNONO WA MAORE

Questionnaire

SOMMAIRE

2 GRILLE DE LECTURE

2 QUESTIONNAIRE SUR LA COMPOSITION DU FOYER

4 QUESTIONNAIRE LONG ENFANTS DE PLUS DE 15 ANS ET ADULTES

4 Caractéristiques sociodémographiques

6 Conditions de ressources

6 Origines familiales et culturelles

7 Recours aux soins

8 Renoncement aux soins

9 Santé perçue

9 Alimentation / Insécurité alimentaire

10 Alcool

11 Diabète

15 Hypertension artérielle

15 Tabac

16 Usage de drogues

16 Hygiène et gestes barrières

16 Maladies à transmission vectorielle

17 Vaccination

17 Sexualité

17 Premier rapport sexuel

17 Module réservé aux répondants sexuellement actifs

18 Module réservé aux répondants âgés de moins de 30 ans non sexuellement actifs et ayant un copain / une copine

19 Comportements sexuels au cours des douze derniers mois

19 Utilisation du préservatif

19 Contraception : les connaissances

20 Contraception : l'utilisation

20 Contraception d'urgence

21 Dépistage des hépatites et du VIH

21 Hépatites B et C

21 VIH

22 QUESTIONNAIRE COURT ENFANTS DE PLUS DE 15 ANS ET ADULTES

22 Caractéristiques sociodémographiques

24 Santé perçue

24 Alcool

25 Diabète

29 Hypertension artérielle

29 Tabac

30 Usage de drogues

30 Hygiène et gestes barrières

30 Maladies à transmission vectorielle

31 Vaccination

31 QUESTIONNAIRE INFIRMIERS PERSONNES DE PLUS DE 15 ANS

32 QUESTIONNAIRE ENFANTS DE 3 À 14 ANS

34 QUESTIONNAIRE INFIRMIERS ENFANTS DE 3 À 14 ANS

35 QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

36 QUESTIONNAIRE INFIRMIERS ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

42 FIN DU QUESTIONNAIRE

GRILLE DE LECTURE

Les questionnaires de l'enquête de santé Unono Wa Maore sont présentés dans leur intégralité selon les classes d'âges interrogées. Ils reprennent les consignes indiquées sur l'écran des enquêteurs ainsi que les conditions des questions.

TITRE DE PARTIE

THÈME

SOUS-THÈME

CONDITIONS DE LA QUESTION

NOM DE LA QUESTION

Intitulé de la question

Consignes données aux enquêteurs.

1. Sous-question 1
2. Sous-question 2
1. Item de réponse 1
2. Item de réponse 2
- n. Item de réponse n

Les éléments entre parenthèses dans les intitulés des questions et sous-questions ainsi que les items de réponse apparaissant entre crochets ne sont pas lus par les enquêteurs.

Des items spécifiques à la non-réponse « Ne sait pas » ou « Refus » ne sont pas indiqués dans ce questionnaire mais pouvaient être codés si nécessaire par les enquêteurs quelle que soit la question posée.

Les personnes de 15 ans ou plus tirées au sort lors de l'enquête se sont vues attribuer aléatoirement un questionnaire long ou un questionnaire court. Le questionnaire court est composé de certains thèmes du questionnaire long.

Le masculin employé de façon générique a été retenu dans le questionnaire afin d'en alléger la lecture.

QUESTIONNAIRE SUR LA COMPOSITION DU FOYER

DATE

Date de l'entretien

Saisir le jour, le mois et l'année.



SEX

Noter le sexe de la personne présente dans le foyer lors de la venue de l'enquêteur

1. Homme
2. Femme

AGE1

Quel est votre âge ?

Saisir en clair.

SI ÂGE INCONNU

AGE2

Vous avez...

1. moins de 18 ans (êtes-vous mineur ?)
2. entre 18 et 29 ans ?
3. entre 30 et 39 ans ?
4. entre 40 et 49 ans ?
5. entre 50 et 59 ans ?
6. 60 ans et plus ?

SI MOINS DE 18 ANS Votre représentant légal est-il présent actuellement ?

1. Oui
2. Non

Si Oui, demander à le voir pour obtenir l'autorisation de participation du mineur.

Si Non, demander à parler à une personne présente dans le foyer âgée d'au moins 18 ans.

FOY1

Résidez-vous à Mayotte depuis au moins trois mois ?

1. Oui
2. Non

FOY2

Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

Saisir en clair, min1-max15.

Pour éviter toute confusion je vais également vous demander le prénom de chacune des N personnes (y compris vous-même) qui composent votre foyer ainsi que son sexe, son âge, le lien de parenté qu'elle a avec vous et si elle réside à Mayotte depuis au moins trois mois.

FOY3

Quel est le prénom de la < N^{ième} > personne qui compose votre foyer ?

SI SEUL DANS LE FOYER Sexe de l'interviewé

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER Quel est le sexe de la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER Quel est le sexe de < Prénom > ?

1. Homme
2. Femme

FOY4

SI SEUL DANS LE FOYER Quel est votre âge ?

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER Quel est l'âge de la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER Quel est l'âge de < Prénom > ?

FOY5

Pour chaque personne qui habite chez vous, dites-moi qui elle est par rapport à vous. Qui < Prénom + âge - FOY4 > est-il/elle par rapport à vous ?

Citer si nécessaire.

1. Votre père
2. Votre mère
3. Votre beau-père
4. Votre belle-mère
5. Votre frère ou demi-frère
6. Votre sœur ou demi-sœur
7. Votre grand-père
8. Votre grand-mère
9. Votre conjoint (épouse ou mari) / petit ami / fiancé / concubin / compagnon
10. Votre fils
11. Votre beau-fils
12. Votre fille
13. Votre belle-fille
14. Votre petit-fils
15. Votre petite-fille
16. Votre neveu / nièce
17. Un cousin / cousine
18. Un ou une ami(e)
19. Autre (Préciser)

FOY6

Pour chaque personne qui habite chez vous, indiquez-moi si elle réside à Mayotte depuis au moins trois mois.

< Prénom + âge > réside-t-il/elle à Mayotte depuis au moins trois mois ?

La sélection des personnes interrogées dans le foyer se fait selon un tirage aléatoire parmi les éligibles.

QLOG

Vous définiriez votre logement comme...

Si difficulté à définir le logement par l'enquêté, définir le logement.

1. une maison individuelle en dur ?
2. une case en bois-sous-tôle ou un banga ?
3. un appartement dans un immeuble collectif ?
4. un appartement chez un particulier / dans une maison (étage, rez-de-chaussée, bas de villa / haut de villa) ?

EAUF1

Disposez-vous de l'eau courante à l'intérieur de votre logement ?

1. Oui
2. Non

SI NE DISPOSE PAS DE L'EAU COURANTE À L'INTÉRIEUR DE SON LOGEMENT

EAUF2

Comment vous procurez-vous de l'eau ?

1. Dans la cour
2. À une borne fontaine
3. Chez un voisin

WC1

Disposez-vous de WC à l'intérieur ?

1. Oui
2. Non

SI NE DISPOSE PAS DE WC À L'INTÉRIEUR

WC2

Disposez-vous de latrines à proximité (dans la cour) de votre logement ?

1. Oui
2. Non

EAU3

Utilisez-vous l'eau de la rivière...

1. pour vous laver ?
2. pour faire la lessive ?
3. pour faire la vaisselle ?
1. Non, jamais
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
4. Oui, toujours

ORDUR1

Pour la gestion de vos déchets ménagers, utilisez-vous un container individuel fermé à l'intérieur de votre logement ?

1. Oui
2. Non

ORDUR2

Pour l'évacuation de vos déchets ménagers, utilisez-vous un container individuel fermé à l'extérieur de votre logement ?

1. Oui
2. Non

ORDUR3

Pour l'évacuation de vos déchets ménagers, utilisez-vous un container collectif ouvert à l'extérieur de votre logement ?

1. Oui
2. Non

QUESTIONNAIRE LONG ENFANTS DE PLUS DE 15 ANS ET ADULTES

LANG

Quelle langue voulez-vous utiliser pour cet entretien ?

1. Français
2. Shimaorais
3. Shibusi

SEX

Noter le sexe de l'interviewé

1. Homme
2. Femme

AGE1

Quel est votre âge ?

Saisir en clair.

SI ÂGE INCONNU

AGE2

Vous avez...

1. entre 15 et moins de 18 ans (êtes-vous mineur ?) ?
2. entre 18 et 29 ans ?
3. entre 30 et 39 ans ?
4. entre 40 et 49 ans ?
5. entre 50 et 59 ans ?
6. 60 ans et plus ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Je vais commencer par vous poser quelques questions sur vous, votre parcours et votre vie familiale.

SOCIO1

Actuellement, du point de vue légal êtes-vous...

1. marié / remarié civilement (à la mairie) ?
2. marié devant une autorité religieuse (Fundji, Cadi...) ?
3. pacsé ?
4. célibataire (y compris union libre et concubinage) ?
5. divorcé ou en instance de divorce ou séparé ?
6. veuf ?

SOCIO2

Actuellement, vivez-vous en couple ?

1. Oui
2. Non

SI VIT EN COUPLE

SOCIO3

Est-ce que cela veut dire que vous habitez ensemble dans le même logement ?

1. Oui
2. Non

SI NE VIT PAS EN COUPLE

SOCIO4

Actuellement, avez-vous un ou une partenaire, ami(e), copain, copine ?

1. Oui
2. Non

SOCIO5

Avez-vous eu des enfants vous-même, qu'ils soient présents ou non dans le foyer ?

1. Oui
2. Non

SI A DES ENFANTS

SOCIO6

Combien en avez-vous au total ?

Saisir en clair – maximum 20.

SI FEMME ÂGÉE DE MOINS DE 50 ANS

SOCIO7

Êtes-vous actuellement enceinte ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ÂGÉE DE MOINS DE 50 ANS QUI A UN (OU DES) ENFANT(S)

SOCIO8

Allaitez-vous actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

SOCIO9

Prenez-vous (ou avez-vous pris) de la vitamine B (ex : Bécozyme, hydrosol polyvitamine), qu'elle vous ait été prescrite par un médecin ou une sage-femme ou que vous l'ayez achetée en pharmacie ?

1. Oui
2. Non

SOCIO10

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

Ne pas citer l'attention à certains diplômes mahorais qui sont différents des diplômes de la métropole.

1. Aucun diplôme
2. CEP (Certificat d'études primaires) ou diplôme étranger de même niveau
3. Brevet des collèges, BEPC, brevet simple ou diplôme étranger de même niveau
4. CAP (Certificat d'aptitude professionnelle), CAPI (Certificat d'aptitude professionnelle d'insertion) ; brevet de compagnon ou diplôme étranger de même niveau
5. Diplôme mahorais (infirmier, instituteur...)

6. Brevet d'enseignement professionnel (BEP / brevet technique) ou diplôme étranger de même niveau, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, Capacité en droit
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel ou diplôme étranger de même niveau
8. Baccalauréat d'enseignement général ou diplôme étranger de même niveau
9. Diplôme de 1^{er} cycle universitaire : Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
10. Bac + 3 (Licence), DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier
11. Diplôme de 2^e cycle universitaire : Bac + 4 (maîtrise, master1)
12. Diplôme de 3^e cycle universitaire : Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, master2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
13. Autre diplôme (Préciser)

SOCIO11

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête / Si cite RSA ou RMI : coder « chômage ».

Cocher « Vous exercez un (ou plusieurs) emploi(s) » même s'il s'agit de travail non déclaré (« petits boulots »).

1. Vous exercez un (ou plusieurs) emploi(s)
2. Vous poursuivez vos études (étudiant, élève, en formation non rémunérée ou en stage non rémunéré)
3. Vous êtes au chômage / vous cherchez un emploi
4. Vous êtes au foyer (vous ne cherchez pas d'emploi)
5. Vous êtes à la retraite ou en pré-retraite
6. Vous êtes en congé de longue durée
7. Vous êtes en congé maternité
8. Vous êtes en stage d'insertion, en formation, apprenti, en stage rémunéré ou contrat de qualification
9. Autre

SI AU CHÔMAGE

SOCIO12

Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ou à la recherche d'un emploi ?

1. Moins de six mois
2. De six mois à un an
3. Plus d'un an

À TOUS SAUF SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT OU SAUF SI A MOINS DE 30 ANS ET POURSUIT SES ÉTUDES

SOCIO13

Avez-vous déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ OU TRAVAILLE ACTUELLEMENT

SOCIO14

Quelle est ou quelle était votre profession ?

