

Enquête sur le bien-être des réunionnais

Informations et consentement

Nature et objectifs : Dans le cadre d'une recherche menée par l'AAPEJ, sous la direction du Dr Laconi (Laboratoire CERPPS EA7411) et avec le soutien du service d'addictologie du CHU Félix Guyon, nous nous interrogeons sur l'état de santé mentale des personnes vivant à La Réunion et sur les facteurs influençant leur bien-être.

Déroulement et participation : Cette étude s'adresse à toute personne résidant à La Réunion, d'au moins 11 ans et ayant une bonne compréhension du français. Votre participation consiste à répondre spontanément à toutes les questions en vous rappelant qu'il n'existe ni bonne ni mauvaise réponse. Cela vous prendra un peu plus de 10 mn.

Confidentialité et utilisation des données : Cette étude est entièrement anonyme. Les données seront utilisées à des fins de recherche uniquement.

Avantages et inconvénients : En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration de la compréhension des phénomènes associés à la santé mentale à La Réunion. Néanmoins, certaines questions posées pourraient générer des émotions négatives ou vous perturber. Si cela arrive, nous pouvons vous donner les coordonnées de professionnels de santé vers qui vous tourner ; contactez-nous.

Contact : Pour toute demande, contactez le Dr Laconi (0262 44 17 70 - slaconi@aapej.re).

Après réflexion, en datant et signant, vous consentez librement à prendre part à cette recherche.

Date : _____ **Signature :** _____

Si vous êtes majeur sous tutelle ou mineur et que le consentement de votre représentant légal n'a pas déjà été donné dans le cadre d'un accueil en institution, celui-ci est nécessaire. Ainsi, après réflexion, en datant et signant, **en tant que tuteur ou détenteur de l'autorité parentale**, vous consentez librement à ce que la personne que vous représentez prenne part à cette recherche.

Date : _____ **Signature du tuteur ou de l'autorité parentale :** _____

Données sociodémographiques

Votre année de naissance : _____

Votre sexe de naissance :

Masculin Féminin

Votre ville de résidence actuelle : _____

Votre ville de naissance : _____

Vous vivez actuellement :

- Seul.e Avec des membres de votre famille (parents, ...)
- En colocation En institution (précisez laquelle) : _____
- En couple, sans enfant Autre (précisez) : _____
- En couple, avec enfant.s

Vous êtes mineur et :

- Collégien.ne
- Lycéen.ne
- Étudiant.e
- Sans activité/descolarisé.e
- Autre statut (précisez) : _____

Vous êtes majeur et :

- Salarié.e ou à votre compte
- Sans emploi
- Étudiant.e
- Retraité.e
- Autre statut (précisez) : _____

Si vous travaillez, êtes retraité.e ou étudiant.e, précisez dans quel domaine principal : _____

Cochez le niveau scolaire le plus haut que vous ayez atteint :

- Primaire : CP CE1-CE2 CM1-CM2
- Collège : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} CAP/BEP
- Lycée : 2^{nde} 1^{ère} Terminale
- Université : Bac+2 Bac+3 Bac+4 Bac+5 Bac+8 et +

Données liées au bien-être

Pour chacun des énoncés suivants, entourez le chiffre qui vous correspond le mieux en respectant l'échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Fortement d'accord

En général, ma vie est proche de mon idéal	1	2	3	4	5	6	7
Mes conditions de vie sont excellentes	1	2	3	4	5	6	7
Je suis satisfait.e de me vie	1	2	3	4	5	6	7
Jusqu'ici, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
Si je pouvais recommencer ma vie, je ne changerais presque rien	1	2	3	4	5	6	7

Les questions suivantes concernent des événements qui sont extrêmement stressants ou dérangeants pour pratiquement tout le monde. Pour chaque énoncé, veuillez entourer la réponse qui vous correspond le plus.

