

QUESTIONNAIRE



# SANTÉ POST-INCENDIE 76 : UNE ÉTUDE À L'ÉCOUTE DE VOTRE SANTÉ

Questionnaire

## SOMMAIRE

2	<b>GRILLE DE LECTURE</b>	14	<b>GROSSESSE ET ALLAITEMENT</b>
2	<b>INTRODUCTION QUESTIONNAIRE EN LIGNE</b>	14	<b>ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL</b>
2	<b>INFORMATIONS INDIVIDUELLES</b>	15	<b>RECOURS AUX SOINS, HABITUDES DE VIE, QUALITÉ DE VIE</b>
4	<b>SITUATION EN SEPTEMBRE 2019</b>	17	<b>ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'ENVIRONNEMENT (SOUS-ÉCHANTILLON B)</b>
5	<b>EXPOSITION DURANT L'INCENDIE</b>	17	<b>CONDITIONS DE VIE</b>
6	<b>NUISANCES LIÉES À L'INCENDIE : ODEURS, SUIES, DÉBRIS</b>	19	<b>LIEN PROFESSIONNEL AVEC LES ACTIVITÉS DES ENTREPRISES LUBRIZOL &amp; NL LOGISTIQUE</b>
8	<b>COMPORTEMENTS ADOPTÉS SUITE À L'INCENDIE (SOUS-ÉCHANTILLON A)</b>	19	<b>FIN DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL</b>
8	<b>INFORMATIONS ET CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS (SOUS-ÉCHANTILLON A)</b>	20	<b>QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE</b>
9	<b>SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DE SANTÉ RESENTIS (ADULTE ET ENFANT)</b>		

## GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire de l'enquête « Santé Post-Incendie 76 : une étude à l'écoute de votre santé » est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes indiquées sur l'écran des enquêteurs (enquête par téléphone) et des enquêtés (enquête par internet) ainsi que les conditions des questions.

## THÈME

### CONDITIONS DE LA QUESTION

### NOM DE LA QUESTION

#### Intitulé de la question

##### Consignes

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

Les items de réponse apparaissant entre parenthèses ne sont pas lus par les enquêteurs.

Deux sous-échantillons, notés A (1/2 de l'échantillon total) et B (1/2 de l'échantillon total) ont été créés aléatoirement.

L'indication d'une de ces lettres dans le questionnaire signifie que la question ou la thématique a été abordée uniquement dans ce sous-échantillon. Sans précision, chaque question ou thématique a été posée à l'ensemble de l'échantillon.

Par ailleurs, certaines questions n'ont pas été posées ou ont été formulées différemment pour les personnes résidant dans la zone témoin, non-exposée à l'incendie. Une indication Zone d'étude/Zone témoin figure lorsque la formulation a été adaptée.

Le questionnaire pouvait être administré en ligne (mode=internet) ou par téléphone (mode=téléphone). Certaines consignes, qui n'étaient affichées que lors de l'administration par téléphone, sont précédées de la mention « Enquêteur ».

Enfin, le masculin employé de manière générique a été retenu dans le questionnaire afin d'en alléger la lecture.

Les questions SF1 à SF7 correspondent à l'échelle SF-12v2.

SF-12v2® Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

(SF-12v2® Health Survey Standard, France (French))

## INTRODUCTION QUESTIONNAIRE EN LIGNE

**SI ZONE D'ÉTUDE** Bienvenue sur l'étude de santé menée dans le département de Seine-Maritime, suite à l'incendie de Lubrizol et NL Logistique survenu le 26 septembre 2019.

**SI ZONE TÉMOIN** Bienvenue sur l'étude de santé menée dans le département de Seine-Maritime, suite à l'incendie de Lubrizol et NL Logistique. La population du Havre et de ses environs, qui réside également dans une zone à forte activité industrielle, est interrogée à titre comparatif sur son état de santé et sa qualité de vie.

Vu l'avis d'examen favorable du Conseil national de l'information statistique, l'enquête Santé Post-Incendie 76 : une étude à l'écoute de votre santé a obtenu le visa n°2020X712SA du ministère de l'Économie et des Finances, valable pour l'année 2020, sans avoir de caractère obligatoire – Arrêté en date du 03/07/2020.

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à Santé publique France. Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de Santé publique France.

## INFORMATIONS INDIVIDUELLES

Pour débiter, nous allons valider vos informations personnelles.

### SI MODE=INTERNET ET NOM/PRÉNOM CONNU

#### VERIF1

Êtes-vous bien < Prénom >/< Nom > ?

1. Oui
2. Non

### SI N'EST PAS LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE (VERIF1=2)

#### VERIF2

Pouvez-vous nous indiquer les coordonnées de < Prénom >/< Nom > pour que nous puissions lui faire parvenir ce questionnaire ?

*Nous vous rappelons que ces informations ne seront pas conservées pour les traitements ultérieurs des équipes de recherche et qu'il est très important pour la qualité et la fiabilité des résultats de ce projet que ce soit la personne sélectionnée qui réponde à ce questionnaire.*

1. Je ne souhaite pas communiquer les coordonnées de < Prénom >/< Nom >
2. < Prénom >/< Nom > n'a pas d'adresse mail

**SI EST LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE (VERIF1=1) OU QUE LE NOM/ PRÉNOM N'EST PAS CONNU**

### VERIF3

Quelle est votre date de naissance ?

**SI L'ANNÉE DE NAISSANCE NE CORRESPOND PAS À CELLE DU FICHIER**

### VERIF4

Votre année de naissance ne correspond pas à celle de notre fichier. Confirmez-vous que vous êtes bien < Prénom >/< Nom > ?

*Vous avez mentionné < anais > comme année de naissance. Si ce n'est pas la bonne année, vous pouvez la corriger en retournant à la question précédente.*

1. Oui
2. Non

**SI LA PERSONNE EST MINEURE ET QUE LE NOM/PRÉNOM EST CELUI PRÉVU (VERIF1=1) OU QUE LA DATE DE NAISSANCE EST CELLE PRÉVUE, ALLER EN VERIF11**

**SI LA PERSONNE CONFIRME NE PAS ÊTRE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE (VERIF4=2)**

### VERIF5

Pouvez-vous nous indiquer les coordonnées de < Prénom >/< Nom > pour que nous puissions lui faire parvenir ce questionnaire ?

*Nous vous rappelons que ces informations ne seront pas conservées pour les traitements ultérieurs des équipes de recherche et qu'il est très important pour la qualité et la fiabilité des résultats de ce projet que ce soit la personne sélectionnée qui réponde à ce questionnaire.*

1. Je ne souhaite pas communiquer les coordonnées de < Prénom >/< Nom >
2. < Prénom >/< Nom > n'a pas d'adresse mail

**SI IDENTITÉ DE LA PERSONNE NON CONNUE ET SI PERSONNE NE DÉCLARE PAS L'ANNÉE DE NAISSANCE DU FICHIER (VERIF3 DIFFÉRENT DE L'ANNÉE DE NAISSANCE DU FICHIER)**

### VERIF6

Pouvez-vous nous indiquer les coordonnées de la personne de votre foyer née en < anais\_co > pour que nous puissions lui faire parvenir ce questionnaire ?

*Nous vous rappelons que ces informations ne seront pas conservées pour les traitements ultérieurs des équipes de recherche et qu'il est très important pour la qualité et la fiabilité*

*des résultats de ce projet que ce soit la personne sélectionnée qui réponde à ce questionnaire.*

1. Je ne souhaite pas communiquer les coordonnées de la personne du foyer née en < anais\_co >
2. La personne du foyer née en < anais\_co > n'a pas d'adresse mail
3. Aucune personne dans le foyer n'est née en < anais\_co >

**SI MAIL DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE TRANSMIS (EN VERIF2, VERIF5 OU VERIF6)**

### VERIF7

Nous vous remercions infiniment pour votre collaboration. Nous allons maintenant contacter

**SI IDENTITÉ=1 < Prénom Nom >**

**SI IDENTITÉ=2 ET QNOM OU QPRENOM NON VIDES < QNOM QPRENOM >**

**SI IDENTITÉ=2 ET QNOM ET QPRENOM VIDES** la personne de votre foyer née en < anais\_co > pour qu'elle puisse répondre à cette enquête.

**SI NE SOUHAITE PAS COMMUNIQUER LES COORDONNÉES OU SI LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE N'A PAS DE MAIL**

### VERIF8

Accepteriez-vous de

**SI INFOCOORD1=1 OU INFOCOORD2=1 OU INFOCOORD3=1 < transférer >**

**SI INFOCOORD1=2 OU INFOCOORD2=2 OU INFOCOORD3=2 < montrer >**

le mail ou le courrier que vous avez reçu à

**SI IDENTITÉ=1 < Prénom Nom > ?**

**SI IDENTITÉ=2 < la personne de votre foyer née en < anais\_co > >** pour qu'elle puisse répondre à l'enquête ?

1. Oui
2. Non

**SI ACCEPTE DE TRANSFÉRER LE MAIL/MONTRER LE COURRIER (VERIF8=1)** Nous vous remercions infiniment pour votre collaboration.