Saisir en clair.

Si plusieurs activités professionnelles, prendre l'activité qui prend le plus de temps.

S'il s'agit d'un étudiant qui travaille et qui hésite entre ses deux activités, coder « Étudiant ».

Le libellé de profession en clair doit respecter quelques règles :

- pas de caractères accentués, ni de caractères spéciaux (« ç » par exemple)
- pas de « - » entre les mots
- pas de fonction mais des libellés de profession (ex : suivi de contentieux => non codé !)
- éviter des termes trop vagues (exploitant, artisan, fonctionnaire, mécanicien...), préciser « Éleveur », « Artisan boulanger », « Fonctionnaire de police », « Mécanicien automobile » et indiquer, le cas échéant, la spécialisation (ex : « Ouvrier de la viticulture »)
- pas de fautes d'orthographe (ex : coiffeur => non reconnu).

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT OU EST EN CONGÉS MATERNITÉ ET A DÉJÀ TRAVAILLÉ OU EST EN FORMATION

SOCIO15

Quel type de contrat avez-vous ?

Ne pas citer.

Si la personne fait des « petits boulots, non déclarés », cocher : « A un emploi sans contrat, travaille au noir, fait des jobs ».

1. CDI
2. CDD
3. En intérim, contrat saisonnier, vacataire, etc.
4. Exploitant agricole (agriculteur indépendant)
- 4bis. Indépendant (artisan, commerçant, libéral, auto-entrepreneur, etc.)
- 4ter. Salarié de sa propre entreprise, gérant mandataire, PDG
5. Travaille chez un particulier (chèque emploi service)
6. A un emploi sans contrat, travaille au noir, fait des jobs

SI A UN CDI OU UN CDD OU EST INTÉRIMAIRE OU TRAVAILLE CHEZ UN PARTICULIER OU TRAVAILLE AU NOIR

SOCIO16

Quel est ou quel était le statut de votre employeur ?

1. État
2. Collectivités territoriales, HLM, hôpitaux
3. Sécurité sociale
4. Entreprises publiques nationalisées
5. Privé
6. Autres

SOCIO17

Quelle est ou quelle était votre position professionnelle ou qualification ?

1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé
2. Ouvrier qualifié ou ouvrier hautement qualifié ou technicien d'atelier ou chantier

3. Agent de maîtrise
4. Directeur général ou adjoint direct au directeur
5. Dessinateur, VRP, technicien hors atelier ou chantier
6. Instituteur, assistant social, infirmier et autres personnels de catégorie B de la fonction publique
7. Ingénieur ou cadre
8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique
9. Employé de bureau, de commerce, agent de service, aide-soignant, gardien d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique
10. Autres

SI LE RÉPONDANT EST INDÉPENDANT OU SALARIÉ DE SA PROPRE ENTREPRISE

SOCIO18

Quel est ou quel était le nombre de salariés que vous employez/employiez ?

1. Aucun salarié
2. 1 ou 2 salariés
3. 3 à 9 salariés
4. 10 salariés ou plus
5. Autres

SI LE RÉPONDANT EST EXPLOITANT AGRICOLE

SOCIO19

Quelle est votre ou quelle était la surface agricole utilisée ? (en ares)

Saisir en clair.

SI POURSUIT SES ÉTUDES ET A MOINS DE 30 ANS OU SI POURSUIT SES ÉTUDES ET A 30 ANS OU PLUS MAIS N'A JAMAIS TRAVAILLÉ OU SI PERSONNE AU FOYER N'AYANT JAMAIS TRAVAILLÉ OU SI VIT SEUL ET EST LE CHEF DE FAMILLE ET TRAVAILLE ACTUELLEMENT

SOCIO20

Quelle est la profession du chef de famille ?

Saisir en clair.

Le libellé de profession en clair doit respecter quelques règles :

- pas de caractères accentués, ni de caractères spéciaux (« ç » par exemple)
- pas de « - » entre les mots
- pas de fonction mais des libellés de profession (ex : suivi de contentieux => non codé !)
- pas de fautes d'orthographe (ex : coiffeur => non reconnu).

SOCIO21

Quel est le secteur d'activité de l'entreprise ou de l'employeur du chef de famille ?

Saisir en clair.

Le libellé du secteur d'activité doit se rapporter à l'activité de l'employeur et non à l'activité de la personne interrogée ; ex : un plombier peut travailler dans différentes entreprises ayant des secteurs d'activité différents (industrie chimique, école, syndic immobilier, entreprise du bâtiment, etc.).

CONDITIONS DE RESSOURCES

BUDG

Actuellement, pour votre ménage/famille/foyer, diriez-vous plutôt que financièrement...

1. vous êtes à l'aise ?
2. ça va ?
3. c'est juste, il faut faire attention ?
4. vous y arrivez difficilement ?
5. vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes ou demander de l'aide ?

ORIGINES FAMILIALES ET CULTURELLES

ORIG1

Êtes-vous né à Mayotte ?

1. Oui
2. Non

SI NAISSANCE HORS DE MAYOTTE

ORIG2

Depuis combien de temps vivez-vous à Mayotte ?

1. Moins d'un an
2. Entre un an et moins de trois ans
3. Entre trois ans et moins de cinq ans
4. Entre cinq et moins de dix ans
5. Depuis au moins dix ans

SI NAISSANCE HORS DE MAYOTTE OU NE SAIT PAS SI NÉ À MAYOTTE

ORIG3

Quel(le) est votre région / pays de naissance ?

Ne pas citer.

1. Les Comores (Grande, Anjouan, Mohéli)
2. Île de La Réunion
3. France métropolitaine
4. Autre DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane...)
5. Autres pays d'Europe que la France métropolitaine
6. Madagascar
7. Autre île de l'océan Indien (Seychelles, Maurice, Rodrigues...)
8. Afrique continentale
9. Asie
10. Océanie
11. Amériques (nord, centrale, sud)

ORIG4

Quelle est votre nationalité actuelle ?

Saisir en clair.

ORIG5

Si-vous avez une autre nationalité en plus de celle indiquée précédemment, quelle est-elle ?

Si autre nationalité, saisir en clair.

SI REFUS DE RÉPONSE À ORIG1

ORIG6

Au cours des cinq dernières années, vous avez passé plus de temps...

1. ici, à Mayotte ?
2. à La Réunion ?
3. aux Comores ?
4. à Madagascar ?
5. dans un autre DOM ?
6. en métropole ?
7. ailleurs (Préciser)

RE COURS AUX SOINS

Nous allons maintenant discuter de votre santé et de ce que vous faites quand vous avez un problème de santé.

SOINS1

Au cours de votre vie, avez-vous reçu des soins chirurgicaux, dentaires ou infirmiers en Afrique continentale, en Asie ou au Moyen-Orient ?

1. Oui
2. Non

SI SOINS DANS UN PAYS D'AFRIQUE CONTINENTALE, ASIE, MOYEN-ORIENT

SOINS2

Dans quel pays avez-vous eu ces soins ?

Saisir en clair.

SI ÂGE SUPÉRIEUR À 30 ANS

SOINS3

Avant 1992, avez-vous reçu une transfusion de sang ?

1. Oui
2. Non

SOINS4

Actuellement, avez-vous une couverture de Sécurité sociale (en cas de maladie, d'hospitalisation ou si vous avez besoin de soins) ?

Si RSI ou MSA, coder item 1.

1. Oui, la Sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit)
2. Non, aucune couverture maladie

SOINS5

Avez-vous une couverture maladie complémentaire (c'est-à-dire une mutuelle, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse de vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale) ?

1. Oui, une mutuelle ou assurance complémentaire ou institution de prévoyance / caisse de retraite ou courtier d'assurance
2. Oui, mais ne sait pas laquelle

3. Non, aucune couverture maladie complémentaire

SI BÉNÉFICIAIRE DE LA CSSM ET Âgé DE PLUS DE 18 ANS

SOINS6

Avez-vous un médecin traitant ou un médecin de famille (médecin déclaré à l'Assurance Maladie) ?

Bien préciser à la personne que le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste, déclaré à l'Assurance Maladie comme médecin de premier recours aux soins, afin que la personne soit mieux remboursée (et non pas le médecin qu'elle a peut-être l'habitude de voir en dispensaire par exemple, ou de médecine traditionnelle).

1. Oui
2. Non

SOINS7

Quand vous avez un problème de santé, vous arrive-t-il de consulter un médecin hors de Mayotte ?

1. Oui
2. Non

SOINS8

Au cours des douze derniers mois, avez-vous vu au moins une fois, pour vous-même, un médecin généraliste ou votre médecin traitant ?

1. Oui
2. Non

SI A VU UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

SOINS9

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en PMI (si médecin généraliste / gynécologue / sage-femme) ?
2. en dispensaire (si médecin généraliste / gynécologue / sage-femme) ?
3. en cabinet privé ou libéral ?
4. au CHM ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

SOINS10

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

1. Oui
2. Non

SI A VU UN DENTISTE

SOINS11

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en cabinet privé ou libéral ?
2. au CHM ?
3. dans un autre lieu ? (Préciser)

SOINS12

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

1. Oui
2. Non

SI LE RÉPONDANT A VU UN KINÉSITHÉRAPEUTE

SOINS13

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en cabinet privé ou libéral ?
2. au CHM ?
3. dans un autre lieu ? (Préciser)

SOINS14

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

1. Oui
2. Non

SI A VU UN OPHTALMOLOGISTE

SOINS15

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en cabinet privé ou libéral ?
2. au CHM ?
3. dans un autre lieu ? (Préciser)

SI FEMME

SOINS16

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

1. Oui
2. Non

SI A VU UN GYNÉCOLOGUE

SOINS17

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en PMI ?
2. en dispensaire ?
3. en cabinet privé ou libéral ?
4. au CHM ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

SI FEMME

SOINS18

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

1. Oui
2. Non

SI A VU UNE SAGE-FEMME

SOINS19

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en PMI ?
2. en dispensaire ?
3. en cabinet privé ou libéral ?
4. au CHM ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

SOINS20

Au cours des douze derniers mois, avez-vous vu au moins une fois, pour vous-même, un autre médecin spécialiste ?

1. Oui
2. Non

SI A VU UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

SOINS21

Préciser le type de professionnel

Saisir en clair.

SOINS22

Quand vous voyez ce professionnel pour vous-même, est-ce...

1. en cabinet privé ou libéral ?
2. au CHM ?
3. dans un autre lieu ? (Préciser)

SOINS23

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

1. Oui
2. Non

SOINS24

Généralement, quand vous êtes malade, vous...

1. avez recours uniquement à la médecine traditionnelle de Mayotte (massage, plantes, tisanes) ?
2. avez recours uniquement à la médecine exercée par un médecin libéral, du CHM, du dispensaire, de la PMI ?
3. avez recours aux deux types de médecines citées précédemment ?

RENONCEMENT AUX SOINS**RENONC**

Est-il arrivé au cours des douze derniers mois que vous ayez eu besoin de l'un des soins de santé suivants mais que vous n'ayez pas pu vous le payer ?

1. Soins dentaires
2. Lunettes, verres, montures, lentilles

3. Soins ou examens médicaux (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens, ou autres professionnels de santé)
4. Prothèses auditives
5. Médicaments prescrits
1. Oui
2. Non

SANTÉ PERCUE

SANTE1

Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est...

1. excellente ?
2. très bonne
3. bonne ?
4. moyenne ?
5. mauvaise ?
6. très mauvaise ?

SANTE2

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

1. Oui
2. Non

SANTE3

Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

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

SANTE4

Quelle est votre taille ?

Saisir la réponse en centimètres.

SANTE5

Quel est votre poids ?

Saisir la réponse en kilogrammes.

ALIMENTATION / INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Nous allons maintenant parler de ce que vous avez l'habitude de manger et de boire.

ALIM1

À quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

1. Pain
2. Riz

3. Pâtes
 4. Bananes, manioc, fruits à pain, songe
 5. Légumes secs (fouyou, tzanzi, abatri, pois d'ambrévade...)
 6. Produits laitiers (lait, yaourts, fromage...)
 7. Fruits
 8. Viande
 9. Volaille
 10. Œufs
 11. Poisson
 12. Autres produits de la pêche (conserves comprises)
 13. Légumes (légumes verts, bredes, ambrévades...)
 14. Aliments frits (samousas, nems, frites)
 15. Kebabs, pizzas, hamburgers...
 16. Chips, biscuits apéritifs...
 17. Gâteaux, viennoiseries, crèmes dessert, glaces (frizou)...
1. Jamais
 2. Une fois par mois
 3. Une fois par semaine
 4. Plusieurs fois par semaine
 5. Quotidiennement

SI CONSOMME BANANES, MANIOC, FRUITS À PAIN, SONGE, QUELLE QUE SOIT LA FRÉQUENCE

ALIM2

Le plus souvent vous le(s) préparez...

