



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Pilot phase

Questionnaire pour non-répondant (NR)

Ⓜ: Les questions les plus importantes

1	Comment est votre état de santé en général ? <i>Une seule réponse possible.</i>
<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	

2	Souffrez-vous actuellement d'une ou plusieurs maladies ou êtes-vous diminué dans votre santé ? <i>(Question ouverte, ne pas lister toutes les options de réponse)</i>
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui (précisez) Quelle maladie ou limitation avez-vous ?	
<input type="checkbox"/> Maladies musculosquelettiques <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires <input type="checkbox"/> Maladies de peau <input type="checkbox"/> Maladies allergiques <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme <input type="checkbox"/> Maladies des reins, du foie, de l'estomac, des intestins <input type="checkbox"/> Maladies neurologiques et psychiques <input type="checkbox"/> Maladies féminines <input type="checkbox"/> Maladies oculaires <input type="checkbox"/> Maladies auditives <input type="checkbox"/> Autres maladies et maladies rares _____	

3	Fumez-vous actuellement (c.-à-d. au cours du mois dernier) ? (cigarettes, cigares, cigarillos, pipe, cigarette électronique, shisha/narguilé) ?		
<input type="checkbox"/> Non – Non-fumeur(se)			
<input type="checkbox"/> Oui → Que fumez-vous et combien?			
<input type="checkbox"/> Cigarettes		Nombre par jour : _____	OU <input type="checkbox"/> Moins d'une par jour
<input type="checkbox"/> Cigares/Cigarillos		Nombre par jour : _____	OU <input type="checkbox"/> Moins d'un par jour
<input type="checkbox"/> Pipe		Nombre par jour : _____	OU <input type="checkbox"/> Moins d'une par jour
<input type="checkbox"/> e-cigarette		Nombre par jour : _____	OU <input type="checkbox"/> Moins d'une par jour

4	Quelle est votre profession ?
<input type="checkbox"/> Profession exercée : _____ <input type="checkbox"/> Profession apprise : _____	

5	Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation professionnelle ?
<p>Cadres et professions libérales</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres supérieurs et moyens, enseignants</p> <p><input type="checkbox"/> Ecrivains, artistes, animateurs et sportifs</p> <p><input type="checkbox"/> Autres professions libérales</p> <p><input type="checkbox"/> Métiers académiques</p>	
<p>Techniciens, vendeurs et administratifs</p> <p><input type="checkbox"/> Technicien, maintenance</p> <p><input type="checkbox"/> Métiers de la vente</p> <p><input type="checkbox"/> Administratifs et emplois de bureaux</p>	
<p>Occupation de service</p> <p><input type="checkbox"/> Employés de maison</p> <p><input type="checkbox"/> Services publics de protection</p> <p><input type="checkbox"/> Autres métiers de service</p>	
<p>Professions agricoles, forestières et de pêche</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvriers et cadres agricoles</p> <p><input type="checkbox"/> Autres occupations agricoles, pêches et forêts</p>	
<p>Artisans et métiers qualifiés</p> <p><input type="checkbox"/> Mécaniciens et réparateurs, métiers du bâtiment, mineurs, production de précision, autres artisans</p>	
<p>Ouvriers qualifiés et spécialisés et manœuvres</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvriers qualifiés sur machine (assembleurs) et inspecteurs</p> <p><input type="checkbox"/> Transporteurs</p> <p><input type="checkbox"/> Manœuvres, ouvriers du nettoyage, aides, manutentionnaires</p>	
<p>Autres</p> <p><input type="checkbox"/> Militaires</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu / pas de réponse</p>	

6	Quelle est votre situation actuelle vis-à-vis de l'emploi ? <i>Cochez les cases correspondantes, laissez libre si vous n'avez actuellement pas de partenaire. Plusieurs réponses possibles.</i>		
	Situation professionnelle actuelle	Vous	Votre partenaire
	Travail à plein temps (80% ou plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Homme ou femme au foyer (80% ou plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Travail à temps partiel (moins de 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Travail horaire ou irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sans emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N'a jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En congé > 3 mois (maternité/paternité, vacances, maladie etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ne travaille pas pour des raisons de santé (incl. AI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retraité avec activité annexe (incl. volontariat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7@	Quel est votre plus haut niveau de formation ?
<input type="checkbox"/>	Ecole primaire
<input type="checkbox"/>	Ecole secondaire
<input type="checkbox"/>	Maturité gymnasiale
<input type="checkbox"/>	Apprentissage / maturité professionnelle
<input type="checkbox"/>	Formation supérieure : bachelor/diplôme
<input type="checkbox"/>	Formation supérieure : master/licence
<input type="checkbox"/>	Formation supérieure : doctorat/ PhD
<input type="checkbox"/>	Autre _____

8	Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>
<input type="checkbox"/> Français	
<input type="checkbox"/> Allemand	
<input type="checkbox"/> Suisse-Allemand	
<input type="checkbox"/> Italien	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez): _____	

9	Quelle est votre nationalité ?
<input type="checkbox"/> Suisse	
<input type="checkbox"/> Double nationalité (Suisse ou autre nationalités (précisez) : _____)	
<input type="checkbox"/> Nationalité étrangère (précisez) : _____	

10	De manière générale, quelle est votre position vis-à-vis de la recherche médicale ?
<input type="checkbox"/> Je suis plutôt pour	
<input type="checkbox"/> Je connais peu le sujet mais m'y intéresse	
<input type="checkbox"/> Je connais peu le sujet et ne m'y intéresse pas	
<input type="checkbox"/> Je suis plutôt contre	

11[®]	Pour quelle(s) raison(s) ne voulez-vous pas participer à cette étude ? <i>(Question ouverte, ne pas lister toutes les options de réponse.)</i>
<input type="checkbox"/> Ça ne m'intéresse pas du tout	
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas le temps	
<input type="checkbox"/> On ne voit jamais les résultats de ces recherches	
<input type="checkbox"/> Je ne pense pas que mon profil est intéressant	
<input type="checkbox"/> Je ne crois pas à la recherche	
<input type="checkbox"/> Je ne pense pas que ça change quoi que ce soit à la santé de la population	
<input type="checkbox"/> Je ne veux pas venir pour une visite médicale	
<input type="checkbox"/> Je ne veux pas transmettre mes données médicales	
<input type="checkbox"/> Je ne veux pas donner des échantillons biologiques	
<input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) _____	