**SI REFUSE DE TRANSFÉRER LE MAIL/MONTRER LE COURRIER OU SI AUCUNE PERSONNE DU Foyer N'EST NÉE L'ANNÉE DE NAISSANCE SÉLECTIONNÉE** Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré.

**SI ÂGE DÉCLARÉ < 18 ANS** Nous vous remercions infiniment pour votre collaboration, mais cette enquête s'adresse aux personnes de 18 ans ou plus. Nous vous souhaitons une agréable fin de journée.

**INF1**

Quelle est votre date de naissance ?

**INF2**

Vous êtes...

1. un homme ?
2. une femme ?

**INF3**

Pourriez-vous me confirmer que vous résidez bien actuellement dans la commune de < Commune > ?

1. Oui
2. Non

**SI NE RÉSIDE PAS ACTUELLEMENT DANS LA COMMUNE TIRÉE AU SORT (INF3=2)**

**INF4**

Dans quelle commune résidez-vous actuellement ?

1. Nom de la commune
2. À l'étranger
3. (Refuse de répondre)

**SI A UN ENFANT SÉLECTIONNÉ DANS LE TIRAGE AU SORT**

**INF5**

Pouvez-vous me confirmer que vous avez bien vous-même un enfant né en < Année naissance enfant > ?

1. Oui
2. Non
3. (Refuse de répondre)

**SI L'ENFANT SÉLECTIONNÉ EST CELUI DE LA PERSONNE INTERROGÉE (INF5=1)**

**INF6**

Durant cette interview, nous allons vous poser également quelques questions concernant votre enfant né en < Année naissance enfant >. Pour cela, nous aurions besoin de son prénom. Pouvez-vous me le communiquer ?

*Dans le cas de jumeaux, prendre le 1<sup>er</sup> dans l'ordre alphabétique*

Prénom enfant : | \_\_\_\_\_ |

**SI RÉSIDE ACTUELLEMENT DANS LA COMMUNE TIRÉE AU SORT (INF3=1)**

**INF7**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Depuis combien d'années résidez-vous dans la région rouennaise ?

**SI ZONE TÉMOIN** Depuis combien d'années résidez-vous dans la région havraise ?

1. Moins de 5 ans
2. De 5 à 10 ans
3. Plus de 10 ans

**SI RÉSIDE ACTUELLEMENT EN DEHORS DU DÉPARTEMENT 76 (INF4 HORS DÉPARTEMENT 76)**

**INF8**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Pendant combien d'années avez-vous résidé dans la région rouennaise ?

**SI ZONE TÉMOIN** Pendant combien d'années avez-vous résidé dans la région havraise ?

1. Moins de 5 ans
2. De 5 à 10 ans
3. Plus de 10 ans

**SI NE RÉSIDE PAS ACTUELLEMENT DANS LA COMMUNE TIRÉE AU SORT (INF3=2)**

**INF9**

À quelle date, même approximative, avez-vous déménagé de < Commune > ?

**SITUATION EN SEPTEMBRE 2019**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Nous souhaiterions également aborder votre situation au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019.

**SI ZONE TÉMOIN** Nous souhaiterions également aborder votre situation en septembre 2019.

**INF10**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Pourriez-vous me confirmer votre adresse de résidence au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019 ?

**SI ZONE TÉMOIN** Pourriez-vous me confirmer votre adresse de résidence en septembre 2019 ?

**SI COMMUNE DE RÉSIDENCE EN 2019 EN DEHORS DES COMMUNES DE L'ÉTUDE** Merci de votre participation. Dans le cadre de l'étude nous n'interrogeons pas les personnes qui résidaient, le 26 septembre 2019, dans votre commune.

**INF11**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Combien de personnes résidaient à cette adresse au moment de l'incendie, y compris vous-même ?

**SI ZONE TÉMOIN** Combien de personnes résidaient à cette adresse en septembre 2019, y compris vous-même ?

**SI AU MOINS DEUX HABITANTS (INF11>1)**

**INF12**

Combien étaient âgées de plus de 18 ans, y compris vous-même ?

**SI LA PERSONNE A UN ENFANT (INF5=1)**

**INF13**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Est-ce que < Prénom enfant > résidait avec vous au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019 ?

**SI ZONE TÉMOIN** Est-ce que < Prénom enfant > résidait avec vous en septembre 2019 ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

**SI L'ENFANT NE RÉSIDAIT PAS AVEC LA PERSONNE EN SEPTEMBRE 2019 (INF13=2)**

## INF14

**SI ZONE D'ÉTUDE** Pourriez-vous m'indiquer sa commune de résidence au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019 ?

**SI ZONE TÉMOIN** Pourriez-vous m'indiquer sa commune de résidence en septembre 2019 ?

**SI LA PERSONNE A UN ENFANT (INF5=1)**

## INF15

**SI ZONE D'ÉTUDE** Au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019, < Prénom enfant > était-il en garde alternée ?

**SI ZONE TÉMOIN** En septembre 2019, < Prénom enfant > était-il en garde alternée ?

1. Oui
2. Non

**SI L'ENFANT ÉTAIT EN GARDE ALTERNÉE (INF15=1)**

## INF16

**SI ZONE D'ÉTUDE** Au moment de l'incendie, le 26 septembre 2019, dans quelle commune résidait l'autre parent de < Prénom enfant > ?

**SI ZONE TÉMOIN** En septembre 2019, dans quelle commune résidait l'autre parent de < Prénom enfant > ?

**SI ZONE D'ÉTUDE ET A DÉMÉNAGÉ (INF3=2)**

## INF17

Votre déménagement de < Commune > est-il en lien avec l'incendie du 26 septembre 2019 de Lubrizol et NL logistique ?

1. Oui, absolument
2. Oui, mais aussi pour des raisons professionnelles et (ou) familiales
3. Non, pas du tout
4. (Refuse de répondre)

**SI ZONE D'ÉTUDE**

## INF18

Quelle était votre situation professionnelle au moment de l'incendie ?

*Enquêteur : citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.*

*Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps. Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré, choisir « En emploi ». Si formation rémunérée par Pôle Emploi, choisir « Dans une autre situation ».*

1. En emploi
2. Apprenti ou en stage rémunéré
3. Étudiant, lycéen, en formation ou en stage non rémunéré
4. Dans une autre situation
5. (Ne sait pas)

**SI ZONE D'ÉTUDE ET FEMME DE MOINS DE 51 ANS**

## INF19

Étiez-vous enceinte ou allaitante au moment de l'incendie, ou avez-vous été enceinte depuis l'incendie ?

*Le moment de l'incendie est le 26 septembre 2019.*

1. Oui
2. Non
3. (Refuse de répondre)

**SI ZONE D'ÉTUDE ET FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE AU MOMENT DE L'INCENDIE, OU ENCEINTE DEPUIS L'INCENDIE (INF19=1)**

## INF20

Vous avez été...

*Le moment de l'incendie est le 26 septembre 2019.*

1. enceinte au moment de l'incendie ?
  2. allaitante au moment de l'incendie ?
  3. enceinte depuis l'incendie ?
  4. (Refuse de répondre)
1. Oui
  2. Non

**SI ZONE TÉMOIN**

## INF21

Il y a eu en septembre 2019 l'incendie industriel des usines Lubrizol et NL Logistique à Rouen. À votre domicile, dans le cadre d'une activité professionnelle ou d'une autre activité, avez-vous été exposé à cet incendie, que ce soit par ses odeurs, son panache de fumée, ses retombées de suie ou toute autre exposition ?

1. Oui
2. Non

**SI ZONE TÉMOIN ET PERSONNE EXPOSÉE À L'INCENDIE**

## INF21\_Q0

Pourriez-vous préciser la nature de votre exposition à l'incendie ?

**SI ZONE TÉMOIN ET PERSONNE EXPOSÉE À L'INCENDIE** Merci de votre participation, nous interrogeons dans la zone du Havre les personnes qui n'ont pas été exposées à l'incendie.

## EXPOSITION DURANT L'INCENDIE

Nous allons maintenant vous interroger sur votre vécu immédiat de cet incendie industriel. Tout d'abord...