1. frit(s) ?
2. cuit(s) à l'eau (batabata) ?
3. au lait de coco ?

SI CONSOMME DES FRUITS, QUELLE QUE SOIT LA FRÉQUENCE

ALIM3

Est-ce que vous pouvez en manger de différentes sortes toute l'année ?

1. Oui
2. Non

ALIM4

Habituellement, buvez-vous...

1. uniquement de l'eau ?
2. principalement de l'eau ?
3. principalement d'autres boissons ?
4. uniquement d'autres boissons ?

ALIM5

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des sodas ?

1. Jamais
2. Une fois par mois
3. Une fois par semaine
4. Plusieurs fois par semaine
5. Quotidiennement

ALIM6

Actuellement, considérez-vous que vous êtes...

1. d'un poids normal ?
2. trop gros ?
3. trop maigre ?

ALIM7

Pratiquez-vous une activité physique (marche, course, sport collectif) ?

1. Jamais
2. Une fois par mois
3. Une fois par semaine
4. Plusieurs fois par semaine
5. Quotidiennement

ALIM8

Au cours des douze derniers mois, dans votre ménage, avez-vous eu peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent ?

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais

ALIM9

Au cours des douze derniers mois, dans votre ménage, est-il arrivé que toute la nourriture que vous aviez achetée ait été mangée et qu'il n'y ait pas d'argent pour en racheter ?

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais

ALIM10

Au cours des douze derniers mois, dans votre ménage, est-il arrivé que vous n'ayez pas assez d'argent pour manger des repas équilibrés (un repas équilibré se définit comme une alimentation variée avec des quantités adaptées tout en limitant les excès de sucre, de sel et de gras) ?

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais

ALIM11

Au cours des douze derniers mois, soit depuis *mois en cours* dernier, dans votre ménage, avez-vous déjà réduit les portions de vos plats ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

1. Oui
2. Non

SI A RÉDUIT OU SAUTÉ DES REPAS**ALIM12**

À quelle fréquence est-ce arrivé ?

Saisir en clair le nombre de fois au cours des douze derniers mois.

ALIM13

Au cours des douze derniers mois, avez-vous personnellement déjà mangé moins que vous auriez dû, selon vous, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture ?

1. Oui
2. Non

ALIM14

Au cours des douze derniers mois, avez-vous personnellement déjà eu faim sans pouvoir manger parce que vous n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture ?

1. Oui
2. Non

ALIM15

Au cours des douze derniers mois, avez-vous personnellement perdu du poids parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour la nourriture ?

1. Oui
2. Non

ALIM16

Au cours des douze derniers mois, dans votre ménage, vous est-il arrivé de passer une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PASSÉ UNE JOURNÉE ENTIERE SANS MANGER**ALIM17**

À quelle fréquence est-ce arrivé ?

Saisir en clair le nombre de fois au cours des douze derniers mois.

ALCOOL**ALC1**

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 (apéritifs, digestifs, trembo vurga...) ?

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS BU DE BOISSONS ALCOOLISÉES**ALC2**

Avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché, du Trembo tamu (jus de coco très faiblement fermenté) ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS ALCOOLISÉES

ALC3

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées ou faiblement alcoolisées ?

1. 1 fois par mois ou moins
2. 2 à 4 fois par mois
3. 2 à 3 fois par semaine
4. 4 à 6 fois par semaine
5. Tous les jours
6. Jamais

ALC4

Au cours des douze derniers mois, combien de verres standard contenant de l'alcool avez-vous bus au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Saisir en clair.

Proposer une quantité approximative.

1. 1 ou 2 verres
2. 3 ou 4 verres
3. 4 ou 5 verres
4. 6 à 9 verres
5. 10 verres ou plus

DIABÈTE

DIAB1

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un diabète ?

1. Oui
2. Non

SI DIABÈTE INDIQUÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB2

À quel âge, environ, un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?

Saisir en clair l'âge ou l'année.

DIAB3

Y a-t-il dans votre famille des personnes qui ont (ou qui ont eu) du diabète ?

1. Oui
2. Non

SI PRÉSENCE D'UNE PERSONNE DIABÉTIQUE DANS LA FAMILLE

DIAB4

De qui s'agit-il ?

1. Votre père ou votre mère ?
2. Votre sœur ou votre frère ?
3. Autre (Préciser)

SI DIABÈTE INDIQUÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB5

Actuellement, êtes-vous traité pour le diabète par comprimés ?

1. Oui
2. Non

SI ACTUELLEMENT TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR COMPRIMÉS

DIAB6

À quel âge environ, avez-vous pris des comprimés pour traiter votre diabète ?

Saisir en clair l'âge ou l'année.

DIAB7

Actuellement, êtes-vous traité pour votre diabète par injections d'insuline ?

1. Oui
2. Non

SI ACTUELLEMENT TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR INJECTION D'INSULINE

DIAB8

Est-ce que vous faites vous-même votre injection ou est-ce un professionnel de santé ?

1. Oui
2. Non

SI SE FAIT SOI-MÊME SES INJECTIONS D'INSULINE

DIAB9

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

Saisir en clair l'âge ou l'année.

SI SE FAIT SOI-MÊME SES INJECTIONS D'INSULINE

DIAB10

Que faites-vous de l'aiguille, une fois votre injection réalisée ?

1. Vous la mettez dans un container spécifique que vous donnez à l'infirmier / au médecin / à la pharmacie / à l'association
2. Vous la mettez dans une bouteille en plastique que vous donnez à l'infirmier / au médecin / à la pharmacie / à l'association
3. Vous la mettez dans une bouteille en plastique que vous jetez à la poubelle
4. Vous la jetez directement dans la poubelle

SI DIABÈTE INDIQUÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB11

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un médecin généraliste ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB12

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir la réponse en clair.

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB13

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

Saisir la réponse en clair.

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB14

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB15

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un médecin spécialiste du diabète ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB16

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB17

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

Saisir en clair.

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB18

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?

4. à domicile ?

5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB19

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un infirmier ?

1. Oui
2. Non

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB20

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB21

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

Saisir en clair.

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB22

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB23

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un pédicure-podologue ?

1. Oui
2. Non

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB24

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB25

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

Saisir en clair.

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB26

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB27

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un diététicien ou un nutritionniste ?

1. Oui
2. Non

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB28

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB29

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

Saisir en clair.

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB30

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB31

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois un dentiste ?

1. Oui
2. Non

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB32

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB33

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

Saisir en clair.

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB34

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB35

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un psychiatre ou un psychologue ?

1. Oui
2. Non

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB36

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB37

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

Saisir en clair.

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB38

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB39

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un autre professionnel ?

1. Oui
2. Non

SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB40**

Quel autre professionnel avez-vous vu ?

*Saisir en clair.***SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS****DIAB41**

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

*Saisir en clair.***SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS****DIAB42**

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

*Saisir en clair.***SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS****DIAB43**

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

SI DIABÈTE INDICUÉ PAR UN MÉDECIN**DIAB44**

À quelle fréquence faites-vous une prise de sang pour contrôler votre diabète ?

Il ne s'agit pas d'une piqûre au bout du doigt mais d'une prise de sang dans un laboratoire.

1. Moins d'une fois par an
2. Tous les ans (une fois par an)
3. Tous les semestres (tous les six mois)
4. Tous les trimestres (tous les trois mois)
5. Plus d'une fois par trimestre

DIAB45

Vous a-t-on donné un régime alimentaire à suivre ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB46

Suivez-vous un programme d'éducation thérapeutique pour votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB47

Avez-vous eu une plaie du pied qui a duré plus d'un mois ?

1. Oui
2. Non

DIAB48

Avez-vous été amputé d'un doigt de pied, d'un pied ou d'une jambe ?

1. Oui
2. Non

DIAB49

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez des problèmes aux yeux à cause de votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB50

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous fait une hypoglycémie sévère ou eu recours à une autre personne pour vous resucrer ?

*Saisir en clair.***DIAB51**

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou une angine de poitrine ?

1. Oui
2. Non

DIAB52

Êtes-vous actuellement en dialyse (séances d'épuration du sang environ trois fois par semaine) ou avez-vous déjà eu une greffe rénale ?

1. Oui
2. Non

DIAB53

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**DIAB54**

Êtes-vous traité par...

Une seule réponse possible.

1. médicaments ?
2. régime seul ?
3. pas de traitement
1. Oui
2. Non

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

HTA1

Un médecin ou un autre professionnel de santé vous a-t-il déjà dit que votre tension (ou pression artérielle) était trop élevée ?

1. Oui
2. Non

SI TENSION ÉLEVÉE INDICUÉE PAR UN MÉDECIN

HTA2

Pratiquez-vous régulièrement une activité physique pour diminuer votre tension ?

Sport, marche rapide, jardinage...

1. Oui
2. Non

HTA3

Actuellement, prenez-vous des médicaments pour diminuer votre tension (ou pression artérielle) ?

1. Oui
2. Non

SI TENSION ÉLEVÉE INDICUÉE PAR UN MÉDECIN ET MÉDICAMENTS PRIS POUR DIMINUER LA TENSION

HTA4

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments pour diminuer votre tension (ou pression artérielle) ?

Lire la liste ci-dessous ; une seule réponse possible.

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

TABAC

Nous allons maintenant discuter de votre potentielle consommation de tabac et/ou de drogues.

TAB1

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

1. Oui
2. Non

SI FUME DU TABAC

TAB2

Fumez-vous...

Pour la sous-question 6, si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder Non.

1. du tabac à rouler ?
2. des cigarettes en paquet ?
3. des cigarillos ?

4. des cigares ?
5. la pipe ?
6. la chicha ou le narguilé ?

1. Oui
2. Non

SI NE FUME PAS DE TABAC

TAB3

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

TAB4

Avez-vous fumé du tabac...

1. juste une ou deux fois pour essayer ?
2. occasionnellement ?
3. quotidiennement mais pendant moins de six mois ?
4. quotidiennement pendant au moins six mois ?

SI FUME DU TABAC

TAB5

Fumez-vous du tabac tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI FUME TOUS LES JOURS

TAB6

Combien de cigarettes roulées / cigarettes fumez-vous en moyenne ?

Si nécessaire, préciser par jour, ou par semaine, ou par mois ou par an.

Si « Entre 10 et 15 », relancer par « Approximativement ». Sinon, saisir 15.

Si moins d'une cigarette, coder 0.

SI FUME TOUS LES JOURS

TAB7

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ARRÊTÉ DE FUMER AU MOINS UNE SEMAINE

TAB8

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

Noter en clair le nombre puis l'unité ; si cite une date, convertir en jours, semaines, mois ou années.

Il s'agit de la fin de la dernière tentative d'arrêt.

Exemple : 2 ans et demi = 30 mois

Exemple : 2 mois et demi = 10 semaines

USAGE DE DROGUES

DROG1

Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir du « bangé », du cannabis, du haschisch, de la Marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit en vingt-quatre heures à Mayotte, si vous en vouliez ?

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

DROG2

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du « bangé », du cannabis, du haschisch, de la Marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ CONSUMMÉ DU CANNABIS

DROG3

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

1. Oui
2. Non

SI EN A CONSUMMÉ AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

DROG4

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

1. Oui
2. Non

DROG5

Avez-vous déjà consommé de la « chimique » ?

1. Oui
2. Non

HYGIÈNE ET GESTES BARRIÈRES

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les petits gestes au quotidien, qui, sans que vous vous en rendiez compte, peuvent vous éviter de contracter certaines maladies.

HYG1

Dans chacune des situations suivantes de votre vie quotidienne, dites-moi très franchement si vous vous lavez les mains avec l'eau potable du robinet ou de la borne fontaine monétique...

1. avec du savon ?
 2. avant de faire la cuisine ?
 3. après être allé aux toilettes ?
 4. avant de vous occuper d'un bébé de moins de 6 mois ?
1. Oui
 2. Non

HYG2

Vous lavez-vous les mains avec de l'eau potable du robinet ou de la borne fontaine monétique après vous être mouché ?

1. Rarement
2. Souvent
3. Systématiquement
4. Jamais

HYG3

En général, lorsque vous toussez ou éternuez, vous vous couvrez la bouche avec un tissu, que ce soit un mouchoir, votre manche ou une écharpe ?

