

QUESTIONNAIRE



BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2021

Questionnaire / Volet métropole

SOMMAIRE

2 GRILLE DE LECTURE

2 SIGNALÉTIQUE ET DESCRIPTION DU FOYER

3 PESTICIDES

4 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

5 RISQUES LIÉS AUX UV NATURELS

6 NUTRI-SCORE (C)

7 TABAC

7 Prévalence

8 Sevrage tabagique

9 Grossesse et tabagisme

9 Approvisionnement (B, E, F)

10 Aide à l'évaluation de la campagne « Moi(s) sans tabac »

11 E-cigarette

12 CANNABIS

12 ALCOOL

12 Consommation

13 Consommation pendant la grossesse

14 Notoriété des repères et risques (E)

14 Notoriété « Janvier sans alcool » (E)

14 VACCINATION

17 ALIMENTATION

20 RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES (C)

20 INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE (D)

21 ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

23 RECOMMANDATIONS ACTIVITÉ PHYSIQUE/ SÉDENTARITÉ (C)

23 SANTÉ GÉNÉRALE

24 PATHOLOGIES

24 COVID-19

27 LIMITATIONS ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉS

27 FRAGILITÉ

28 CONFINEMENT

29 SANTÉ COGNITIVE PERÇUE

29 TROUBLES ANXIEUX

30 SANTÉ MENTALE

30 Épisode dépressif caractérisé

32 Conduites suicidaires

33 ANTIBIORÉSISTANCE

34 TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

36 ACTIVITÉS À RISQUE D'ACCIDENTS

37 CARACTÉRISTIQUES

37 Statut migratoire

37 Situation professionnelle

40 Niveau d'éducation

40 Situation financière perçue

41 Revenus

41 ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

42 PROPOSITION D'ENQUÊTE SUR LE PARCOURS PROFESSIONNEL

43 FIN DU QUESTIONNAIRE

GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire du Baromètre de Santé publique France 2021 est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes indiquées sur l'écran des enquêteurs ainsi que les conditions des questions.

THÈME

SOUS-THÈME

CONDITIONS DE LA QUESTION

NOM DE LA QUESTION

Intitulé de la question

Consignes données aux enquêteurs

→ REMARQUE

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 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.

Six sous-échantillons, notés A (1/10 de l'échantillon total), B (1/10 de l'échantillon total), C (1/5 de l'échantillon total), D (1/5 de l'échantillon total), E (1/5 de l'échantillon total) et F (1/5 de l'échantillon total) ont été créés aléatoirement.

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

SIGNALÉTIQUE ET DESCRIPTION DU FOYER

RSDEP

Quel est le numéro du département dans lequel vous résidez ?

RS1

Sexe de l'interviewé(e)

1. Homme
2. Femme

QAGE

Pour commencer, je vais vous demander votre âge.

Saisir la réponse. Il s'agit de l'âge révolu.

CF1

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

En cas de doute : si la personne a plusieurs domiciles, prendre celui que la personne considère comme son domicile principal ; à défaut, celui dans lequel la personne réside le plus souvent.

SI PLUSIEURS PERSONNES, POSER CF4 À RS5 (RECUEIL DU PRÉNOM, NON CONSERVÉ)

Pour chacune des N personnes qui composent votre foyer, je vais vous demander son sexe et son âge.

CF4

Quel est le sexe de...

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER < prénom > ?

1. Homme
2. Femme

CF5

Quel est l'âge de...

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER < prénom > ?

Saisir la réponse. Si moins d'un an, coder 0.

RS5

Pour chaque personne qui habite chez vous, dites-moi qui elle est par rapport à vous. Qui < Prénom + âge - CF5 > 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
6. Votre demi-frère
7. Votre sœur
8. Votre demi-sœur
9. Votre grand-père
10. Votre grand-mère
11. Votre conjoint(e)/petit(e) ami(e)/fiancé(e)/concubin(e)/compagnon/compagne
12. Votre fils
13. Le fils de votre conjoint(e)
14. Votre fille
15. La fille de votre conjoint(e)
16. Votre petit-fils
17. Votre petite-fille
18. Votre gendre (ami/compagnon de votre fils/fille)
19. Votre belle-fille (amie/compagne de votre fils/fille)
20. Un ou une ami(e)
21. Un(e) colocataire
22. Autre (Préciser)

SI FEMME DE MOINS DE 51 ANS

ENCEINT1

Êtes-vous enceinte ?