**SI ZONE D'ÉTUDE**

## EXP1

Lorsque vous avez appris l'incendie, étiez-vous dans la zone de confinement des 500 mètres autour de l'incendie ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI LA PERSONNE ÉTAIT DANS LA ZONE DE CONFINEMENT (EXP1 = 1)****EXP2**

Comment avez-vous appris que vous étiez dans la zone de confinement des 500 mètres autour de l'incendie ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Par la radio locale
  2. Par un appel ou un SMS de la mairie
  3. Par un appel ou un SMS d'une autre source
  4. Par les réseaux sociaux
  5. Par un autre moyen (Préciser) : EXP2\_5\_QO
  6. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

**SI LA PERSONNE ÉTAIT DANS LA ZONE DE CONFINEMENT (EXP1 = 1)****EXP3**

Au moment de l'incendie, avez-vous souhaité quitter la zone de confinement des 500 mètres autour de l'incendie ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI LA PERSONNE A SOUHAITÉ QUITTER LA ZONE DE CONFINEMENT (EXP3=1)****EXP4**

Au moment de l'incendie, avez-vous pu quitter la zone de confinement des 500 mètres autour de l'incendie ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**EXP5**

Avez-vous quitté l'endroit où vous étiez / votre domicile pour fuir l'incendie ?

1. Oui, dès que vous avez eu connaissance de l'incendie
2. Oui, dans les jours qui ont suivi
3. Non
4. (Ne sait pas)

**SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ****EXP6**

« Prénom enfant » a-t-il été envoyé par vous ou son autre parent vivre quelques heures ou jours dans un autre endroit à cause de l'incendie ?

1. Oui, dès que vous avez eu connaissance de l'incendie
2. Oui, dans les jours qui ont suivi
3. Non
4. (Ne sait pas)

**EXP7**

Durant l'incendie, avez-vous...

*Panache (visible) : colonne de fumées noires et denses qui s'est dégagée du foyer de l'incendie, s'est répandue dans l'atmosphère puis est retombée pour partie au sol.*

*Plusieurs réponses possibles.*

1. été réveillé par l'incendie ?
  2. vu directement les flammes ou le foyer de l'incendie ?
  3. entendu des explosions ou d'autres bruits générés par l'incendie ?
  4. constaté la pénétration de fumées à l'intérieur de votre domicile ou d'un autre bâtiment ?
  5. senti des odeurs à l'intérieur de votre domicile ou d'un autre bâtiment ?
  6. été sous le panache de fumée ?
  7. Rien de tout cela
  8. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

**SI LA PERSONNE A ÉTÉ SOUS LE PANACHE DE FUMÉE (EXP7\_6=1)****EXP8**

Combien de temps avez-vous été sous le panache de fumée ?

1. Moins d'1 heure
2. De 1 à moins de 2 heures
3. De 2 à moins de 6 heures
4. 6 heures et plus
5. (Ne sait pas)

**EXP9**

Durant l'incendie, dans l'endroit où vous étiez, avez-vous...

*Vous-même ou une des personnes avec lesquelles vous étiez.*

*Plusieurs réponses possibles.*

1. fermé la VMC, c'est-à-dire la ventilation mécanique contrôlée ? / elle était déjà fermée
  2. fermé les fenêtres ? / elles étaient déjà fermées
  3. cherché à boucher les ouvertures avec du scotch ou d'une autre manière ?
  4. Rien de tout cela
  5. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

**NUISANCES LIÉES À L'INCENDIE : ODEURS, SUIES, DÉBRIS**

Nous allons maintenant parler des nuisances liées à l'incendie comme des odeurs, suies ou débris.

**ODE1**

Durant l'incendie ou dans ses suites, avez-vous perçu des odeurs ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI LA PERSONNE A PERÇU DES ODEURS (ODE1 =1)****ODE2**

Quels sont les types d'odeur que vous avez ressentis ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Odeur d'égout, d'œuf pourri, de soufre, de gaz de ville
2. Odeur d'essence, d'hydrocarbure
3. Odeur de brûlé
4. Autre type d'odeur (Préciser) : ODE2\_4\_Q0
5. (Ne sait pas)

**SI LA PERSONNE A PERÇU DES ODEURS (ODE1 =1)**

**POUR CHAQUE TYPE D'ODEUR DÉCLARÉ (ODE2\_X) POSER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES (ODE31, ODE32, ODE33)**

**ODE31**

Dans quels endroits avez-vous senti cette odeur, était-ce...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. à votre domicile ?
  2. sur votre lieu de travail ? **SI LA PERSONNE A DÉCLARÉ ÊTRE EN EMPLOI (Q7 = 1 OU 2)**
  3. dans un autre endroit ?
  4. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

**ODE32**

Pendant combien de temps au total avez-vous senti cette odeur, même si vous la perceviez par intermittence ?

1. Quelques heures
2. Quelques jours
3. Plusieurs semaines
4. Plusieurs mois
5. Encore aujourd'hui
6. (Ne sait pas)

**ODE33**

Que diriez-vous au sujet de la gêne entraînée par cette odeur ?

1. Elle n'était pas gênante
2. Elle était un peu gênante
3. Elle était gênante
4. Elle était très gênante
5. (Ne sait pas)

**SUIE1**

Y a-t-il eu des retombées de suies de l'incendie...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. dans votre domicile ou dans son environnement immédiat ?
2. sur votre lieu de travail ? **SI LA PERSONNE A DÉCLARÉ ÊTRE EN EMPLOI (INF18 = 1 OU 2)**
3. à l'école / au collège ou sur le lieu de garde de < Prénom enfant > ? **SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ**

4. Dans aucun de ces endroits
5. (Ne sait pas)

1. Oui
2. Non

**SI DES SUIES ÉTAIENT PRÉSENTES AU DOMICILE DE LA PERSONNE (SUIE1\_1=1)****SUIE2**

Les retombées de suie à votre domicile ont-elles été nettoyées ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Oui, par vous-même ou par une personne de votre foyer
2. Oui, par une entreprise de nettoyage
3. Autre (Préciser) : SUIE2\_3\_Q0
4. Non, les retombées de suies n'ont pas été nettoyées
5. (Ne sait pas)

**DEB1**

Y a-t-il eu des retombées de débris de toiture de l'usine Lubrizol dans votre domicile (jardin et terrasse inclus) ou dans son environnement immédiat ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI DES DÉBRIS DE TOITURE ONT ÉTÉ RETROUVÉS PRÈS DU DOMICILE (DEB1 = 1)****DEB2**

Suite à ces retombées de débris, avez-vous, vous-même ou une personne de votre foyer, appelé le Numéro Vert mis en place pour le signaler aux autorités publiques ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI DES DÉBRIS DE TOITURE ONT ÉTÉ RETROUVÉS PRÈS DU DOMICILE (DEB1 = 1)****DEB3**

Ces débris ont-ils été enlevés ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Oui, par vous-même ou par une personne de votre foyer
2. Oui, par l'entreprise mandatée par Lubrizol
3. Oui, par une autre entreprise ou une autre personne
4. Non, ces débris n'ont pas été enlevés
5. (Ne sait pas)

**SI LES DÉBRIS ONT ÉTÉ ENLEVÉS PAR UNE PERSONNE DU FOYER (DEB3\_1 = 1)****DEB4**

Avez-vous, vous-même ou une personne de votre foyer, manipulé ces débris avec des protections particulières,

c'est-à-dire sans les toucher, avec des gants, ou en portant un masque ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

## COMPORTEMENTS ADOPTÉS SUITE À L'INCENDIE (SOUS-ÉCHANTILLON A)

Nous allons maintenant parler des comportements que vous avez pu adopter dans les suites de l'incendie.

### COMP1\_A

Suite à l'incendie...

1. **SI LA PERSONNE A DÉCLARÉ ÊTRE EN EMPLOI OU ÉTUDIANT** (INF18 = 1 ou 2 ou 3) avez-vous connu une période où vous n'êtes pas allé sur...  
**SI EN EMPLOI** (INF18 = 1 ou 2) votre lieu de travail ?  
**SI ÉTUDIANT** (INF18 = 3) votre lieu d'études ?
2. **SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ** avez-vous connu une période durant laquelle « Prénom enfant » n'est pas allé à l'école / au collège / sur son lieu de garde ?
3. **SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ** avez-vous limité le temps de votre enfant passé à l'extérieur de la maison ?
4. avez-vous limité vos déplacements ?
5. avez-vous arrêté de consommer des produits de votre jardin ?
6. avez-vous arrêté de consommer des produits locaux, tels que des légumes, des œufs ou des produits laitiers ?
7. avez-vous arrêté de boire l'eau du robinet ?
8. avez-vous arrêté d'utiliser l'eau du puits ou de la citerne ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

4. Vous ne le faisiez pas **SEULEMENT POUR LES SOUS-QUESTIONS 5, 6, 7 ET 8**

**SI LA PERSONNE A RÉPONDU OUI À LA SOUS-QUESTION PRÉCÉDENTE (COMP1\_A\_X=1)**

### COMP2\_A

Pendant combien de temps ?

1. Moins d'une semaine
2. Une semaine à un mois
3. Plus d'un mois
4. Encore actuellement
5. (Ne sait pas)

## INFORMATIONS ET CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS (SOUS-ÉCHANTILLON A)

Nous allons maintenant vous poser des questions sur l'information que vous avez pu recevoir en lien avec l'incendie et ses conséquences.