1. Rarement
2. Souvent
3. Systématiquement
4. Jamais

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE

VECT1

Concernant la présence de moustiques chez vous et autour de chez vous, diriez-vous que vous êtes...

1. pas du tout gêné ?
2. peu gêné ?
3. assez gêné ?
4. très gêné ?

VECT2

Parmi les moyens de protection suivants contre les piqûres de moustiques, lesquels vous arrive-t-il d'utiliser ?

1. Les lotions, les sprays ou les crèmes répulsives sur la peau et/ou sur les vêtements (y compris produits biologiques, plantes ou huiles essentielles)
 2. Les diffuseurs insecticides, les serpentins ou les pièges à moustique
 3. Le port de vêtements couvrants et amples
 4. Les moustiquaires autour des lits et/ou aux fenêtres
 5. La climatisation ou les ventilateurs
 6. Vous ne faites rien de particulier
1. Oui
 2. Non

VECT3

Parmi les moyens suivants permettant d'éviter la prolifération des moustiques chez vous et autour de chez vous, lesquels vous arrive-t-il d'utiliser ?

1. L'élimination des eaux stagnantes (par exemple : seaux, vases, soucoupes, jardinières...)

2. La couverture des réservoirs d'eau (bidons, bassins...)
3. Le traitement des réservoirs d'eau avec des insecticides
4. Aucun
5. Non concerné
6. Autres

VECT4

Pensez- vous que le paludisme puisse être transmis ou non par les piqûres de certains moustiques auxquels vous êtes exposé chez vous et autour de chez vous ?

1. Oui
2. Non

VECT5

L'idée d'attraper une maladie transmise par les moustiques vous inquiète-t-elle ?

1. Oui
2. Non

VECT6

Concernant le paludisme, diriez-vous que c'est une maladie...

1. pas grave du tout ?
2. peu grave ?
3. assez grave ?
4. très grave ?

VACCINATION

VACC1

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

VACC2

Avez-vous un carnet de vaccination ou de santé sur lequel sont inscrites vos vaccinations ?

1. Oui
2. Non
3. Non, mais tient un document personnel à jour

VACC3

Êtes-vous à jour de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ?

1. Oui, vous en êtes sûr
2. Oui, probablement
3. Non, probablement pas
4. Non, certainement pas

VACC4

Êtes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

1. Oui
2. Non

SEXUALITÉ

PREMIER RAPPORT SEXUEL

Je voudrais maintenant vous parler de votre vie sexuelle et des méthodes pour éviter d'avoir des enfants ou prévenir des maladies sexuellement transmissibles.

SI FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE OU SI A EU DES ENFANTS, METTRE OUI SANS POSER

SEX1

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

1. Oui
2. Non

SI LE RÉPONDANT INDIQUE UNE AUTRE RÉPONSE QUE OUI À LA QUESTION, PASSER À LA QUESTION SEX11

MODULE RÉSERVÉ AUX RÉPONDANTS SEXUELLEMENT ACTIFS

SEX2

À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

Saisir en clair.

Si ne connaît pas l'âge : « Dites-moi un âge, même approximatif ».

SEX3

Ce partenaire était...

1. un homme ?
2. une femme ?

SEX4

Ce premier rapport sexuel était quelque chose...

1. que vous souhaitiez à ce moment-là ?
2. que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment ?
3. que vous avez été forcé de faire contre votre volonté ?

SI PREMIER RAPPORT CONSENTE

SEX5

Quel âge avait votre partenaire ?

Saisir en clair.

SI ÂGE DU PARTENAIRE INCONNU

Si ne connaît pas l'âge : « Dites-moi un âge, même approximatif ».

SEX6**Votre premier partenaire avait-il...**

1. moins de 15 ans ?
2. entre 15 et 17 ans (était mineur) ou avait moins de 20 ans ?
3. entre 20 et 29 ans ?
4. entre 30 et 39 ans ?
5. entre 40 et 49 ans ?
6. entre 50 et 59 ans ?
7. 60 ans et plus ?

SI 1^{ER} RAPPORT CONSENTE ET SI HOMME AYANT EU UN PARTENAIRE FÉMININ OU FEMME AYANT EU UN PARTENAIRE MASCULIN OU SI RÉPONSE À LA SOUS-QUESTION 3 = REFUS OU SI NE SAIT PAS

SEX7**Avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé un moyen pour éviter une grossesse lors de ce premier rapport ?**

1. Oui
2. Non

SI UN MOYEN A ÉTÉ UTILISÉ POUR ÉVITER LA GROSSESSÉ LORS DU 1^{ER} RAPPORT

SEX8**Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ?***Ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles.**Relancer une fois par : « Quelle autre méthode avez-vous utilisée ? ».*

1. Pilule
2. Préservatif masculin
3. Stérilet (ou DIU)
4. Implant
5. Retrait (du partenaire) avant éjaculation
6. Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse (Ogino, température, abstinence périodique...)
7. Diaphragme / cape cervicale
8. Crèmes spermicides, ovules, éponges
9. Patch contraceptif
10. Anneau vaginal
11. Injection d'hormone (Depo-provera® / injection tous les trois mois de médroxyprogesterone)
12. Pilule du lendemain ou contraception d'urgence
13. Préservatif féminin
14. Autres (Préciser)

SI PRÉSERVATIF MASCULIN OU FÉMININ NON UTILISÉ OU SI PREMIER RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSÉ

SEX9**Avez-vous utilisé un préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?**

1. Oui
2. Non

SI HOMME (QUESTION NON POSÉE AUX FEMMES CAR REFUS CATÉGORIQUE DES FEMMES DE RÉPONDRE LORS DU PILOTE DE L'ÉTUDE ET ARRÊT DU QUESTIONNAIRE)

SEX10**Est-ce que vous avez déjà eu des rapports sexuels avec des prostitué(e)s ?**

1. Oui une fois
2. Oui, plusieurs fois
3. Non jamais

MODULE RÉSERVÉ AUX RÉPONDANTS ÂGÉS DE MOINS DE 30 ANS NON SEXUELLEMENT ACTIFS ET AYANT UN COPAIN / UNE COPINE

Nous allons maintenant parler de votre copain/copine.**SEX11****Quel est son âge ?***Saisir en clair.**Si ne connaît pas l'âge : « Dites-moi un âge, même approximatif ».***SEX12****Depuis combien de temps êtes-vous ensemble ?***Saisir en clair le nombre de semaines, mois, années.**Si durée inférieure à sept jours, indiquer « Une semaine ».***SEX13****Avec votre ami(e), votre copain ou copine, avez-vous déjà parlé...**

1. d'avoir des rapports sexuels ?
 2. de contraception ?
 3. des maladies qui se transmettent sexuellement, y compris le VIH/sida ?
1. Oui
 2. Non

SEX14**Est-ce que votre ami(e), votre copain ou copine a déjà eu des rapports sexuels ?**

1. Oui
2. Non

SEX15**Parmi les situations suivantes, de laquelle êtes-vous le plus proche ?**

1. Votre ami(e) veut avoir des rapports mais pas vous
2. Vous souhaitez avoir des rapports sexuels mais pas votre ami(e)
3. Il n'y a pas de désaccord entre vous sur le fait d'avoir ou non des rapports sexuels

SEX16

Avez-vous déjà manipulé un préservatif ?

Il s'agit du préservatif masculin.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ MANIPULÉ UN PRÉSERVATIF

SEX17

La première fois, c'était...

Une seule réponse possible.

1. pour « jouer » ?
2. dans le cadre d'une information sur la contraception / le VIH/sida / les infections sexuellement transmissibles, que cette information ait été donnée dans un cadre collectif (lycée, réseau de santé...) ou individuel (consultation médicale, sage-femme, PMI) ?
3. seul, pour voir ce que c'était ?
4. seul, pour savoir comment l'utiliser ?
5. autre ? (Préciser)

COMPORTEMENTS SEXUELS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Nous allons maintenant parler des personnes avec qui vous avez eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois. Ceci concerne aussi bien la personne avec qui vous vivez ou êtes en couple que d'autres partenaires réguliers ou de rencontre. Les prostitués sont aussi des partenaires sexuels. Toutes les personnes comptent.

SI SEXUELLEMENT ACTIF

SEX18

Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels ?

1. Oui
2. Non

SI HOMME AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

SEX19

Au cours des douze derniers mois, avec combien de femmes au total avez-vous eu des rapports sexuels ?

Saisir en clair.

Si ne sait pas : « Dites-moi, même si c'est approximatif » ; si aucun, coder 0.

SI HOMME AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

SEX20

Et avec combien d'hommes ?

Saisir en clair.

Si ne sait pas : « Dites-moi, même si c'est approximatif » ; si aucun, coder 0.

SI FEMME AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

SEX21

Au cours des douze derniers mois, avec combien d'hommes au total avez-vous eu des rapports sexuels ?

Saisir en clair.

Si ne sait pas : « Dites-moi, même si c'est approximatif » ; si aucun, coder 0.

UTILISATION DU PRÉSERVATIF

SI SEXUELLEMENT ACTIF

SI N'A PAS UTILISÉ DE PRÉSERVATIF MASCULIN OU FÉMININ

SEX22

Est-ce que vous avez déjà utilisé des préservatifs au cours de votre vie ?

1. Oui
2. Non

SI AU MOINS UN PARTENAIRE DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

SEX23

Et au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé des préservatifs ?

1. Oui
2. Non

SEX24

Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

SEX25

Avec les nouveaux partenaires utilisez-vous des préservatifs ?

1. Non
2. Oui
3. Plutôt oui
4. Plutôt non

CONTRACEPTION : LES CONNAISSANCES

SI ENTRE 15 ET 54 ANS

SEX26

Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur la contraception ?

1. Très bien
2. Plutôt bien
3. Plutôt mal
4. Très mal informé

CONTRACEPTION : L'UTILISATION

SI FEMME, ENTRE 15 ET 54 ANS, PAS ENCEINTE ACTUELLEMENT, A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS OU DES ENFANTS

SEX27

Actuellement, est-ce que vous (ou votre partenaire) utilisez une méthode pour éviter une grossesse, y compris les méthodes naturelles ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

SEX28

Laquelle ?

Plusieurs réponses possibles - ne pas citer.

1. La pilule
2. Le préservatif (masculin)
3. Le stérilet
4. L'implant
5. Le retrait du partenaire avant l'éjaculation
6. Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse (Ogino, températures, glaire, Billings, abstinence périodique...)
7. Le diaphragme, cape cervicale
8. Les crèmes spermicides, ovules, éponge
9. Le patch contraceptif
10. L'anneau vaginal
11. L'injection hormonale (Depo-Provera®)
12. La pilule du lendemain ou contraception d'urgence
13. Le préservatif féminin
14. L'abstinence
15. La ligature des trompes (stérilisation chirurgicale, méthode Essure, hysterectomy)
16. La vasectomie (stérilisation chirurgicale)
17. Autre (Préciser)

SI FEMME ET UTILISE UNE CONTRACEPTION MÉDICALE ET PAS DE LIGATURE OU VASECTOMIE

SEX29

Qui vous a prescrit le contraceptif que vous utilisez aujourd'hui ?

Si réponse = « Mon médecin traitant », relancer : « Votre médecin traitant est généraliste, gynécologue ou possède une autre spécialité ? ».

1. Un médecin généraliste
2. Un gynécologue
3. Une sage-femme
4. Un autre spécialiste

SI FEMME ET UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE

SEX30

Votre méthode de contraception actuelle vous convient-elle à vous ?

1. Tout à fait
2. Plutôt

3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI FEMME N'UTILISANT PAS DE CONTRACEPTIF ACTUELLEMENT

SEX31

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

SEX32

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté cette méthode de contraception ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Vous souhaitiez avoir un enfant
2. La méthode avait des effets qui vous gênaient, vous ou votre partenaire
3. Sur les conseils d'un médecin
4. Vous n'aviez plus de prescription ou RDV chez le médecin / sage-femme
5. Vous aviez peur des effets sur votre santé
6. Vous vous êtes séparé de votre partenaire
7. Vous trouviez qu'elle était contraignante / difficile à utiliser
8. Autre raison (Préciser)

SI FEMME ET N'A JAMAIS UTILISÉ DE MÉTHODE DE CONTRACEPTION

SEX33

Pour quelle raison n'avez-vous jamais rien fait pour éviter une grossesse ?

Ne pas citer.