0	1	2
Jamais	Une fois	Plusieurs fois

1. Avez-vous déjà servi dans une zone de guerre ou dans un travail non lié au combat qui vous a exposé à des accidents en lien avec la guerre ?	0	1	2
2. Avez-vous déjà eu un grave accident de voiture ou un grave accident au travail ou ailleurs ?	0	1	2
3. Avez-vous déjà été victime d'une grave catastrophe naturelle ou technologique (par exemple un feu, une tornade, une inondation, un tremblement de terre ou un déversement de produit chimique ?	0	1	2
4. Avez-vous déjà eu une maladie grave telle que le cancer, un arrêt cardiaque, la leucémie, le SIDA, la sclérose en plaques, etc. ?	0	1	2
5. Avant l'âge de 18 ans, avez-vous déjà été puni.e ou battu.e par un parent, un gardien ou un professeur au point que vous étiez vraiment effrayé.e, ou vous pensiez que vous seriez blessé.e, ou vous avez eu des contusions, des coupures, des cicatrices sur votre peau, des bosses ou d'autres blessures ?	0	1	2
6. Excluant tout événement rapporté à la question 5, avez-vous déjà été attaqué.e, battu.e ou volé.e par quelqu'un incluant des amis, des membres de votre famille ou des étrangers ?	0	1	2
7. Est-ce que quelqu'un vous a déjà forcé ou mis la pression pour avoir des rapports sexuels que vous ne désiriez pas (= attouchement, pénétration, ...)?	0	1	2
8. Avez-vous déjà été dans toute autre situation où vous avez été gravement blessé.e ou avez-vous déjà été dans toute autre situation où vous avez eu peur d'être gravement blessé.e ou tué.e ?	0	1	2
9. Est-ce qu'un de vos proches (membre de votre famille ou ami) est mort violemment, par exemple dans un accident de voiture, dans une agression ou attaque ?	0	1	2
10. Avez-vous déjà été témoin d'une situation dans laquelle quelqu'un a été gravement blessé ou tué ou avez-vous déjà été témoin d'une situation où vous aviez peur que quelqu'un soit gravement blessé ou tué ?	0	1	2

Pour chacun des énoncés, entourez le chiffre qui vous correspond le mieux en respectant les échelles suivantes :

0 Non 1 Oui

Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein ?	0	1
Etes-vous inquiet.e d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	0	1
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?	0	1
Vous trouvez-vous gros.se alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?	0	1
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	0	1

1 Jamais 2 Rarement 3 Parfois 4 Toujours

Je n'ai pas assez de compagnie	1	2	3	4
Il n'y a personne vers qui je peux me tourner	1	2	3	4
Je suis une personne sociable	1	2	3	4
Je me sens exclu.e	1	2	3	4
Je me sens isolé.e des autres	1	2	3	4
Je peux trouver de la compagnie quand je le veux	1	2	3	4
Je me sens malheureux.se d'être replié.e sur moi-même	1	2	3	4
Les gens sont autour de moi et non avec moi	1	2	3	4

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez entourer la réponse qui décrit le mieux vos préoccupations au cours de la semaine écoulée, y compris aujourd'hui :

0 Rarement/jamais 1 Parfois/peu souvent 2 Occasionnellement/modérément 3 La plupart du temps/tout le temps

1. J'ai trouvé difficile de décompresser	0	1	2	3
2. J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités	0	1	2	3
3. J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée	0	1	2	3
4. J'ai eu des tremblements (par exemple des mains)	0	1	2	3
5. Je me suis inquiété.e en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un.e idiot.e	0	1	2	3
6. J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir	0	1	2	3
7. Je me suis aperçu.e que je devenais agité.e	0	1	2	3
8. J'ai été intolérant.e à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire	0	1	2	3
9. J'ai eu le sentiment d'être presque pris.e de panique	0	1	2	3
10. J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit	0	1	2	3
11. J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand-chose comme personne	0	1	2	3
12. J'ai eu peur sans bonne raison	0	1	2	3

Données liées à vos consommations et vos activités

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé chacun des produits suivants ?

	Pas consommé	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarette électronique, puff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (beuh, shit, herbe, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne (coke, freebase, crack, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colle/solvants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (LSD, buvard, kétamine, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Héroïne/Subutex®, Néo-Codion®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphét., Speed, Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rivotril® ou Artane®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chimik ou Chamane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres* (précisez : _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, Ritaline®

Au cours des 12 derniers mois, combien de temps avez-vous consacré à chacune des activités suivantes ?

	Aucun	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours
Réseaux sociaux (Instagram, Facebook, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeux vidéo (console, appli., ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeux d'argent et de casino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pornographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites et appli. de rencontres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visionnage de vidéos (Netflix, Youtube, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shopping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un grand merci pour votre participation !