### RESS1\_A

Pensez-vous avoir été suffisamment informé, au moment de l'incendie ou dans ses suites immédiates, sur les sujets qui vous préoccupaient ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

**SI PAS SUFFISAMMENT INFORMÉ AU MOMENT DE L'INCENDIE SUR LES SUJETS PRÉOCCUPANTS (RESS1=2)**

### RESS1\_A\_Q0

Quels sont les principaux sujets de préoccupation sur lesquels vous estimez ne pas avoir été suffisamment informé ?

### RESS2\_A

*Plusieurs réponses possibles.*

Suite à l'incendie, avez-vous eu connaissance des recommandations...

1. concernant la consommation des aliments ?
2. concernant le nettoyage des surfaces extérieures ?
3. concernant l'enlèvement des débris de toiture en fibrociment ?
4. de limiter vos déplacements ?
5. Vous n'avez eu connaissance d'aucune recommandation

1. Oui
2. Non

**SI A EU CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONSOMMATION DES ALIMENTS, DU NETTOYAGE DES SURFACES EXTÉRIEURES, DE L'ENLÈVEMENT DES DÉBRIS DE TOITURE EN FIBROCIMENT OU SUR LA LIMITATION DES DÉPLACEMENTS (RESS2\_X=1)**

### RESS3\_A

Quelles recommandations avez-vous trouvé utiles ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Recommandations concernant la consommation des aliments
2. Recommandations concernant le nettoyage des surfaces extérieures
3. Recommandations concernant l'enlèvement des débris de toiture en fibrociment
4. Recommandations sur la limitation de vos déplacements
5. Aucune d'entre elles
6. (Ne sait pas)

1. Oui
2. Non

**SI A EU CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONSOMMATION DES ALIMENTS, DU NETTOYAGE DES SURFACES EXTÉRIEURES, DE L'ENLÈVEMENT DES DÉBRIS DE TOITURE EN FIBROCIMENT OU SUR LA LIMITATION DES DÉPLACEMENTS (RESS2\_X (1 À 4)=1)**



**RESS4\_A**

Quelles recommandations avez-vous eu des difficultés à mettre en œuvre ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Recommandations concernant la consommation des aliments
  2. Recommandations concernant le nettoyage des surfaces extérieures
  3. Recommandations concernant l'enlèvement des débris de toiture en fibrociment
  4. Recommandations sur la limitation de vos déplacements
  5. Aucune d'entre elles
  6. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

4. des problèmes respiratoires, comme de la toux, un encombrement bronchique, des crachats, des difficultés à respirer, un essoufflement ou une crise d'asthme ?
  5. des maux de têtes, étourdissements, vertiges ou malaises ?
  6. des douleurs abdominales, nausées ou vomissements, diarrhées ?
  7. de la nervosité, du stress, de l'anxiété, de l'angoisse ou de la panique ?
  8. des troubles du sommeil ou de l'insomnie ?
  9. un goût métallique dans la bouche ?
  10. un autre problème de santé ? (Préciser)
1. Oui, vous
  2. Oui, < Prénom enfant >
  3. Non
  4. (Ne sait pas)

**SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DE SANTÉ RESENTIS (ADULTE ET ENFANT)**

**SI ZONE D'ÉTUDE ET PAS D'ENFANT SÉLECTIONNÉ** Nous allons maintenant parler des symptômes ou des problèmes de santé que vous avez pu ressentir suite à l'incendie et de ceux qui existaient auparavant et ont été aggravés par l'incendie.

**SI ZONE TÉMOIN ET PAS D'ENFANT SÉLECTIONNÉ** Nous allons parler des problèmes de santé que vous avez pu ressentir au cours des quatre dernières semaines.

**SI ZONE D'ÉTUDE ET ENFANT SÉLECTIONNÉ** Nous allons maintenant parler des symptômes ou des problèmes de santé que vous ou < Prénom enfant > avez pu ressentir suite à l'incendie et de ceux qui existaient auparavant et ont été aggravés par l'incendie.

**SI ZONE TÉMOIN ET ENFANT SÉLECTIONNÉ** Nous allons parler des problèmes de santé que vous ou < Prénom enfant > avez pu ressentir au cours des quatre dernières semaines.

**SI ENFANT SÉLECTIONNÉ, PRÉCISER « VOUS OU < PRÉNOM ENFANT > », SINON NON**

**SYM1 À SYM10**

**SI ZONE D'ÉTUDE** Pendant l'incendie ou dans ses suites, vous ou < Prénom enfant > avez-vous senti...

**SI ZONE TÉMOIN** Au cours des 4 dernières semaines, vous ou < Prénom enfant > avez-vous senti ...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. des larmoiements, des picotements, une sensation de brûlure ou une rougeur des yeux ?
2. des picotements, des douleurs, des brûlures des narines, de la gorge ou de la langue, des éternuements, des saignements du nez, une obstruction ou un écoulement nasal ?
3. des démangeaisons, une éruption ou une rougeur de la peau ?

**SI « UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ » A ÉTÉ DÉCLARÉ POUR L'ADULTE (SYM10\_1=1)**

**SYM10\_1\_Q0**

Autre symptôme pour vous (merci de préciser) :

.....

**SI « UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ » A ÉTÉ DÉCLARÉ POUR L'ENFANT (SYM10\_2=1)**

**SYM10\_2\_Q0**

Autre symptôme pour l'enfant (merci de préciser) :

.....

**BOUCLE : POUR CHAQUE SYMPTÔME DÉCLARÉ (POSER LES QUESTIONS DE SYM11 À SYM22)**

**SI L'ADULTE A EU DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES (SYM4\_1=1)**

**SYM11**

Pour vous, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. de la toux, un encombrement bronchique, des crachats ?
  2. des difficultés à respirer, un essoufflement ?
  3. une crise d'asthme ?
  4. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

**SI L'ENFANT A EU DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES (SYM4\_2=1)**

**SYM12**

Pour < Prénom enfant >, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. de la toux, un encombrement bronchique, des crachats ?
2. des difficultés à respirer, un essoufflement ?

3. une crise d'asthme ?
4. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ADULTE A EU DES MAUX DE TÊTES, ÉTOURDISSEMENTS, VERTIGES OU MALAISES (SYM5\_1=1)

### SYM13

Pour vous, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. des maux de têtes ?
2. des étourdissements, vertiges ou malaises ?
3. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT A EU DES MAUX DE TÊTES, ÉTOURDISSEMENTS, VERTIGES OU MALAISES (SYM5\_2=1)

### SYM14

Pour < Prénom enfant > était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. des maux de têtes ?
2. des étourdissements, vertiges ou malaises ?
3. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ADULTE A EU DES SYMPTÔMES DIGESTIFS (SYM6\_1=1)

### SYM15

Pour vous, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. des douleurs abdominales ?
2. des nausées ?
3. des vomissements ?
4. de la diarrhée ?
5. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT A EU DES SYMPTÔMES DIGESTIFS (SYM6\_2=1)

### SYM16

Pour < Prénom enfant >, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. des douleurs abdominales ?
2. des nausées ?
3. des vomissements ?
4. de la diarrhée ?
5. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ADULTE A EU DES SYMPTÔMES DE TYPE ANXIÉTÉ (SYM7\_1=1)

### SYM17

Pour vous, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. de la nervosité, du stress, de l'anxiété ?
2. de l'angoisse, de la panique ?
3. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT A EU DES SYMPTÔMES DE TYPE ANXIÉTÉ (SYM7\_2=1)

### SYM18

Pour < Prénom enfant >, était-ce plutôt...

*Plusieurs réponses possibles.*

1. de la nervosité, du stress, de l'anxiété ?
2. de l'angoisse, de la panique ?
3. (Ne sait pas)
1. Oui
2. Non

POUR LA PERSONNE INTERROGÉE

### SYM19

Pendant combien de temps avez-vous vous-même ressenti ce symptôme ?

*Rappel du/des symptôme(s) : afficher le(s) symptôme(s) déclaré(s).*

*Si plusieurs symptômes, nous parlons de celui qui a duré le plus longtemps.*

1. Quelques heures à une journée
2. Plusieurs jours à une semaine
3. Plusieurs semaines
4. Encore actuellement **SI ZONE D'ÉTUDE**
5. (Ne sait pas)

POUR L'ENFANT

### SYM20

Pendant combien de temps < Prénom enfant > a-t-il ressenti ce symptôme ?