1. Cherche à avoir un enfant
2. Elle ou son partenaire ne peuvent pas ou plus avoir d'enfant
3. La contraception ne la préoccupe pas
4. N'a pas de rapport sexuel
5. Son partenaire refuse la contraception
6. Autre (Préciser)

CONTRACEPTION D'URGENCE

SI FEMME ET SEXUELLEMENT ACTIVE

SEX34

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris la contraception d'urgence ou la pilule du lendemain ?

Définition de la pilule du lendemain si besoin : « C'est-à-dire une pilule qu'on prend après un rapport sexuel pour ne pas tomber enceinte ».

1. Non
2. Oui, une fois
3. Oui, plusieurs fois

SI A DÉJÀ UTILISÉ LA C.U. PLUSIEURS FOIS

SEX35

Combien de fois est-ce arrivé au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

Minimum 0 – Maximum 20.

Si « Jamais », coder 0.

SI A DÉJÀ UTILISÉ LA C.U. UNE FOIS

SEX36

Est-ce au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ UTILISÉ LA C.U.

SEX37

Comment avez-vous eu cette contraception d'urgence ou pilule du lendemain **SI PLUSIEURS FOIS** < la dernière fois > ?

Si répond autre chose que les items 1 à 4, relancer pour connaître la provenance.

Si NSP, coder Autre.

1. Un médecin vous a fait une ordonnance
2. Directement en pharmacie
3. Au planning familial
4. C'est une infirmière scolaire qui vous l'a donnée
5. Vous aviez la contraception d'urgence, pilule du lendemain, chez vous
6. Autre (Préciser)

DÉPISTAGE DES HÉPATITES ET DU VIH

HÉPATITES B ET C

Pour finir, je voudrais parler des maladies sexuellement transmissibles.

DEPIST1

Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une hépatite ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

DEPIST2

S'agissait d'une hépatite B ou d'une hépatite C ?

1. Hépatite B
2. Hépatite C
3. Ne sait pas

VIH

J'aimerais vous poser des questions sur le test de dépistage du virus du sida.

SI SEXUELLEMENT ACTIF

DEPIST3

Au cours de votre vie, avez-vous déjà effectué un test de dépistage du virus du sida ?

1. Oui, plusieurs fois
2. Oui, une fois
3. Non

SI A DÉJÀ FAIT UN TEST

DEPIST4

Combien de tests avez-vous fait au cours des cinq dernières années ?

Saisir en clair.

Si NSP, relancer par approximativement – si « Aucun », coder 0.

SI A DÉJÀ FAIT UN TEST DANS LES 5 ANS

DEPIST5

Et au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

Si NSP, relancer par approximativement – si « Aucun », coder 0.

SI A DÉJÀ FAIT AU MOINS UN TEST

DEPIST6

À quelle date avez-vous effectué votre **SI A FAIT PLUSIEURS TESTS** < dernier > test de dépistage ?

Si indique une date, saisir le mois et/ou l'année.

Si indique une durée, saisir le nombre de mois et/ou d'années depuis le dernier test (exemple 1 an et 5 mois).

SI A DÉJÀ FAIT AU MOINS UN TEST

DEPIST7

Vous l'avez fait...

Une seule réponse possible : prendre la raison principale.

Si arrêt préservatif, doutes fidélité du partenaire, demande travail ou banque, coder item 2.

Si intervention chirurgicale, bilan préopératoire, coder item 1.

1. parce qu'un médecin vous l'a proposé ?
2. de votre propre initiative ?
3. dans le cadre d'une grossesse ou avant un mariage ?
4. à l'occasion d'un don de sang, d'organe, de lait ou de sperme ?
5. autre ? (Préciser)

SI LE TEST EST DE SA PROPRE INITIATIVE

DEPIST8

Pour quelle raison principale avez-vous fait ce test de dépistage ?

Ne pas citer - une seule réponse possible.

1. Se rassurer, sans raison particulière, pour savoir
2. Relation non protégée, rupture de préservatif, partage de seringue, exposition au sang, agression
3. Régulièrement des tests

4. Arrêt du préservatif
5. Symptômes ou signes évocateurs
6. Doutes sur le partenaire
7. Demande du partenaire
8. Demande d'un employeur, d'une banque, d'une compagnie d'assurance, d'une administration.
9. Pour une autre raison (Préciser)

SI A DÉJÀ FAIT AU MOINS UN TEST ET PAS DANS LE CADRE D'UN DON DU SANG

DEPIST9

Quel était le résultat de ce test ?

1. Positif
2. Négatif
3. (NSP, n'a pas encore les résultats, résultats indéterminés, problème de lecture)
4. (NSP, n'a pas souhaité connaître le résultat)

SI N'A JAMAIS FAIT DE TEST VIH DANS LA VIE

DEPIST10

Pour quelle raison principale n'avez-vous jamais fait de test de dépistage du virus du sida ?

Une seule réponse possible : prendre la raison principale.

1. Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida
2. Vous ne savez pas où vous adresser
3. Vous avez peur que l'on vous voit, que cela se sache
4. Vous redoutez d'en connaître le résultat
5. Si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne
6. Aucun médecin ne vous l'a proposé
7. (Aucune de ces raisons)

QUESTIONNAIRE COURT ENFANTS DE PLUS DE 15 ANS ET ADULTES

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Je vais commencer par vous poser quelques questions sur vous, votre parcours et votre vie familiale.

SOCIO1

Actuellement, du point de vue légal, êtes-vous...

1. marié / remarié civilement (à la mairie) ?
2. marié devant une autorité religieuse (Fundi, Cadi...) ?
3. pacsé ?
4. célibataire (y compris union libre et concubinage) ?
5. divorcé ou en instance de divorce ou séparé ?
6. veuf ?

SOCIO2

Actuellement, vivez-vous en couple ?

1. Oui
2. Non

SI VIT EN COUPLE

SOCIO3

Est-ce que cela veut dire que vous habitez ensemble dans le même logement ?

1. Oui
2. Non

SI NE VIT PAS EN COUPLE

SOCIO4

Actuellement, avez-vous un ou une partenaire, ami(e), copain, copine ?

1. Oui
2. Non

SOCIO5

Avez-vous eu des enfants vous-même, qu'ils soient présents ou non dans le foyer ?

1. Oui
2. Non

SI A DES ENFANTS

SOCIO6

Combien en avez-vous au total ?

Saisir en clair – maximum 20.

SI FEMME ÂGÉE DE MOINS DE 50 ANS

SOCIO7

Êtes-vous actuellement enceinte ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ÂGÉE DE MOINS DE 50 ANS QUI A UN (OU DES) ENFANT(S)

SOCIO8

Allaitez-vous actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

SOCIO9

Prenez-vous (ou avez-vous pris) de la vitamine B (ex : Bécozyme, hydrosol polyvitamine), qu'elle vous ait été prescrite par un médecin ou une sage-femme ou que vous l'ayez achetée en pharmacie ?

1. Oui
2. Non

SOCIO10

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

Ne pas citer l'attention à certains diplômes mahorais qui sont différents des diplômes de la métropole.

1. Aucun diplôme
2. CEP (Certificat d'études primaires) ou diplôme étranger de même niveau
3. Brevet des collèges, BEPC, brevet simple ou diplôme étranger de même niveau
4. CAP (Certificat d'aptitude professionnelle), CAPI (Certificat d'aptitude professionnelle d'insertion) ; brevet de compagnon ou diplôme étranger de même niveau
5. Diplôme mahorais (infirmier, instituteur...)
6. Brevet d'enseignement professionnel (BEP / brevet technique) ou diplôme étranger de même niveau, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, Capacité en droit
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel ou diplôme étranger de même niveau
8. Baccalauréat d'enseignement général ou diplôme étranger de même niveau
9. Diplôme de 1^{er} cycle universitaire : Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
10. Bac + 3 (Licence), DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier
11. Diplôme de 2^e cycle universitaire : Bac + 4 (maîtrise, master1)
12. Diplôme de 3^e cycle universitaire : Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, master2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
13. Autre diplôme (Préciser)

SOCIO11

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête / Si cite RSA ou RMI : coder « chômage ».

Cocher « Vous exercez un (ou plusieurs) emploi(s) » même s'il s'agit de travail non déclaré (« petits boulots »).

1. Vous exercez un (ou plusieurs) emploi(s)
2. Vous poursuivez vos études (étudiant, élève, en formation non rémunérée ou en stage non rémunéré)
3. Vous êtes au chômage / vous cherchez un emploi
4. Vous êtes au foyer (vous ne cherchez pas d'emploi)
5. Vous êtes à la retraite ou en pré-retraite
6. Vous êtes en congé de longue durée
7. Vous êtes en congé maternité
8. Vous êtes en stage d'insertion, en formation, apprenti, en stage rémunéré ou contrat de qualification
9. Autre

SI AU CHÔMAGE

SOCIO12

Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ou à la recherche d'un emploi ?

1. Moins de six mois
2. De six mois à un an
3. Plus d'un an

À TOUS SAUF SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT OU SAUF SI A MOINS DE 30 ANS ET POURSUIT SES ÉTUDES

SOCIO13

Avez-vous déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ OU TRAVAILLE ACTUELLEMENT

SOCIO14

Quelle est ou quelle était votre profession ?

Saisir en clair:

Si plusieurs activités professionnelles, prendre l'activité qui prend le plus de temps.

S'il s'agit d'un étudiant qui travaille et qui hésite entre ses deux activités, coder « Étudiant ».

Le libellé de profession en clair doit respecter quelques règles :

- pas de caractères accentués, ni de caractères spéciaux (« ç » par exemple)
- pas de « - » entre les mots
- pas de fonction mais des libellés de profession (ex : suivi de contentieux => non codé !)
- éviter des termes trop vagues (exploitant, artisan, fonctionnaire, mécanicien...), préciser « Éleveur », « Artisan boulanger », « Fonctionnaire de police », « Mécanicien automobile » et indiquer, le cas échéant, la spécialisation (ex : « Ouvrier de la viticulture »)
- pas de fautes d'orthographe (ex : coiffeur => non reconnu).

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT OU EST EN CONGÉS MATERNITÉ ET A DÉJÀ TRAVAILLÉ OU EST EN FORMATION

SOCIO15

Quel type de contrat avez-vous ?

Ne pas citer.

Si la personne fait des « petits boulots, non déclarés », cocher : « A un emploi sans contrat, travaille au noir, fait des jobs ».

1. CDI
2. CDD
3. En intérim, contrat saisonnier, vacataire, etc.
4. Exploitant agricole (agriculteur indépendant)
- 4bis. Indépendant (artisan, commerçant, libéral, auto-entrepreneur, etc.)
- 4ter. Salarié de sa propre entreprise, gérant mandataire, PDG
5. Travaille chez un particulier (chèque emploi service)
6. A un emploi sans contrat, travaille au noir, fait des jobs

SI A UN CDI OU UN CDD OU EST INTÉRIMAIRE OU TRAVAILLE CHEZ UN PARTICULIER OU TRAVAILLE AU NOIR

SOCIO16

Quel est ou quel était le statut de votre employeur ?

1. État
2. Collectivités territoriales, HLM, hôpitaux
3. Sécurité sociale
4. Entreprises publiques nationalisées
5. Privé
6. Autres

SOCIO17

Quelle est ou quelle était votre position professionnelle ou qualification ?

1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé
2. Ouvrier qualifié ou ouvrier hautement qualifié ou technicien d'atelier ou chantier
3. Agent de maîtrise
4. Directeur général ou adjoint direct au directeur
5. Dessinateur, VRP, technicien hors atelier ou chantier
6. Instituteur, assistant social, infirmier et autres personnels de catégorie B de la fonction publique
7. Ingénieur ou cadre
8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique
9. Employé de bureau, de commerce, agent de service, aide-soignant, gardien d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique
10. Autres

SI LE RÉPONDANT EST INDÉPENDANT OU SALARIÉ DE SA PROPRE ENTREPRISE

SOCIO18

Quel est ou quel était le nombre de salariés que vous employez/employiez ?

1. Aucun salarié
2. 1 ou 2 salariés
3. 3 à 9 salariés
4. 10 ou plus
5. Autres

SI LE RÉPONDANT EST EXPLOITANT AGRICOLE

SOCIO19

Quelle est votre ou quelle était la surface agricole utilisée ? (en ares)

Saisir en clair.