1. Oui
2. Non

LABOUR1

Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes...

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(e), coder item 1.

S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite entre ces deux activités, coder item 3.

Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder item 4.

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

PESTICIDES

Nous allons commencer par parler des pesticides.

PEST1

Concernant les éventuels effets sur la santé des pesticides, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

Ne pas citer.

1. Bien informé(e)
2. Mal informé(e)
3. Vous n'en avez jamais entendu parler

SI DÉCLARE ÊTRE BIEN OU MAL INFORMÉ(E) OU NSP

PEST2

Considérez-vous que les pesticides présentent un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des Français en général ?

Ne pas citer.

1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout

PEST3

Au cours des trois derniers mois, avez-vous vous-même utilisé...

Cela n'inclut pas les pesticides utilisés dans un cadre professionnel.

SOUS-QUESTION 2 *Cela inclut les antipuces donnés en comprimés aux animaux.*

SOUS-QUESTION 4 *Cela n'inclut pas les produits ménagers tels que l'eau de javel ou le vinaigre blanc. Si a utilisé uniquement des produits ménagers, coder Non.*

1. des produits pour lutter contre les maladies de vos plantes ou les mauvaises herbes ?
2. des produits pour lutter contre les parasites comme les tiques, les puces ou les poux, pour vous-même, l'un des membres de votre foyer ou pour un animal de compagnie ?
3. des produits pour lutter contre les insectes comme les moustiques ou les araignées, contre les rongeurs ou les nuisibles du jardin ?
4. des produits pour lutter contre les moisissures ou les champignons ?

1. Oui
2. Non

SI A UTILISÉ AU MOINS UN DES QUATRE PESTICIDES

Vous m'avez dit avoir utilisé des produits pour lutter contre

EN FONCTION DU PRODUIT UTILISÉ < les maladies de vos plantes ou les mauvaises herbes > et/ou < les parasites > et/ou < les insectes > et/ou < les moisissures ou les champignons > au cours des trois derniers mois.

PEST5 (A,B)

Lors de l'application de ce(s) produit(s), ...

Si la personne est hésitante dans sa réponse car elle dit qu'elle n'a pas systématiquement réalisé l'action, coder 1 dès lors qu'elle indique l'avoir réalisée au moins une fois au cours de la période.

1. avez-vous lu les consignes sur l'emballage ou la notice ?
2. **SI A LU LES CONSIGNES** avez-vous appliqué ces consignes ?
3. **SI A LU LES CONSIGNES** avez-vous appliqué la dose recommandée (par l'emballage ou la notice) ?
4. avez-vous porté des protections comme des gants, un masque ou un tablier ?
5. vous êtes-vous lavé les mains après utilisation ?

1. Oui
2. Non

SI A UTILISÉ AU MOINS UN DES QUATRE PESTICIDES**PEST6 (A,B)**

Le produit a-t-il été appliqué à l'intérieur de votre logement ?

Si une autre personne a aéré la pièce, coder 1.

Si la personne est hésitante dans sa réponse, coder 1 dès lors qu'elle indique avoir utilisé un produit à l'intérieur de son logement au moins une fois au cours de la période.

1. Oui
2. Non

SI LE PRODUIT A ÉTÉ APPLIQUÉ À L'INTÉRIEUR**PEST7**

Avez-vous aéré votre logement après l'application de ce produit ?

Si une autre personne a aéré la pièce, coder 1. Si la personne est hésitante dans sa réponse, coder 1 dès lors qu'elle indique avoir aéré son logement après application du produit au moins une fois au cours de la période.

1. Oui
2. Non
3. [Non concerné(e) : la personne déclare que l'aération n'était pas nécessaire pour le type de produit appliqué]

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE**SENV1 (A)**

Nous allons maintenant évoquer d'autres thèmes en lien avec l'environnement.

Concernant les éventuels effets sur la santé < Affichage sous-question >, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

Ne pas citer.