*Rappel du/des symptôme(s) : afficher le(s) symptôme(s) de l'enfant*

1. Quelques heures à une journée
2. Plusieurs jours à une semaine
3. Plusieurs semaines
4. Encore actuellement **SI ZONE D'ÉTUDE**
5. (Ne sait pas)

SI ZONE D'ÉTUDE, POUR CHAQUE SYMPTÔME DÉCLARÉ (SYM\_X\_1=1)

### SYM21

Selon vous, les symptômes vous concernant étaient-ils en lien avec l'incendie de Lubrizol ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher les symptômes déclarés.*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI ZONE D'ÉTUDE, POUR CHAQUE SYMPTÔME DE L'ENFANT DÉCLARÉ (SYM\_X\_2=1)

### SYM22

Selon vous, les symptômes de < Prénom enfant > étaient-ils en lien avec l'incendie de Lubrizol ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher les symptômes de l'enfant

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

## **FIN BOUCLE (RÉPÉTER LES QUESTIONS SYM11 À SYM22 POUR CHAQUE SYMPTÔME DÉCLARÉ)**

SI L'ADULTE A DÉCLARÉ AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_1=1)

### **SYM23**

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous appelé le SAMU ou les pompiers ou SOS Médecins ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT A EU AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_2=1)

### **SYM24**

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », avez-vous appelé le SAMU ou les pompiers ou SOS Médecins ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A DÉCLARÉ AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_1=1)

### **SYM25**

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, êtes-vous allé consulter un médecin ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A CONSULTÉ UN MÉDECIN (SYM25=1)

### **SYM26**

Était-ce...

1. un médecin généraliste ?
  2. un médecin spécialiste ?
  3. un service d'urgences hospitalier ?
  4. un médecin du travail ?
  5. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

SI L'ENFANT A EU AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_2=1)

### **SYM27**

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il consulté un médecin ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT A CONSULTÉ UN MÉDECIN (SYM27=1)

### **SYM28**

Était-ce...

1. un médecin généraliste ?
  2. un médecin spécialiste ?
  3. un service d'urgences hospitalier ?
  4. un médecin scolaire ?
  5. (Ne sait pas)
1. Oui
  2. Non

SI L'ADULTE A DÉCLARÉ AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_1=1)

### **SYM29**

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous consulté un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre ?

Cela inclut la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP).  
Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés

1. Oui
2. Non
3. (Refuse de répondre)
4. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT A EU AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM<sub>X</sub>\_2=1)

### **SYM30**

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il consulté un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre ?

Cela inclut la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP).  
Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant

1. Oui
2. Non
3. (Refuse de répondre)

SI L'ADULTE N'A PAS CONSULTÉ DE MÉDECIN NI DE PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM25=2 ET SYM29=2)

### **SYM31**

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous pris un ou plusieurs médicaments qui ne vous ont pas été prescrits par un médecin pour cet épisode (en auto-médication) ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT N'A PAS CONSULTÉ DE MÉDECIN NI DE PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM27=2 ET SYM30=2)

### SYM32

Face aux symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il pris un ou plusieurs médicaments qui ne lui ont pas été prescrits par un médecin pour cet épisode (en auto-médication) ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A APPELÉ LES POMPIERS, LE SAMU OU SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM23=1 OU SYM25=1 OU SYM29=1)

### SYM33

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous été hospitalisé ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A ÉTÉ HOSPITALISÉ (SYM33=1)

### SYM34

Combien de jours avez-vous été hospitalisé ?

SI L'ENFANT A EU RECOURS AUX POMPIERS, AU SAMU OU À SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM24=1 OU SYM27=1 OU SYM30=1)

### SYM35

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il été hospitalisé ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT A ÉTÉ HOSPITALISÉ (SYM35=1)

### SYM36

Combien de jours a-t-il été hospitalisé ?

SI ZONE D'ÉTUDE ET SI L'ADULTE A APPELÉ LES POMPIERS, LE SAMU OU SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM23=1 OU SYM25=1 OU SYM29=1)

### SYM37

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous bénéficié d'un bilan biologique du sang ou des urines ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI ZONE D'ÉTUDE ET SI L'ENFANT A EU RECOURS AUX POMPIERS, AU SAMU OU À SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM24=1 OU SYM27=1 OU SYM30=1)

### SYM38

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il bénéficié d'un bilan biologique du sang ou des urines ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI ZONE D'ÉTUDE ET SI L'ADULTE A APPELÉ LES POMPIERS, LE SAMU OU SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM23=1 OU SYM25=1 OU SYM29=1)

### SYM39

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous bénéficié d'un examen radiologique des poumons ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI ZONE D'ÉTUDE ET SI L'ENFANT A EU RECOURS AUX POMPIERS, AU SAMU OU À SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM24=1 OU SYM27=1 OU SYM30=1)

### SYM40

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », a-t-il bénéficié d'un examen radiologique des poumons ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE N'A PAS BÉNÉFICIÉ DE BILAN BIOLOGIQUE NI DE RADIO DES POUMONS (SYM37=2 ET SYM39 =2)

### SYM41

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous souhaité bénéficier d'un examen radiologique ou d'un bilan biologique mais il vous a été refusé ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ENFANT N'A PAS BÉNÉFICIÉ DE BILAN BIOLOGIQUE NI DE RADIO DES POUMONS (SYM38=2 ET SYM40=2)

### SYM42

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », avez-vous souhaité qu'il bénéficie d'un examen radiologique ou d'un bilan biologique mais il vous a été refusé ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A APPELÉ LES POMPIERS, LE SAMU OU SOS MÉDECINS OU CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM23=1 OU SYM25=1 OU SYM29=1)

### SYM43

Face aux symptôme(s) vous concernant, un ou plusieurs diagnostics ont-ils été faits par le médecin ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT (SYM43=1)

### SYM44\_Q0

Si vous le souhaitez, précisez ce(s) diagnostic(s).

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT (SYM43=1)

### SYM45

Cette/ces pathologie(s) est-elle/sont-elles toujours en cours ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT (SYM43=1)

### SYM46

Face aux symptôme(s) vous concernant, le médecin que vous avez consulté pour ces symptômes vous a-t-il prescrit un ou plusieurs médicaments ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI LE MÉDECIN A PRESCRIT DES MÉDICAMENTS (SYM46 =1)

### SYM47

Prenez-vous encore le ou les médicaments que le médecin vous avait prescrit(s) pour ces symptômes ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non

SI L'ADULTE A BÉNÉFICIÉ D'UN BILAN BIOLOGIQUE (SYM37=1)

### SYM48

Suite aux analyses biologiques qui ont été faites, avez-vous eu des résultats inhabituels ou anormaux ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI L'ADULTE A DÉCLARÉ ÊTRE EN EMPLOI (INF18=1 OU 2) ET AVOIR RESENTI AU MOINS UN SYMPTÔME (SYM\_X\_1=1)

### SYM49

Face au(x) symptôme(s) vous concernant, avez-vous eu un arrêt de travail ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes déclarés*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI ARRÊT DE TRAVAIL (SYM49=1)

### SYM50

Quelle a été la durée de votre arrêt de travail ?

SI L'ENFANT A EU RECOURS AUX POMPIERS, AU SAMU, À SOS MÉDECINS OU UNE CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE, PSYCHOTHÉRAPEUTE OU PSYCHIATRE (SYM24=1 OU SYM27 =1 OU SYM30=1)

### SYM51

Face au(x) symptôme(s) de « Prénom enfant », un ou plusieurs diagnostics ont-ils été faits par le médecin ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT POUR L'ENFANT (SYM51=1)

### SYM52\_Q0

Si vous le souhaitez, précisez ce(s) diagnostic(s).

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT POUR L'ENFANT (SYM51=1)

### SYM53

Cette/ces pathologie(s) est-elle/sont-elles toujours en cours ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ FAIT POUR L'ENFANT (SYM51=1)

### SYM54

Le médecin que « Prénom enfant » a consulté pour ces symptômes lui a-t-il prescrit un ou plusieurs médicaments ?

*Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI DES MÉDICAMENTS ONT ÉTÉ PRESCRITS À L'ENFANT (SYM54=1)****SYM55**

« Prénom enfant » prend-il encore le ou les médicaments que le médecin lui avait prescrits pour ces symptômes ?

Rappel du (des) symptôme(s) : afficher la liste des symptômes de l'enfant

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI L'ENFANT A BÉNÉFICIÉ D'UN BILAN BIOLOGIQUE (SYM38=1)****SYM56**

Suite aux analyses biologiques qui ont été faites, les résultats de « Prénom enfant » étaient-ils inhabituels ou anormaux ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ****SYM57**

**SI ZONE TÉMOIN** Au cours des quatre dernières semaines, « Prénom enfant » a-t-il eu des problèmes psychologiques ?

**ZONE D'ÉTUDE** Suite à l'incendie, « Prénom enfant » a-t-il eu des problèmes psychologiques ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

**SI L'ENFANT A EU DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES****SYM58\_Q0**

Quels problèmes psychologiques « Prénom enfant » a-t-il eus ?