SI POURSUIT SES ÉTUDES ET A MOINS DE 30 ANS OU SI POURSUIT SES ÉTUDES ET A 30 ANS OU PLUS MAIS N'A JAMAIS TRAVAILLÉ OU SI PERSONNE AU FOYER N'AYANT JAMAIS TRAVAILLÉ OU SI VIT SEUL ET EST LE CHEF DE FAMILLE ET TRAVAILLE ACTUELLEMENT

SOCIO20

Quelle est la profession du chef de famille ?

Saisir en clair.

Le libellé de profession en clair doit respecter quelques règles :

- pas de caractères accentués, ni de caractères spéciaux (« ç » par exemple)
- pas de « - » entre les mots
- pas de fonction mais des libellés de profession (ex : suivi de contentieux => non codé !)
- pas de fautes d'orthographe (ex : coiffeur => non reconnu).

SOCIO21

Quel est le secteur d'activité de l'entreprise ou de l'employeur du chef de famille ?

Saisir en clair.

Le libellé du secteur d'activité doit se rapporter à l'activité de l'employeur et non à l'activité de la personne interrogée ; ex : un plombier peut travailler dans différentes entreprises ayant des secteurs d'activité différents (industrie chimique, école, syndic immobilier, entreprise du bâtiment, etc.).

SANTÉ PERÇUE**SANTE1**

Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est...

1. excellente ?
2. très bonne
3. bonne ?
4. moyenne ?
5. mauvaise ?
6. très mauvaise ?

SANTE2

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

1. Oui
2. Non

SANTE3

Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

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

SANTE4

Quelle est votre taille ?

Saisir la réponse en centimètres.

SANTE5

Quel est votre poids ?

Saisir la réponse en kilogrammes.

ALCOOL**ALC1**

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 (apéritifs, digestifs, trembo vurga...) ?

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS BU DE BOISSONS ALCOOLISÉES

ALC2

Avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché, du Trembo tamu (jus de coco très faiblement fermenté) ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS ALCOOLISÉES

ALC3

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées ou faiblement alcoolisées ?

1. 1 fois par mois ou moins
2. 2 à 4 fois par mois
3. 2 à 3 fois par semaine
4. 4 à 6 fois par semaine
5. Tous les jours
6. Jamais

ALC4

Au cours des douze derniers mois, combien de verres standard contenant de l'alcool avez-vous bus au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Saisir en clair.

Proposer une quantité approximative.

1. 1 ou 2 verres
2. 3 ou 4 verres
3. 4 ou 5 verres
4. 6 à 9 verres
5. 10 verres ou plus

DIABÈTE

DIAB1

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un diabète ?

1. Oui
2. Non

SI DIABÈTE INDICÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB2

À quel âge, environ, un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?

Saisir en clair l'âge ou l'année.

DIAB3

Y a-t-il dans votre famille des personnes qui ont (ou qui ont eu) du diabète ?

1. Oui
2. Non

SI PRÉSENCE D'UNE PERSONNE DIABÉTIQUE DANS LA FAMILLE

DIAB4

De qui s'agit-il ?

1. Votre père ou votre mère ?
2. Votre sœur ou votre frère ?
3. Autre (Préciser)

SI DIABÈTE INDICÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB5

Actuellement, êtes-vous traité pour le diabète par comprimés ?

1. Oui
2. Non

SI ACTUELLEMENT TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR COMPRIMÉS

DIAB6

À quel âge environ, avez-vous pris des comprimés pour traiter votre diabète ?

Saisir en clair l'âge ou l'année.

DIAB7

Actuellement, êtes-vous traité pour votre diabète par injections d'insuline ?

1. Oui
2. Non

SI ACTUELLEMENT TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR INJECTION D'INSULINE

DIAB8

Est-ce que vous faites vous-même votre injection ou est-ce un professionnel de santé ?

1. Oui
2. Non

SI SE FAIT SOI-MÊME SES INJECTIONS D'INSULINE

DIAB9

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

Saisir en clair l'âge ou l'année.

SI SE FAIT SOI-MÊME SES INJECTIONS D'INSULINE

DIAB10

Que faites-vous de l'aiguille, une fois votre injection réalisée ?

1. Vous la mettez dans un contenant spécifique que vous donnez à l'infirmier / au médecin / à la pharmacie / à l'association
2. Vous la mettez dans une bouteille en plastique que vous donnez à l'infirmier / au médecin / à la pharmacie / à l'association
3. Vous la mettez dans une bouteille en plastique que vous jetez à la poubelle
4. Vous la jetez directement dans la poubelle

SI DIABÈTE INDICUÉ PAR UN MÉDECIN**DIAB11**

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un médecin généraliste ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB12**

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir la réponse en clair.

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB13**

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

Saisir la réponse en clair.

SI UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB14**

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB15

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un médecin spécialiste du diabète ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB16**

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB17**

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

Saisir en clair.

SI UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DU DIABÈTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB18**

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB19

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un infirmier ?

1. Oui
2. Non

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB20**

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB21**

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

Saisir en clair.

SI UN INFIRMIER A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB22**

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB23

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un pédicure-podologue ?

1. Oui
2. Non

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS**DIAB24**

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB25

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

Saisir en clair.

SI UN PÉDICURE / PODOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB26

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB27

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un diététicien ou un nutritionniste ?

1. Oui
2. Non

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB28

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB29

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

Saisir en clair.

SI UN DIÉTÉTICIEN OU UN NUTRITIONNISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB30

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB31

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un dentiste ?

1. Oui
2. Non

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB32

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB33

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

Saisir en clair.

SI UN DENTISTE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB34

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB35

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un psychiatre ou un psychologue ?

1. Oui
2. Non

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB36

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB37

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

Saisir en clair.

SI UN PSYCHOLOGUE A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB38

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

DIAB39

Concernant votre diabète, avez-vous consulté, au cours des douze derniers mois, un autre professionnel ?

1. Oui
2. Non

SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB40

Quel autre professionnel avez-vous vu ?

Saisir en clair.

SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB41

Combien de fois avez-vous vu ce professionnel au cours des douze derniers mois ?

Saisir en clair.

SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB42

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

Saisir en clair.

SI UN AUTRE PROFESSIONNEL A ÉTÉ CONSULTÉ DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS

DIAB43

Vous avez consulté ce professionnel la dernière fois...

1. à son cabinet ?
2. à l'hôpital / au dispensaire ?
3. lors d'une permanence de l'association REDIAB-Ylang ?
4. à domicile ?
5. dans un autre lieu ? (Préciser)

SI DIABÈTE INDIQUÉ PAR UN MÉDECIN

DIAB44

À quelle fréquence faites-vous une prise de sang pour contrôler votre diabète ?

Il ne s'agit pas d'une piqûre au bout du doigt mais d'une prise de sang dans un laboratoire.

1. Moins d'une fois par an
2. Tous les ans (une fois par an)
3. Tous les semestres (tous les six mois)
4. Tous les trimestres (tous les trois mois)
5. Plus d'une fois par trimestre

DIAB45

Vous a-t-on donné un régime alimentaire à suivre ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB46

Suivez-vous un programme d'éducation thérapeutique pour votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB47

Avez-vous eu une plaie du pied qui a duré plus d'un mois ?

1. Oui
2. Non

DIAB48

Avez-vous été amputé d'un doigt de pied, d'un pied ou d'une jambe ?

1. Oui
2. Non

DIAB49

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez des problèmes aux yeux à cause de votre diabète ?

1. Oui
2. Non

DIAB50

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous fait une hypoglycémie sévère ou eu recours à une autre personne pour vous resucrer ?

Saisir en clair.

DIAB51

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou une angine de poitrine ?

1. Oui
2. Non

DIAB52

Êtes-vous actuellement en dialyse (séances d'épuration du sang environ trois fois par semaine) ou avez-vous déjà eu une greffe rénale ?

1. Oui
2. Non

DIAB53

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

DIAB54

Êtes-vous traité par...

Une seule réponse possible.

1. médicaments ?
 2. régime seul ?
 3. pas de traitement
1. Oui
 2. Non

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

HTA1

Un médecin ou un autre professionnel de santé vous a-t-il déjà dit que votre tension (ou pression artérielle) était trop élevée ?

1. Oui
2. Non

SI TENSION ÉLEVÉE INDICUÉE PAR UN MÉDECIN

HTA2

Pratiquez-vous régulièrement une activité physique pour diminuer votre tension ?

Sport, marche rapide, jardinage...

1. Oui
2. Non

HTA3

Actuellement, prenez-vous des médicaments pour diminuer votre tension (ou pression artérielle) ?

1. Oui
2. Non

SI TENSION ÉLEVÉE INDICUÉE PAR UN MÉDECIN ET MÉDICAMENTS PRIS POUR DIMINUER LA TENSION

HTA4

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments pour diminuer votre tension (ou pression artérielle) ?

Lire la liste ci-dessous ; une seule réponse possible.

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

TABAC

Nous allons maintenant discuter de votre potentielle consommation de tabac et/ou de drogues.

TAB1

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

1. Oui
2. Non

SI FUME DU TABAC

TAB2

Fumez-vous...

Pour la sous-question 6, si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder Non.

1. du tabac à rouler ?
 2. des cigarettes en paquet ?
 3. des cigarillos ?
 4. des cigares ?
 5. la pipe ?
 6. la chicha ou le narguilé ?
1. Oui
 2. Non

SI NE FUME PAS DE TABAC

TAB3

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

TAB4

Avez-vous fumé du tabac...

1. juste une ou deux fois pour essayer ?
2. occasionnellement ?
3. quotidiennement mais pendant moins de six mois ?
4. quotidiennement pendant au moins six mois ?

SI FUME DU TABAC

TAB5

Fumez-vous du tabac tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI FUME TOUS LES JOURS

TAB6

Combien de cigarettes roulées / cigarettes fumez-vous en moyenne ?

Si nécessaire, préciser par jour, ou par semaine, ou par mois ou par an.

Si « entre 10 et 15 », relancer par « Approximativement ». Sinon, saisir 15.

Si moins d'une cigarette, coder 0.

SI FUME TOUS LES JOURS

TAB7

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ARRÊTÉ DE FUMER AU MOINS UNE SEMAINE**TAB8**

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

Noter en clair le nombre puis l'unité ; si cite une date, convertir en jours, semaines, mois ou années.

Il s'agit de la fin de la dernière tentative d'arrêt.

Exemple : 2 ans et demi = 30 mois

Exemple : 2 mois et demi = 10 semaines

USAGE DE DROGUES**DROG1**

Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir du « bangé », du cannabis, du haschisch, de la Marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit en vingt-quatre heures à Mayotte, si vous en vouliez ?

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

DROG2

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du « bangé », du cannabis, du haschisch, de la Marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ CONSUMMÉ DU CANNABIS**DROG3**

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

1. Oui
2. Non

SI EN A CONSUMMÉ AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS**DROG4**

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

1. Oui
2. Non

DROG5

Avez-vous déjà consommé de la « chimique » ?

1. Oui
2. Non

HYGIÈNE ET GESTES BARRIÈRES

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les petits gestes au quotidien, qui, sans que vous vous en rendiez compte, peuvent vous éviter de contracter certaines maladies.

HYG1

Dans chacune des situations suivantes de votre vie quotidienne, dites-moi très franchement si vous vous lavez les mains avec l'eau potable du robinet ou de la borne fontaine monétique...

1. avec du savon ?
2. avant de faire la cuisine ?
3. après être allé aux toilettes ?
4. avant de vous occuper d'un bébé de moins de 6 mois ?
1. Oui
2. Non

HYG2

Vous lavez-vous les mains avec de l'eau potable du robinet ou de la borne fontaine monétique après vous être mouché ?

1. Rarement
2. Souvent
3. Systématiquement
4. Jamais

HYG3

En général, lorsque vous toussez ou éternuez, vous vous couvrez la bouche avec un tissu, que ce soit un mouchoir, votre manche ou une écharpe ?

1. Rarement
2. Souvent
3. Systématiquement
4. Jamais

MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE**VECT1**

Concernant la présence de moustiques chez vous et autour de chez vous, diriez-vous que vous êtes...

1. pas du tout gêné ?
2. peu gêné ?
3. assez gêné ?
4. très gêné ?

VECT2

Parmi les moyens de protection suivants contre les piqûres de moustiques, lesquels vous arrive-t-il d'utiliser ?

1. Les lotions, les sprays ou les crèmes répulsives sur la peau et/ou sur les vêtements (y compris produits biologiques, plantes ou huiles essentielles)
2. Les diffuseurs insecticides, les serpentins ou les pièges à moustique
3. Le port de vêtements couvrants et amples

4. Les moustiquaires autour des lits et/ou aux fenêtres
 5. La climatisation ou les ventilateurs
 6. Vous ne faites rien de particulier
1. Oui
2. Non

VECT3

Parmi les moyens suivants permettant d'éviter la prolifération des moustiques chez vous et autour de chez vous, lesquels vous arrive-t-il d'utiliser ?