1. de la pollution de l'air extérieur
 2. du bruit
 3. des événements climatiques extrêmes comme par exemple les canicules, les tempêtes ou les inondations
 4. des métaux lourds comme par exemple le plomb ou le mercure
 5. des sols pollués
1. Bien informé(e)
 2. Mal informé(e)
 3. Vous n'en avez jamais entendu parler

Maintenant pour chacun de ces thèmes, dites-moi si selon vous il présente un risque pour la santé.

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU THÈME [SOUS-QUESTION SENV1]**SENV2**

Considérez-vous que < Affichage sous-question > présente un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des Français en général ?

Ne pas citer.

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. la pollution de l'air extérieur
 2. le bruit
 3. les événements climatiques extrêmes comme par exemple les canicules, les tempêtes ou les inondations
 4. les métaux lourds comme par exemple le plomb ou le mercure
 5. les sols pollués
1. Un risque très élevé
 2. Un risque plutôt élevé
 3. Un risque plutôt faible
 4. Pas de risque du tout

Nous allons maintenant évoquer un autre thème en lien avec l'environnement.

SENV3A1

Avez-vous déjà entendu parler du radon ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU RADON**SENV3B1**

Concernant les éventuels effets sur la santé du radon, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

Ne pas citer.

1. Bien informé(e)
2. Mal informé(e)
3. Vous n'en avez jamais entendu parler

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DES EFFETS DU RADON SUR LA SANTÉ**SENV3C1**

Considérez-vous que le radon présente un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des Français en général ?

Ne pas citer.

1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout

SENV3A2 (A)

Avez-vous déjà entendu parler de certaines plantes invasives pouvant avoir des effets sur la santé, comme l'ambrosie ou la berce du Caucase ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DES PLANTES INVASIVES

SENV3B2

Concernant les éventuels effets sur la santé de ces plantes invasives, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

Ne pas citer.

1. Bien informé(e)
2. Mal informé(e)
3. Vous n'en avez jamais entendu parler

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DES EFFETS DES PLANTES INVASIVES SUR LA SANTÉ

SENV3C2

Considérez-vous que ces plantes invasives présentent un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des Français en général ?

Ne pas citer.

1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout

SENV4 (A)

Vous personnellement, pour améliorer la qualité de votre environnement ou de votre santé, quelles sont les mesures que vous prenez déjà ?

Pour la sous-question 1, il s'agit de savoir si la personne évite de prendre sa voiture si cela est possible.

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. Vous privilégiez les transports en commun, la bicyclette, la marche à pied ou pratiquez le co-voiturage
 2. Vous prenez en compte les émissions polluantes lors de l'achat de matériaux de bricolage, de construction ou de décoration (peintures, vernis, etc.)
 3. Vous pratiquez le tri des déchets
 4. Vous boycottez les entreprises qui polluent ou ne respectent pas l'environnement
 5. Vous aérez votre logement pendant cinq à dix minutes par jour
1. Systématiquement
 2. Souvent
 3. Parfois
 4. Jamais

SENV5 (A)

Vous personnellement, est-ce que vous vous impliquez dans la vie de votre commune, participez à des réunions d'information ou avez un engagement associatif pour améliorer la qualité de votre environnement ou de votre santé ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS OU (ÂGE SUPÉRIEUR À 75 ANS ET SOUS-ÉCHANTILLON A)

RISQUES LIÉS AUX UV NATURELS

Nous allons maintenant vous interroger sur les expositions au soleil.

UV1

Concernant les éventuels effets négatifs sur la santé de l'exposition au soleil, avez-vous le sentiment d'être très bien informé(e), plutôt bien, plutôt mal ou très mal informé(e) ?

Ne pas citer.

1. Très bien informé(e)
2. Plutôt bien informé(e)
3. Plutôt mal informé(e)
4. Très mal informé(e)

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS

UV2

À votre avis, en été en France, quelles sont les heures dangereuses durant lesquelles il vaut mieux ne pas s'exposer au soleil ?

Ne pas citer ; plusieurs réponses possibles.

Relancer par « De quelle heure à quelle heure ? » pour une personne qui ne donnerait qu'une seule heure ou citerait un intervalle de 30 minutes.

Si la personne répond que cela dépend de la région, préciser « Pour votre région de résidence ».