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT****SI ENCEINTE AU MOMENT DE L'INCENDIE OU DEPUIS L'INCENDIE (INF20\_1=1 OU INF20\_3=1)****ENC1**

Vous avez déclaré avoir été enceinte lors de la survenue de l'incendie ou depuis l'incendie. Si cela n'est pas trop difficile, pourriez-vous nous dire quelles ont été les suites de votre grossesse ?

1. Votre grossesse est toujours en cours
2. Vous avez accouché
3. Vous avez fait une fausse couche spontanée
4. Votre grossesse s'est finie par une mort fœtale

5. Vous avez fait une interruption volontaire de grossesse (IVG)
6. Vous avez fait une interruption médicale de grossesse (IMG)
7. (Refuse de répondre)

**SI ALLAITANTE AU MOMENT DE L'INCENDIE (INF20\_2=1)****ENC2**

Vous avez déclaré que vous allaitiez au moment de l'incendie. Suite à l'incendie, avez-vous suspendu l'allaitement de votre enfant ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

**ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL**

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. **SI MODE=INTERNET** « Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse. »

**SF1**

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

1. excellente ?
2. très bonne ?
3. bonne ?
4. médiocre ?
5. mauvaise ?

**SF2**

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

*Enquêteur : lire les choix de réponses si nécessaire.*

*Si la personne interrogée dit qu'elle ne fait pas ces activités, demander : « Est-ce à cause de votre santé ? »*

*Si « Oui », cocher 1, si « Non », cocher 3.*

1. Efforts physiques modérés tels que : déplacer une table, passer l'aspirateur ou jouer aux boules. Êtes-vous limité beaucoup, un peu ou pas du tout en raison de votre état de santé actuel ?
  1. Oui, beaucoup limité
  2. Oui, un peu limité
  3. Non, pas du tout limité
2. Monter plusieurs étages par l'escalier. Êtes-vous limité beaucoup, un peu ou pas du tout en raison de votre état de santé actuel ?
  1. Oui, beaucoup limité
  2. Oui, un peu limité
  3. Non, pas du tout limité

Les deux questions suivantes portent sur votre état physique et vos activités habituelles.

### SF3

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

*Enquêteur : lire les choix de réponses si nécessaire.*

*Si la personne interrogée dit qu'elle ne fait pas ces activités, demander : « Est-ce à cause de votre santé ? »*

*Si « Oui », cocher 1, si « Non », cocher 5.*

- avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?
  - avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?
- En permanence
  - Très souvent
  - Quelquefois
  - Rarement
  - Jamais

Les deux questions suivantes portent sur vos émotions et vos activités habituelles.

### SF4

Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé)...

*Enquêteur : lire les choix de réponses.*

- avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?
  - avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?
- En permanence
  - Très souvent
  - Quelquefois
  - Rarement
  - Jamais

### SF5

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

Vous ont-elles limité...

- pas du tout ?
- un petit peu ?
- moyennement ?
- beaucoup ?
- énormément ?

### SF6

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...

*Enquêteur : lire les choix de réponses.*

- vous vous êtes senti calme et détendu ?

- vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
- vous vous êtes senti triste et déprimé ?

- En permanence
- Très souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

### SF7

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

Vous a-t-il gêné...

- en permanence ?
- très souvent ?
- quelquefois ?
- rarement ?
- jamais ?

## RECOURS AUX SOINS, HABITUDES DE VIE, QUALITÉ DE VIE

Concernant votre santé, votre qualité de vie et vos habitudes de vie.

### REC1

Quelle est votre taille ?

*Noter la réponse en cm même si approximative. Exemple : si 1m80, coder 180.*

*Enquêteur : si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, rappeler : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder refus.*

- Taille renseignée : REC1\_TAILLE |\_\_|\_\_|\_\_| cm
- (Ne sait pas)
- (Refuse de répondre)

### REC2

**SI GROSSESSE EN COURS (ENC1= 1) :** Quel était votre poids avant la grossesse ?

**SINON** Quel est votre poids ?

*Noter la réponse en kg même si approximative.*

*Si la personne hésite entre deux valeurs, ne pas relancer et noter la valeur la plus élevée.*

*Enquêteur : si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, rappeler : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder refus.*

- Poids renseigné : REC2\_POIDS |\_\_|\_\_|\_\_| kg
- (Ne sait pas)
- (Refuse de répondre)

### REC3

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



« Chronique » signifie que le problème de santé dure depuis au moins six mois.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

#### SI MALADIE CHRONIQUE (REC3=1) ET ZONE D'ÉTUDE

### REC3\_1

Selon vous, l'incendie du 26 septembre 2019 a-t-il aggravé, même momentanément, votre maladie chronique ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

### REC4

Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la vie que vous menez actuellement ?

*Donner une note entre 0 et 10. La note 0 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et la note 10 que vous êtes complètement satisfait. Les notes intermédiaires permettent de nuancer votre jugement.*

### REC5

D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez...

1. très seul ?
2. plutôt seul ?
3. plutôt entouré ?
4. très entouré ?
5. (Ne sait pas)

### REC6

Au cours des douze derniers mois, avez-vous vu un médecin généraliste pour vous-même ?

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

#### SI UN ENFANT EST SÉLECTIONNÉ

### REC7

Au cours des douze derniers mois, « Prénom enfant » a-t-il vu au moins une fois un médecin généraliste ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

#### SI L'ENFANT A CONSULTÉ UN MÉDECIN DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS (REC7=1)

### REC7\_1

Pour quelle(s) raison(s) a-t-il vu le médecin ?

*Plusieurs réponses possibles.*

1. Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin

2. Pour un problème de santé pour lequel il consultait pour la première fois
3. Parce que vous souhaitiez qu'il envoie « Prénom enfant » voir un spécialiste
4. Pour une raison administrative (certificat médical etc.)
5. Pour un bilan de prévention ou des conseils (diététiques, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
6. Pour une autre raison
7. (Ne sait pas)

### REC8

Pensez-vous avoir été infecté par le coronavirus ?

*Il est important de vous interroger sur ce sujet car il a pu affecter votre santé.*

1. Oui, vous en êtes sûr
2. Oui, mais vous n'en êtes pas sûr
3. Non
4. (Refuse de répondre)

### REC9

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point le confinement a-t-il été pénible à vivre pour vous ?

*Donner une note entre 0 et 10. La note 0 signifie que le confinement n'a pas du tout été pénible et la note 10 qu'il a été très pénible. Les notes intermédiaires permettent de nuancer votre jugement.*

### REC10

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point l'épidémie de coronavirus (COVID-19) en France vous inquiète-t-elle ?

*Donnez une note entre 0 et 10. La note 0 signifie que vous n'êtes pas du tout inquiet et la note 10 que vous êtes très inquiet. Les notes intermédiaires permettent de nuancer votre jugement.*

Nous allons poursuivre avec quelques questions sur votre consommation de tabac et d'alcool.

### REC11

Fumez-vous du tabac (en dehors de la cigarette électronique) ?

1. Oui, tous les jours
2. Oui, occasionnellement
3. Non, pas du tout

#### SI NON-FUMEUR (REC11 = 3)

### REC12

Avez-vous déjà fumé du tabac quotidiennement ou presque, pendant au moins un an (en dehors des cigarettes électroniques) ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)



### REC13

Actuellement, buvez-vous des boissons alcoolisées, c'est-à-dire du vin, de la bière, des alcools forts ou d'autres alcools comme le cidre, le porto, le champagne ?

1. Tous les jours
2. Une ou plusieurs fois par semaine
3. Une ou plusieurs fois par mois
4. Moins souvent
5. Jamais
6. (Ne sait pas)
7. (Refuse de répondre)

SI BOIT DE L'ALCOOL D'UNE À SIX FOIS PAR SEMAINE (REC13=2)

### REC14

Et est-ce plutôt...

1. quatre à six fois par semaine ?
2. deux ou trois fois par semaine ?
3. une fois par semaine ?
4. (Ne sait pas)
5. (Refuse de répondre)

## ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'ENVIRONNEMENT (SOUS-ÉCHANTILLON B)

Changeons de sujet. Nous allons maintenant vous poser des questions sur des inquiétudes et des interrogations que vous pourriez avoir au sujet de votre environnement.

### ENV1\_B

Êtes-vous inquiet de la qualité de l'environnement dans votre voisinage ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

### ENV2\_B

Êtes-vous inquiet vis-à-vis d'un risque d'accident industriel dans votre voisinage (usine, transport de matières dangereuses...) ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

### ENV3\_B

Êtes-vous inquiet des effets possibles sur la santé, pour vous et votre famille, que pourraient avoir des activités industrielles ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

SI ZONE D'ÉTUDE

### ENV4\_B

Êtes-vous inquiet de l'impact financier, pour vous et votre famille, que l'accident industriel du 26 septembre 2019 a eu ou pourrait avoir ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

SI ZONE D'ÉTUDE

### ENV5\_B

Étiez-vous présent dans l'agglomération de Rouen lors du précédent accident du site Lubrizol en 2013 (émanation de mercaptans, substances nauséabondes) ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

### ENV6\_B

Avez-vous pensé à déménager du fait de la présence de sites industriels dangereux dans votre environnement ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

## CONDITIONS DE VIE

Nous allons terminer par quelques questions plus générales.