1. L'élimination des eaux stagnantes (par exemple : seaux, vases, soucoupes, jardinières...)
2. La couverture des réservoirs d'eau (bidons, bassins...)
3. Le traitement des réservoirs d'eau avec des insecticides
4. Aucun
5. Non concerné
6. Autres

VECT4

Pensez-vous que le paludisme puisse être transmis ou non par les piqûres de certains moustiques auxquels vous êtes exposé chez vous et autour de chez vous ?

1. Oui
2. Non

VECT5

L'idée d'attraper une maladie transmise par les moustiques vous inquiète-t-elle ?

1. Oui
2. Non

VECT6

Concernant le paludisme, diriez-vous que c'est une maladie...

1. pas grave du tout ?
2. peu grave ?
3. assez grave ?
4. très grave ?

VACCINATION

VACC1

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

VACC2

Avez-vous un carnet de vaccination ou de santé sur lequel sont inscrites vos vaccinations ?

1. Oui
2. Non
3. Non, mais tient un document personnel à jour

VACC3

Êtes-vous à jour de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ?

1. Oui, vous en êtes sûr
2. Oui, probablement
3. Non, probablement pas
4. Non, certainement pas

VACC4

Êtes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

1. Oui
2. Non

QUESTIONNAIRE INFIRMIERS PERSONNES DE PLUS DE 15 ANS

Pour toutes les mesures, inscrire 0 si elles n'ont pu être faites.

INF1

Quel est votre âge ?

_____ 15 à 69 ans

INF2

Report de la mesure de la taille

_____ cm (max 3 caractères, bornes 0-250)

Reporter exactement ce qu'affiche la toise.

INF3

Report de la mesure du poids

_____ kg (max 6 caractères, bornes 0,00-200,00)

Reporter exactement ce qu'affiche la balance (avec les décimales).

INF4

Report du tour de taille (périmètre abdominal)

_____ cm (max 5 caractères, bornes 0,0-200,00)

Précision de 0,1 demandée (ex : 68,6).

INF5

Tour de hanches

_____ cm (max 5 caractères, bornes 0,0-200,00)

Précision de 0,1 demandée (ex : 73,6).

INF6

Situations (handicap, pathologie ou grossesse) susceptibles de modifier l'anthropométrie

1. Oui
2. Non

SI SITUATION (HANDICAP, PATHOLOGIE OU GROSSESSE) SUSCEPTIBLE DE MODIFIER L'ANTHROPOMÉTRIE

INF7

De quel type ?

Saisir en clair ; 150 caractères maximum.

INF8

Pression artérielle systolique n°1

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF9

Pression artérielle diastolique n°1

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF10

Pression artérielle systolique n°2

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF11

Pression artérielle diastolique n°2

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF12

Pression artérielle systolique n°3

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF13

Pression artérielle diastolique n°3

_____ mmHg (max 3 caractères)

INF14

Date des prélèvements

INF15

Les prélèvements sanguins ont-ils été réalisés ?

1. Non, aucun
2. Oui, tous les prélèvements sanguins
3. Oui, mais partiellement

SI AUCUN PRÉLÈVEMENT OU SI PRÉLÈVEMENTS PARTIELLEMENT RÉALISÉS

INF16

Pourquoi n'ont-ils pas été ou pu être faits ?

1. La personne a peur des piqûres
2. La personne n'a pas envie/n'a pas le temps/a changé d'avis
3. La personne ne peut pas être piquée (raisons techniques)
4. Autres

INF17

Un/L'auto-prélèvement (vaginal ou urinaire) a-t-il été réalisé ?

1. Oui
2. Non

SI NON

INF18

Pourquoi ?

1. La personne n'y arrive pas
2. La personne n'a pas d'endroit pour s'isoler
3. La personne n'a pas envie/n'a pas le temps/a changé d'avis
4. Autres (Préciser)

INF19

À qui faut-il adresser les résultats ?

Si item de réponse 0, faire préciser nom, adresse et numéro de téléphone.

Si item de réponse 1, faire préciser nom.

1. Médecin traitant
2. Antenne du CHM

QUESTIONNAIRE ENFANTS DE 3 À 14 ANS**LANG**

Quelle langue voulez-vous utiliser pour cet entretien ?

1. Français
2. Shimaorais
3. Shibushi

INT1

Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?

1. Père
2. Mère
3. Autres

SI AUTRES

INT2

Vous êtes...

1. un frère ?
2. une sœur ?
3. un oncle ?
4. une tante ?
5. un grand-père ?
6. une grand-mère ?
7. un représentant légal ?

AGE

Quel est l'âge de *<Prénom enfant>* en années ?

□ □ □ 3 à 14 ans

SEX

Quel est le sexe de *<Prénom enfant>*?

1. Garçon
2. Fille

NOM

Quel est son prénom ?

Saisir en clair.

OCC

Qui s'occupe de *<Prénom enfant>* pendant la journée ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Mère
2. Père
3. Frère ou sœur
4. Autres membres de la famille
5. Halte-garderie, crèche
6. Assistante maternelle (nounou)
7. École
8. Amis
9. Autres (Préciser)

VER

<Prénom enfant> porte-t-il/elle des verres correcteurs ?

1. Oui
2. Non

AUD

<Prénom enfant> a-t-il/elle des problèmes auditifs ?

1. Oui
2. Non

DEN1

À quelle fréquence *<Prénom enfant>* se brosse-t-il/elle les dents ?

1. Plusieurs fois par jour
2. Une fois par jour
3. Quelques fois par semaine
4. Rarement ou jamais

DEN2

« *<Prénom enfant>* a-t-il/elle déjà consulté un dentiste ?

1. Oui, à titre préventif
2. Oui, à titre curatif
3. Non

DOU

Combien de douches prend-il/elle par semaine ?

1. Moins de 3
2. De 3 à 6
3. 7 ou plus

TEL

Combien d'heures par jour au total *<Prénom enfant>* passe-t-il/elle devant un écran (télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo ou ordinateur) en dehors de l'école ?

1. Aucune
2. Moins de 1h par jour
3. Moins de 2h par jour
4. Moins de 3h par jour
5. 3h ou plus par jour

HEU1

À quelle heure vous êtes-vous couché hier soir ?

Saisir en clair.

Ne pas tenir compte de l'heure d'endormissement.

HEU2

À quelle heure vous êtes-vous levé ce matin ?

Saisir en clair.

Ne pas tenir compte de l'heure d'endormissement.

DEJ

Combien de fois par semaine *<Prénom enfant>* prend-il/elle un petit déjeuner ?

1. Tous les jours
2. De 4 à 6 fois par semaine
3. De 1 à 3 fois par semaine
4. Exceptionnellement ou jamais

CAN

<Prénom enfant> déjeune-t-il/elle habituellement à la cantine ?

1. Oui, tous les jours
2. Oui, quelques fois par semaine
3. Rarement ou jamais

ACC1

Au cours de l'année, a-t-il/elle eu un accident ?

1. Oui
2. Non

SI A EU UN ACCIDENT AU COURS DE L'ANNÉE

ACC2

Qu'est-ce qu'il/elle faisait ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Sport
2. Déplacement
3. Jeux ou autres activités de loisirs

SI A EU UN ACCIDENT AU COURS DE L'ANNÉE

ACC3

Était-ce...

Plusieurs réponses possibles.

1. une chute ?
2. un choc ?
3. une coupure ?
4. Autre (Préciser)

SI A EU UN ACCIDENT AU COURS DE L'ANNÉE

ACC4

À quel(s) soin(s) avez-vous eu recours pour votre enfant pour cet accident ?

1. Urgences
2. Dispensaires
3. Médecins
4. Infirmiers
5. Guérisseurs
6. Autre (Préciser)

CUT

Est-ce qu'un médecin a diagnostiqué un abcès ou un impétigo chez votre enfant dans les douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

DIA

Sur le dernier mois, votre enfant a-t-il eu la diarrhée ?

1. Non, jamais
2. 1 fois
3. 2 fois
4. Plus de 2 fois

EAU

Quel type d'eau lui donnez-vous à boire ?

1. Eau du robinet/eau de la fontaine
2. Eau en bouteille
3. Autres (Préciser)
4. Aucun

QUESTIONNAIRE INFIRMIERS ENFANTS DE 3 À 14 ANS

Pour toutes les mesures, inscrire 0 si elle n'a pu être faite.

AGE

Âge

_____ 3 à 14 ans

INFTAI

Taille

_____ cm (max 3 caractères, bornes 0-250)

Reporter exactement ce qu'affiche la toise.

INFPOI

Poids

_____ kg (max 6 caractères, bornes 0,00-200,00)

Reporter exactement ce qu'affiche la balance (avec les décimales).

INFHAN

Situations (handicap, pathologie ou grossesse) susceptibles de modifier l'anthropométrie

1. Oui
2. Non

SI OUI**INFTYPEHAN**

De quel type ?

(champ texte libre 150 caractères max).

QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

LAN

Quelle langue voulez-vous utiliser pour cet entretien ?

1. Français
2. Shimaorais
3. Shibushi

INT1

Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?

1. Père
2. Mère
3. Autres

SI AUTRES

INT2

Vous êtes...

1. un frère ?
2. une sœur ?
3. un oncle ?
4. une tante ?
5. un grand-père ?
6. une grand-mère ?
7. un représentant légal ?

AGE

Quel est l'âge de *<Prénom enfant>* en mois ?

SEX

Quel est le sexe de *<Prénom enfant>* ?

1. Garçon
2. Fille

NOM

Quel est son prénom ?

Saisir en clair.

OCC

Qui s'occupe de *<Prénom enfant>* pendant la journée ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Mère
2. Père
3. Frère ou sœur
4. Autres membres de la famille
5. Halte-garderie, crèche
6. Assistante maternelle (nounou)
7. École
8. Amis
9. Autres (Préciser)

ALL1

« *<Prénom enfant>* a-t-il/elle été allaité(e) (allaitement maternel) ?

1. Oui
2. Non

SI NON

ALL2

Pourquoi *<Prénom enfant>* n'a-t-il/elle pas été allaité/e ?

1. Sa mère ne souhaitait pas allaiter
2. Sa mère était malade/faible
3. Sa mère est décédée
4. Il/elle était malade/faible
5. Sa mère avait des problèmes au niveau des seins
6. Sa mère n'avait pas assez de lait
7. Sa mère travaillait
8. Il/elle refusait
9. Sa mère était tombée enceinte
10. Sa mère avait commencé à utiliser la contraception
11. Autres (Préciser)

ALL3

« *<Prénom enfant>* est-il/elle encore allaité(e) ?

1. Oui
2. Non

SI NON

ALL4

À quel âge *<Prénom enfant>* a-t-il/elle cessé d'être allaité(e) ?

Saisir la réponse en mois.

ALL5

Pourquoi a-t-il/elle cessé d'être allaité(e) ?

1. Il/Elle avait atteint l'âge du sevrage
2. Sa mère était malade/faible
3. Sa mère est décédée
4. Il/elle était malade/faible
5. Sa mère avait des problèmes au niveau des seins
6. Sa mère n'avait pas assez de lait
7. Sa mère travaillait
8. Il/elle refusait
9. Sa mère était tombée enceinte
10. Sa mère avait commencé à utiliser la contraception
11. Autres (Préciser)

ALL6

Quel a été le premier aliment reçu par *<Prénom enfant>* après sa naissance ?

1. Lait maternel
2. Eau simple
3. Eau simple sucrée

4. Eau bouillie ou minérale
5. Eau bouillie ou minérale sucrée
6. Lait infantile (lait artificiel pour bébé)
7. Lait animal frais
8. Lait animal en poudre
9. Lait animal concentré
10. Thé/tisane/infusion
11. Jus de fruits

ALL7

Depuis sa naissance, <Prénom enfant> a-t-il/elle reçu du lait infantile (lait artificiel pour bébé) ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**ALL8**

<Prénom enfant> consomme-t-il/elle encore du lait infantile actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**ALL9**

À quel âge <Prénom enfant> a-t-il/elle cessé de consommer du lait infantile ?

Saisir la réponse en mois.

VIT

A-t-il/elle reçu dans les six derniers mois, y compris en ce moment, des vitamines ou des médicaments ?