1. Avant 9h
2. De 9h à 10h
3. De 10h à 11h
4. De 11h à 12h
5. De 12h à 13h
6. De 13h à 14h
7. De 14h à 15h
8. De 15h à 16h
9. De 16h à 17h
10. De 17h à 18h
11. De 18h à 19h
12. De 19h à 20h
13. Après 20h
14. Aucune

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS**UV3**

Lors d'une journée ensoleillée en été, dites-moi si vous vous protégez du soleil en...

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

SOUS-QUESTION 3 Si la personne répond qu'elle ne met de la crème solaire qu'en vacances, à la plage, coder 3. Si la personne déclare être allergique et n'en met jamais, coder 4.

SOUS-QUESTION 4 Si la personne répond qu'elle porte des lunettes qui se teintent au soleil ou qu'elle est malvoyante et en porte tout le temps, coder 1 systématiquement.

SOUS-QUESTION 5 Si la personne répond qu'elle porte un voile, relancer en disant qu'on parle bien de chapeau ou casquette en dehors du voile. Coder 4 jamais si considère que cela fait office de chapeau.

SOUS-QUESTION 6 Vêtements longs = hauts avec des manches longues et bas longs (short long, jupe, pantalon, robe, burka...)

1. évitant les heures les plus ensoleillées, entre 12h et 16h ?
 2. restant à l'ombre ?
 3. mettant de la crème solaire toutes les deux heures ?
 4. portant des lunettes de soleil ?
 5. portant un chapeau ou une casquette ?
 6. portant un t-shirt long ou un short long ?
1. Systématiquement
 2. Souvent
 3. Rarement
 4. Jamais

SI N'ÉVITE PAS SYSTÉMATIQUEMENT LES HEURES LES PLUS ENSOLEILLÉES (ENTRE 12H ET 16H)**UV4B**

Lors d'une journée ensoleillée en été, combien de temps en moyenne passez-vous dehors entre 12h et 16h ?

Citer si hésitation.

1. Moins de 30 minutes
2. Entre 30 minutes et 1 heure
3. Entre 1 heure et 2 heures
4. Entre 2 heures et 3 heures
5. Entre 3 heures et 4 heures

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS**UV7**

Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

Ne pas citer les items de réponse.

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil.
2. Si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés, ils sont sans conséquence à l'âge adulte.

1. Tout à fait d'accord
2. Plutôt d'accord
3. Plutôt pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS**UV9**

Selon vous, quelle est la couleur de votre peau sans bronzage ?

Si la personne demande pourquoi cette question est posée, préciser : « Les effets de l'exposition au soleil sur la santé peuvent être différents selon la couleur de peau. C'est pourquoi cette question vous est posée. Si vous acceptez de répondre à cette question, votre réponse ne sera traitée que dans le cadre d'analyses relatives aux effets de l'exposition au soleil sur la santé. »

Si la personne hésite entre les deux premières modalités, préciser : « peau très blanche = qui ne bronze pas », « peau claire = qui bronze un peu ».

1. Peau très blanche
2. Peau claire
3. Peau assez claire à légèrement mate
4. Peau mate
5. Peau foncée
6. Peau noire

NUTRI-SCORE (C)

Nous allons maintenant parler du logo Nutri-Score.

NUT1

Avez-vous déjà entendu parler du logo Nutri-Score, ne serait-ce que de nom ?

1. Oui et vous voyez bien de quoi il s'agit
2. Oui, mais vous ne voyez pas bien de quoi il s'agit
3. Non

SI VOIT BIEN DE QUOI IL S'AGIT**NUT2**

Nutri-Score est donc un logo placé sur l'emballage de certains produits alimentaires. Il informe sur la qualité nutritionnelle du produit, en le positionnant sur une échelle allant de la lettre A en vert à la lettre E en orange.

Est-ce bien ce à quoi vous pensez ?

1. Oui
2. Non

SI NE VOIT PAS BIEN DE QUOI IL S'AGIT**NUT2BIS**

Nutri-Score est un logo placé sur l'emballage de certains produits alimentaires. Il informe sur la qualité nutritionnelle du produit, en le positionnant sur une échelle allant de la lettre A en vert à la lettre E en orange.