### CON1

Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/famille, 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 ?
6. (Ne sait pas)
7. (Refuse de répondre)

### CON2

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

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études primaires
3. CAP (certificat d'aptitude professionnelle), brevet de compagnon
4. Brevet des collèges, BEPC (brevet d'études du premier cycle)
5. BEP (brevet d'enseignement professionnel)
6. Brevet de technicien ou Brevet Professionnel, BEI, BEC, BEA, BEH, Capacité en droit
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel
8. Baccalauréat d'enseignement général

9. Bac +2 (BTS, DUT, DEUG)
10. 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle universitaire, grande école
11. Autre diplôme (Préciser) : CON2\_11\_QO
12. (Ne sait pas)
13. (Refuse de répondre)

### CON3

Quelle est votre situation professionnelle actuelle, êtes-vous...

*Enquêteur : citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.*

*Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps. Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré, choisir « en emploi ». Si formation rémunérée par Pôle Emploi, choisir « au chômage ».*

1. en emploi ?
2. apprenti ou en stage rémunéré ?
3. étudiant, lycéen, en formation ou en stage non rémunéré ?
4. au chômage (inscrit ou non à Pôle Emploi) ?
5. retraité ou pré-retraité ?
6. femme ou homme au foyer ?
7. Autre situation (congés longue durée, personne handicapée, etc.)

**SI LA PERSONNE N'EST PAS EN ACTIVITÉ OU STAGE RÉMUNÉRÉ (CON3 = 3 OU 4 OU 5 OU 6 OU 7)**

### CON4

Avez-vous déjà travaillé **SI LA PERSONNE ÉTAIT ÉTUDIANTE AU MOMENT DE L'INCENDIE (INF18=3) afficher < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?**

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refuse de répondre)

**SI EN EMPLOI OU STAGE RÉMUNÉRÉ OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ (CON3=1 OU 2 OU CON4=1)**

### CON5

**SI EN EMPLOI OU STAGE RÉMUNÉRÉ (CON3=1 OU 2) Dans quelle catégorie socio-professionnelle êtes-vous ?**

**SI NE TRAVAILLE PAS MAIS A DÉJÀ TRAVAILLÉ (CON4=1) Parlons du dernier emploi que vous avez exercé. Dans quelle catégorie socio-professionnelle étiez-vous ?**

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
3. Profession libérale, cadre, profession intellectuelle supérieure
4. Profession Intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique, profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise, technicien, contremaître, agent de maîtrise
5. Employé de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employé de commerce, personnel des services directs aux particuliers
6. Ouvrier

7. Autres (Préciser) : CON5\_7\_QO
8. Vous ne savez pas classer (Préciser) : CON5\_8\_QO
9. (Refuse de répondre)

**SI N'A JAMAIS TRAVAILLÉ (CON3=3 À 7 & CON4=2) OU NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT ET NE SAIT PAS SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ (CON3=3 À 7 & CON4=3 OU 4)**

### CON6

Dans votre foyer, qui a le plus haut revenu ?

**SI 30 ANS OU MOINS (AGE<=30) < Si vous vivez seul ou en colocation, la question concerne vos parents, même si vous ne vivez pas avec. >**

1. Vous / Vous vivez seul
2. Votre père
3. Votre mère
4. Votre conjoint
5. Autre (Préciser) : CON6\_5\_QO
6. (Ne sait pas)
7. (Refuse de répondre)

**SI LE PLUS HAUT REVENU DU FOYER N'EST PAS L'ENQUÊTÉ**

### CON7

Parlons du dernier emploi qu'il a exercé. Dans quelle catégorie socio-professionnelle était-il ?

*Enquêteur : citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.*

*Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.*

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
3. Profession libérale, cadre, profession intellectuelle supérieure
4. Profession Intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique, profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise, technicien, contremaître, agent de maîtrise
5. Employé de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employé de commerce, personnel des services directs aux particuliers
6. Ouvrier
7. Autres (Préciser) : CON7\_7\_QO
8. Vous ne savez pas classer (Préciser) : CON7\_8\_QO
9. Il n'a jamais travaillé
10. (Refuse de répondre)

### CON8

Décrochez-vous, ou une personne de votre ménage décroche-t-elle, lorsque votre téléphone fixe sonne ?

1. Oui, mais seulement lorsque vous connaissez le numéro qui essaie de vous joindre
2. Oui, sans vous soucier du numéro qui essaie de vous joindre
3. Non, jamais
4. Non, il ne sonne jamais
5. Vous n'avez pas de téléphone fixe
6. (Ne sait pas)

### CON9

Décrochez-vous, ou une personne de votre ménage décroche-t-elle lorsque votre téléphone mobile sonne ?

1. Oui, mais seulement lorsque vous connaissez le numéro qui essaie de vous joindre
2. Oui, sans vous soucier du numéro qui essaie de vous joindre
3. Non, jamais
4. Non, il ne sonne jamais
5. Vous n'avez pas de téléphone mobile
6. (Ne sait pas)

### CON10

Au cours des trois derniers mois, en moyenne, vous avez utilisé internet...

1. tous les jours ou presque ?
2. pas tous les jours, mais au moins une fois par semaine ?
3. moins d'une fois par semaine ?
4. Jamais
5. (Ne sait pas)

## LIEN PROFESSIONNEL AVEC LES ACTIVITÉS DES ENTREPRISES LUBRIZOL & NL LOGISTIQUE

### LIEN

Est-ce que vous ou quelqu'un de votre famille avez déjà travaillé à Lubrizol ou NL Logistique ?

*Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes. Plusieurs réponses possibles.*

1. Oui, vous-même
2. Oui, quelqu'un de votre famille
3. Non
4. (Refuse de répondre)

## FIN DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

### COORD1

Dans le cadre de cette enquête, Santé publique France souhaiterait pouvoir vous recontacter pour un

questionnaire complémentaire concernant d'autres conséquences de l'incendie.

Acceptez-vous de nous communiquer vos coordonnées ?

1. Oui
2. Non

**SI ACCEPTE DE DONNER SES COORDONNÉES (COORD1=1)**

### COORD2

**Veillez renseigner vos coordonnées.**

À la suite de cette enquête, des données concernant votre consommation de soins pourront être recueillies auprès de l'Assurance Maladie.

Conformément à la loi, vous pouvez exercer un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation de traitement pour les données vous concernant ou concernant votre enfant pendant la période de conservation des données d'identification. Ces droits sont applicables aux données de la présente enquête mais aussi aux données vous concernant collectées auprès de l'Assurance Maladie et aux utilisations ultérieures de ces données. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant **SI (MODE=TÉLÉPHONE) <** soit directement auprès de l'enquêteur **>**, soit auprès du délégué à la protection des données de Santé publique France par courriel à : [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr) ou par courrier à : Santé publique France - DPO - 12 rue du Val d'Osne, 94 415 Saint-Maurice Cedex. Pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de Santé publique France à l'adresse [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr). Vous pouvez, si vous l'estimez nécessaire, adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Notre entretien est terminé. Au nom de Santé publique France, nous vous remercions pour votre précieuse participation à cette importante étude. Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de Santé publique France, nous vous invitons à aller consulter le site internet [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

## QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE

Ce questionnaire a été proposé dans un second temps sur internet en novembre/décembre 2020 aux personnes ayant accepté d'être recontactées (**COORD1 = 1**). Lorsque l'adresse mail n'était pas disponible, une version papier a été envoyée.

### En cas de difficultés à remplir ce questionnaire

Il est possible que vous soyez déstabilisé par certaines questions ou en difficulté pendant ou à l'issue du remplissage de ce questionnaire. Dans ce cas, n'hésitez pas à faire une pause pour récupérer, à vous laisser du temps pour terminer de répondre à toutes les questions.

Si vous ne vous sentez pas bien, il pourrait être nécessaire de consulter votre médecin généraliste afin de vous faire aider et, si nécessaire, réaliser un bilan de votre état émotionnel et psychologique.