1. Oui
2. Non

BR01

A-t-il/elle déjà été sujet à des pathologies respiratoires (asthme, bronchiolite) ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**BR02**

A-t-il/elle été aux urgences lors d'un épisode ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**BR03**

A-t-il/elle été hospitalisé(e) ?

1. Oui
2. Non

CUT

Est-ce qu'un médecin a diagnostiqué un abcès ou un impetigo chez votre enfant dans les douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

DIA

Combien de fois votre enfant a-t-il eu la diarrhée sur le dernier mois ?

La diarrhée est définie par 3 selles liquides en 24h.

1. Jamais
2. Une fois
3. Deux fois
4. Plus de deux fois

EAU

Quel type d'eau lui donnez-vous à boire ?

1. Eau du robinet/eau de la fontaine
2. Eau en bouteille
3. Autres (Préciser)
4. Vous ne lui donnez pas d'eau

QUESTIONNAIRE INFIRMIERS ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

Pour toutes les mesures, inscrire 0 si elles n'ont pu être faites.

INFNAIS1

Est-ce que l'enfant est né à Mayotte ?

1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT NÉ PAS NÉ À MAYOTTE**INFNAIS2**

Quel(le) est sa région ou son pays de naissance ?

1. Les Comores (Grande, Anjouan, Mohéli)
2. France métropolitaine, île de La Réunion, autre DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane...)
3. Pays d'Europe autre que la France métropolitaine
4. Madagascar ou autre île de l'océan Indien (Seychelles, Maurice, Rodrigues...)
5. Afrique continentale
6. Asie
7. Océanie
8. Amériques (nord, centrale, sud)

AGE

Quel est l'âge de l'enfant ?

Pour les enfants de moins de 2 ans, saisir 1.

Pour les enfants entre 2 et 3 ans, saisir 2.

INFRA

Périmètre crânien mesuré lors de l'enquête

Saisir la réponse en cm. Max 4 caractères, bornes 0,0-70,0.

Précision de 0,1 demandée (ex : 32,6).

INFRA

Périmètre brachial mesuré lors de l'enquête

Saisir la réponse en cm. Max 4 caractères, bornes 0,0-40,0.

Précision de 0,1 demandée (ex : 12,6).

INFHAN

L'enfant présente-t-il des situations (handicap, pathologie) susceptibles de modifier l'anthropométrie ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

INFTYPEHAN

De quel type ?

Saisir la réponse en clair ; 150 caractères max.

INFAMP1

Est-ce que l'enfant a participé à la campagne de ratrappage vaccinal qui a eu lieu en mai juin 2018 ?

1. Oui
2. Non

SI NON

INFAMP2

Pour quelle raison ?

Ne pas citer, laisser la personne répondre d'elle-même.

1. Enfant à jour de ses vaccins
2. Refus de vaccination
3. Pas au courant de la campagne
4. Peur de rencontrer les forces de l'ordre
5. Trop de temps d'attente
6. Autres

SI REFUS DE VACCINATION

INFAMP3

Pour quelle(s) raison(s) ?

Saisir en clair. 150 caractères max.

LIEU

Dans quelle structure de soin l'enfant a-t-il effectué son dernier vaccin ?

Si pas d'information, répondre NSP.

1. Médecin généraliste
2. Dispensaire
3. Centre de PMI
4. Centre de vaccination
5. Centre hospitalier

6. Médecin scolaire

7. Autre (Préciser ; 150 caractères max)

INFAR

L'enfant a-t-il un carnelli¹ ou document similaire ?

1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT A UN CARNETTI OU DOCUMENT SIMILAIRE

Poursuivre le questionnaire et reporter les informations inscrites dans le carnelli (ou document similaire) en laissant les cases vides si l'information est manquante.

SINON

Fin du questionnaire.

INFDDN

Noter la date de naissance de l'enfant inscrite dans le carnelli

Date de naissance █ █ █ █

INFTER

Terme à la naissance (d'après le carnelli)

█ semaines (max 2 caractères, bornes 0-50)

INFPOI2

Poids à la naissance (d'après le carnelli)

█ cm (max 3 caractères, bornes 0-10)

INFTA12

Taille à la naissance (d'après le carnelli) █ cm (max 2 caractères, bornes 0-70)

INPPER

Périmètre crânien à la naissance (d'après le carnelli)

█ cm (max 3 caractères, bornes 0-50)

DTCP-HIB-HEPB (DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE – COQUELUCHE – HAEMOPHILUS – HÉPATITE B)

DOSE N°1

DTCP1

L'enfant a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contenant à minima les valences DTP ?

1. Oui
2. Non

1. Carnelli: carnet de santé mahorais

SI OUI

DTCP1_DATE

Date de vaccination

 DTCP1_NOM

Nom du vaccin

1. InfanrixTetra (DTCP)
2. Tetravac-acellulaire (DTCP)
3. InfanrixQuinta (DTCPhib)
4. Pentavac (DTCPhib)
5. InfanrixHexa (DTCPhibHBV)
6. Hexyon (DTCPhibHBV)
7. Vaxelis (DTCPhibHBV)
8. Revaxis (DTP)
9. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

DTCP1_TYPE

Type de vaccin

1. DTCPhibHBV
2. DTCPhib
3. DTCP
4. DTP

TETANOTOP

L'enfant a-t-il effectué la sérologie tétonos ou le test Tétanotop ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

TETANOTOP_DATE **TETANOTOP_RES**

Quel a été le résultat du dernier test effectué ?

1. Positif
2. Négatif

DOSE N°2**DTCP2**

L'enfant a-t-il reçu une seconde dose de vaccin contenant à minima les valences DTP ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

DTCP2_DATE

Date de vaccination

 DTCP2_NOM

Nom du vaccin

1. InfanrixTetra (DTCP)
2. Tetravac-acellulaire (DTCP)
3. InfanrixQuinta (DTCPhib)
4. Pentavac (DTCPhib)
5. InfanrixHexa (DTCPhibHBV)
6. Hexyon (DTCPhibHBV)
7. Revaxis (DTP)
8. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

DTCP2_TYPE

Type de vaccin

1. DTCPhibHBV
2. DTCPhib
3. DTCP
4. DTP

DOSE N°3**DTCP3**

L'enfant a-t-il reçu une troisième dose de vaccin contenant à minima les valences DTP ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

DTCP3_DATE

Date de vaccination

 DTCP3_NOM

Nom du vaccin

1. InfanrixTetra (DTCP)
2. Tetravac-acellulaire (DTCP)
3. InfanrixQuinta (DTCPhib)
4. Pentavac (DTCPhib)
5. InfanrixHexa (DTCPhibHBV)
6. Hexyon (DTCPhibHBV)
7. Revaxis (DTP)
8. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

DTCP3_TYPE

Type de vaccin

1. DTCPhibHBV
2. DTCPhib
3. DTCP
4. DTP

HÉPATITE B (MONOVALENT)

DOSE N°1 (MONOVALENT)

HEPB1

L'enfant a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contenant la valence unique HBV ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

HEPB1_DATE

Date de vaccination

HEPB1_NOM

Nom du vaccin

1. Engerix b10
2. HBVaxpro 5
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

HEPB_SERO

L'enfant a-t-il effectué la sérologie HBV ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

HEPB_SERO_DATE

Date de la sérologie HBV

HEPB_SERO_TEST

Quel a été le résultat de la dernière sérologie effectuée ?

1. Positif
2. Négatif

DOSE N°2 (MONOVALENT)

HEPB2

L'enfant a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contenant la valence unique HBV ?

1. Oui
2. Non

SI ENFANT A REÇU DEUXIÈME DOSE DE VACCIN CONTENANT LA VALENCE UNIQUE HBV
SINON, PASSER DIRECTEMENT À ROR1

HEPB2_DATE

Date de vaccination

HEPB2_NOM

Nom du vaccin

1. Engerix
2. HBVaxpro
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

DOSE N°3 (MONOVALENT)

HEPB3

L'enfant a-t-il reçu une troisième dose de vaccin contenant la valence unique HBV ?

1. Oui
2. Non

HEPB3_DATE

Date de vaccination

HEPB3_NOM

Nom du vaccin

1. Engerix
2. HBVaxpro
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

ROR (ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE)

DOSE N°1

ROR1

L'enfant a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contenant à minima la valence rougeole ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

ROR1_DATE

Date de vaccination

ROR1_NOM

Nom du vaccin

1. Priorix
2. Psy M-M-RVaxPro
3. Rouvax
4. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

ROR1_TYPE

Type de vaccin

1. Vaccin ROR trivalent
2. Vaccin rougeoleux monovalent

DOSE N°2**ROR2**

L'enfant a-t-il reçu une seconde dose de vaccin contenant à minima la valence rougeole ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**ROR2_DATE**

Date de vaccination

ROR2_NOM

Nom du vaccin

1. Priorix
2. M-M-RVaxPro
3. Rouvax
4. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ**ROR2_TYPE**

Type de vaccin

1. Vaccin ROR trivalent
2. Vaccin rougeoleux monovalent

BCG (BACILLE CALMETTE ET GUÉRIN – TUBERCULOSE)**BCG**

L'enfant a-t-il été vacciné contre la tuberculose ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**BCG_DATE**

Date de la dernière vaccination

MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C (MONOVALENT)**DOSE N°1****MNGOC1**

L'enfant a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**MNGOC1_DATE**

Date de la vaccination

MNGOC1_NOM

Nom du vaccin

1. Meningitec
2. Menjugate
3. Neisvac
4. Nimenrix
5. Menveo
6. Mencevax
7. Autre (Préciser, 150 caractères max)

DOSE N°2**MNGOC2**

L'enfant a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**MNGOC2_DATE**

Date de la vaccination

MNGOC2_NOM

Nom du vaccin

1. Meningitec
2. Menjugate
3. Neisvac
4. Autre (Préciser, 150 caractères max)

PNEUMOCOQUE**PNEUMO1**

L'enfant a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contre le pneumocoque ?

1. Oui
2. Non

SI OUI**PNEUMO1_DATE**

Date de la vaccination

PNEUM01_NOM

Nom du vaccin

1. Pneumo 23
2. Prévenar 13
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

PNEUM01_TYPE

Type de vaccin

1. Vaccin 23-valent
2. Vaccin 13-valent

PNEUM02

L'enfant a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contre le pneumocoque ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

PNEUM02_DATE

Date de la vaccination

 | | |

PNEUM02_NOM

Nom du vaccin

1. Pneumo 23
2. Prévenar 13
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

PNEUM02_TYPE

Type de vaccin

1. Vaccin 23-valent
2. Vaccin 13-valent

PNEUM03

L'enfant a-t-il reçu une troisième dose de vaccin contre le pneumocoque ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

PNEUM03_DATE

Date de la vaccination

 | | |

PNEUM03_NOM

Nom du vaccin

1. Pneumo 23
2. Prévenar 13
3. Autre (Préciser, 150 caractères max)

SI NOM DU VACCIN NON RENSEIGNÉ DANS LE CARNET DE SANTÉ

PNEUM03_TYPE

Type de vaccin

1. Vaccin 23-valent
2. Vaccin 13-valent

AUTRES VACCINS

AUTREVAC1

L'enfant a-t-il été vacciné contre une autre pathologie ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

SINON, FIN DU QUESTIONNAIRE

AUTREVAC1_TYPE

Laquelle (nom du vaccin ou nom de la pathologie) ?

Saisir en clair, 150 caractères max.

AUTREVAC1_DATE

Date de la dernière vaccination

 | | |

Renseigner la date de la dernière dose reçue.

AUTREVAC2

L'enfant a-t-il été vacciné contre une autre pathologie ?

1. Oui
2. Non

SI OUI

SINON, FIN DU QUESTIONNAIRE

AUTREVAC2_TYPE

Laquelle (nom du vaccin et/ou nom de la pathologie) ?

Saisir en clair, 150 caractères max.

AUTREVAC2_DATE

Date de la dernière vaccination

 | | |

Renseigner la date de la dernière dose reçue.

FIN DU QUESTIONNAIRE

Conformément à la loi applicable, vous disposez de droits relatifs à vos données personnelles tels que le droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression ou de limitation du traitement de vos données.

En outre, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière et vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Pour les participants âgés de moins de 18 ans, l'ensemble des droits est exercé par le représentant légal du participant.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données de Santé publique France : dpo@santepubliquefrance.fr

Pour l'exercice de ces droits il vous sera demandé de présenter votre formulaire de consentement et de justifier de votre identité. Vous pourrez exercer ces droits jusqu'à la suppression du code barre des fichiers détenus par Santé publique France.