Vous trouverez des informations qui pourraient vous être utiles sur le site du Centre national de ressources et de résilience (CN2R) : <http://cn2r.fr/>

### GAD7

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants :

1. un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?
  2. une incapacité à arrêter de vous inquiéter ou à contrôler vos inquiétudes ?
  3. une inquiétude excessive à propos de différentes choses ?
  4. des difficultés à vous détendre ?
  5. une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place ?
  6. une tendance à être facilement contrarié ou irritable ?
  7. un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire ?
0. Jamais
  1. Plusieurs jours
  2. Plus de la moitié du temps
  3. Presque tous les jours
  4. Vous ne souhaitez pas répondre

### SCORE\_GAD7

Somme de toutes les réponses pour chaque GAD7\_X

### ANXIETE

SI SCORE\_GAD7 < 10 alors ANXIETE = 0

SI SCORE\_GAD7 >=10 alors ANXIETE = 1

### PHQ9

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants :

1. peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?
  2. vous sentir triste, déprimé ou désespéré ?
  3. difficultés à vous endormir ou à rester endormi, ou trop dormir ?
  4. vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie ?
  5. peu d'appétit ou trop manger ?
  6. mauvaise perception de vous-même - ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille ?
  7. difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision ?
  8. vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude ?
  9. vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ?
0. Jamais
  1. Plusieurs jours
  2. Plus de sept jours
  3. Presque tous les jours
  4. Vous ne souhaitez pas répondre

SI LA PERSONNE A ÉTÉ GÊNÉE PAR AU MOINS UN DES NEUF PROBLÈMES CITÉS PLUS HAUT (SI PHQ9\_X = 1 OU 2 OU 3)

### PHQ9\_10

Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?

0. Jamais
1. Plusieurs jours
2. Plus de sept jours
3. Presque tous les jours
4. Vous ne souhaitez pas répondre

### SCORE\_PHQ9

Somme de toutes les réponses pour chaque PHQ9\_X

### DEPRESSION

SI SCORE\_PHQ9 < 10 alors DEPRESSION = 0

SI SCORE\_PHQ9 >=10 alors DEPRESSION = 1

### AEPT

Au cours de votre vie, avez-vous vécu personnellement ou avez-vous été témoin direct de...

1. une catastrophe naturelle ou un accident industriel **SI ZONE D'ÉTUDE <** en dehors de l'incendie des entrepôts de Lubrizol et NL logistique **>** ?
2. un accident grave ?
3. une agression physique, autre qu'une agression sexuelle ?

4. une agression avec une arme (couteau, arme à feu, etc.) ?
  5. une agression sexuelle ou un viol ?
  6. une autre expérience sexuelle non désirée, dérangeante ou gênante ?
  7. un combat militaire, une expérience en zone de guerre ?
  8. une captivité ?
  9. une maladie ou une blessure ayant menacé votre vie ?
  10. une mort violente (homicide, suicide, accident) ?
  11. une autre expérience vraiment stressante où vous vous êtes senti brutalement menacé ou que votre vie était en danger ?
1. Oui
  2. Non
  3. Vous ne souhaitez pas répondre

**SI AUTRE EXPÉRIENCE STRESSANTE (AEPT\_11 = 1) Dans ce cas, préciser laquelle :** .....

**AEPT 11 \_Q0**

## PCL5

Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante.

**SI ZONE TÉMOIN** En considérant l'événement que vous avez coché à la question précédente (ou le plus stressant si vous en avez coché plusieurs)

**SI ZONE D'ÉTUDE** Ici, il est question de l'incendie industriel du 26 septembre 2019 et de votre vécu de cet événement.

Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par...

1. des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?
2. des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?
3. se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau) ?
4. être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?
5. réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (par exemple, avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?
6. éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?
7. éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (par exemple, des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?
8. avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?
9. avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (par exemple, avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui

cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?

10. vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?
  11. avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?
  12. perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?
  13. vous sentir distant ou coupé des autres ?
  14. avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple, être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?
  15. être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?
  16. prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?
  17. être « super-alerte », vigilant ou sur vos gardes ?
  18. sursauter facilement ?
  19. avoir du mal à vous concentrer ?
  20. avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?
0. Pas du tout
  1. Un peu
  2. Moyennement
  3. Souvent
  4. Extrêmement
  5. Vous ne souhaitez pas répondre

## SCORE\_PCL5

Somme de toutes les réponses pour chaque PCL5\_X

## STRESS\_POST

SI SCORE\_PCL5 < 33 alors STRESS\_POST = 0  
SI SCORE\_PCL5 >=33 alors STRESS\_POST = 1

## AEAD

**Au cours des douze derniers mois, parmi les événements suivants, en est-il un ou plusieurs qui vous ont concerné personnellement ?**

*Plusieurs réponses possibles*

1. Décès d'un proche
  2. Séparation ou divorce de vous-même
  3. Séparation ou divorce d'un proche
  4. Difficultés financières particulières
  5. Perte, dommage ou vol de biens
  6. Licenciement
  7. Période de chômage de plus de six mois
  8. Difficultés professionnelles (exposition à des violences ou harcèlement, épuisement professionnel, peur de perdre mon emploi)
  9. Aucun de ces événements ne m'a concerné
1. Oui
  2. Non

## AP1\_1

**Au cours de votre vie, avez-vous été suivi par un psychiatre, un psychologue ou un autre psychothérapeute pendant plus de six mois pour un problème d'ordre psychologique ?**

1. Oui
2. Non

**SI ZONE D'ÉTUDE ET PERSONNE SUIVIE PAR UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOLOGUE OU UN AUTRE PSYCHOTHÉRAPEUTE PLUS DE SIX MOIS (AP1\_1=1)**

## AP1\_2

**Cette prise en charge avait-elle commencé avant l'incendie industriel du 26 septembre 2019 ?**

1. Oui
2. Non

## AP2\_1

**Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris, pendant plus de six mois, des médicaments pour les nerfs ou pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ?**

1. Oui
2. Non

**SI ZONE D'ÉTUDE ET PERSONNE AYANT PRIS DES MÉDICAMENTS PENDANT PLUS DE SIX MOIS (AP2\_1=1)**

## AP2\_2

**Ce traitement avait-il commencé avant l'incendie industriel du 26 septembre 2019 ?**

1. Oui
2. Non

## NB\_PROBLEME

**Nombre de problèmes constatés ci-dessus parmi anxiété, dépression, stress post-traumatique**

1. Un problème
2. Deux problèmes
3. Trois problèmes
4. Aucun problème

## CNIL

Conformément à la loi, vous pouvez exercer un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation de traitement pour les données vous concernant pendant la période de conservation des données d'identification. Ces droits sont applicables aux données de la présente enquête. Ces droits peuvent être exercés en vous

adressant auprès du délégué à la protection des données de Santé publique France par courriel à : [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr) ou par courrier à : Santé publique France - DPO - 12 rue du Val d'Osne, 94 415 Saint-Maurice Cedex.

Pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de Santé publique France à l'adresse [dpo@santepubliquefrance.fr](mailto:dpo@santepubliquefrance.fr)

Vous pouvez, si vous l'estimez nécessaire, adresser une réclamation auprès de la CNIL.

**SI NB\_PROBLEME=4** L'impact psychologique lié à un événement traumatique comme les attentats pouvant être important et survenir à distance dans le temps, nous vous rappelons que si vous en ressentez le besoin, vous pouvez consulter votre médecin généraliste ou un psychiatre afin de faire le bilan de votre état émotionnel et psychologique.

**SI NB\_PROBLEME=1** Vos réponses au questionnaire sont en faveur **SI ANXIETE=1** < de symptômes d'anxiété élevés. > **SI DEPRESSION=1** < de symptômes dépressifs élevés. > **SI STRESS\_POST=1** < de symptômes qui laissent penser que vous pourriez souffrir d'un état de stress post-traumatique. >

**SI NB\_PROBLEME=2 ET SI ANXIETE=1** Vos réponses au questionnaire sont en faveur de symptômes d'anxiété élevés et **SI DEPRESSION=1** < de symptômes dépressifs élevés. > **SI STRESS\_POST=1** < de symptômes qui laissent penser que vous pourriez souffrir d'un état de stress post-traumatique. >

**SI NB\_PROBLEME=2 ET SI ANXIETE=0** Vos réponses au questionnaire sont en faveur de symptômes dépressifs élevés et de symptômes qui laissent penser que vous pourriez souffrir d'un état de stress post-traumatique.

**SI NB\_PROBLEME=3** Vos réponses au questionnaire sont en faveur de symptômes d'anxiété élevés, de symptômes dépressifs élevés et de symptômes qui laissent penser que vous pourriez souffrir d'un état de stress post-traumatique.

**SI NB\_PROBLEME=1 OU 2 OU 3** Si vous ne l'avez pas déjà fait, nous vous conseillons de consulter votre médecin (généraliste ou spécialiste) afin de faire avec lui un bilan approfondi de votre état émotionnel et psychologique.

Ce questionnaire est terminé. Au nom de Santé publique France, nous vous remercions pour votre précieuse participation à cette importante étude complémentaire. (Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de Santé publique France, nous vous invitons à aller consulter le site internet [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)).