Avez-vous déjà vu ce logo ?

1. Oui
2. Non

SI CONFIRME BIEN PENSER AU LOGO OU A DÉJÀ VU LE LOGO

NUT3

Vous personnellement, avez-vous déjà acheté un produit alimentaire sur lequel figurait le logo Nutri-Score ?

Possibilité de relancer uniquement sur les items 1 ou 2 si répond « Oui » et 3 ou 4 si répond « Non ».

1. Oui, cela vous est déjà arrivé
2. Oui, vous achetez fréquemment des produits sur lesquels figure le logo
3. Non, vous avez vu le logo mais vous n'en avez pas acheté
4. Non, vous n'avez pas vu le logo lors de vos achats
5. [Non, vous ne faites pas les courses ou ne fréquentez pas les magasins]

SI A DÉJÀ ACHETÉ DES PRODUITS AVEC LE LOGO

NUT4

La présence de ce logo sur l'emballage vous a-t-elle incité(e) à acheter ce ou ces produits ?

1. Oui, tout à fait
2. Oui, plutôt
3. Non, plutôt pas
4. Non, pas du tout

TABAC

PRÉVALENCE

TA1

Nous allons maintenant parler du tabac.

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

Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.

Si répond « La cigarette électronique uniquement »,

répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.

Si la personne dit être enceinte et s'être arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.

1. Oui
2. Non

**SI FUMEUR/FUMEUSE, POSER SOUS-QUESTIONS 1 À 5
POSER SOUS-QUESTION 6 À TOUS**

TA2

Fumez-vous...

Cigarettes tubées = tabac à rouler.

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 NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NSP

TA3

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

Si la personne dit qu'elle a (déjà) fumé, coder Oui.

1. Oui
2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE MAIS A DÉJÀ FUMÉ

TA4

Avez-vous fumé...

« Occasionnellement » = quelle que soit la durée.

Si la personne répond « Occasionnellement et quotidiennement pendant moins de six mois », coder item 3.

Si la personne répond « Occasionnellement et quotidiennement pendant plus de six mois », coder item 4.

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

SI FUMEUR/FUMEUSE OU FUME LA CHICHA OU LE NARGUILÉ

TA5

Fumez-vous tous les jours ?

Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE DE TABAC À ROULER

TA61

Combien de cigarettes roulées fumez-vous en moyenne ?

Si nécessaire, préciser « cigarettes de tabac à rouler ».

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

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Attention, si fume soit des cigarettes roulées soit des cigarettes en paquet selon les jours, répartir la quantité totale entre les deux types. Par exemple, si fume 20 cigarettes par jour, parfois roulées parfois en paquet, coder 10 et 10.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARETTES EN PAQUET**TA62**

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne **SI FUME DU TABAC À ROULER** < sans compter le tabac à rouler > ?

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Attention, si fume soit des cigarettes roulées soit des cigarettes en paquet selon les jours, répartir la quantité totale entre les deux types. Par exemple, si fume 20 cigarettes par jour, parfois roulées parfois en paquet, coder 10 et 10.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARES**TA63**

Combien de cigares fumez-vous en moyenne ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARILLOS**TA64**

Combien de cigarillos fumez-vous en moyenne ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CHICHA**TA65**

Combien de fois fumez-vous la chicha, le narguilé en moyenne...

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. par jour ?
2. par semaine ?
3. par mois ?
4. par an ?

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) DE 18 À 75 ANS**TA8**

Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Si ne fume pas de cigarettes (mais uniquement cigares, pipes...), la question porte sur le produit du tabac fumé.

1. Dans les 5 premières minutes
2. Entre 6 et 30 minutes
3. Entre 31 et 60 minutes
4. Après 60 minutes
5. Vous ne fumez pas le matin

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS**SEVRAGE TABAGIQUE****SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS****TA11AQ**

Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

Saisir la réponse (jours/semaines/mois/années).

SI INTERVIEW RÉALISÉE AVANT OCTOBRE 2021 ET ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS AYANT ARRÊTÉ IL Y A UN AN OU MOINS
SI INTERVIEW RÉALISÉE À PARTIR D'OCTOBRE 2021 ET ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS AYANT ARRÊTÉ IL Y A 15 MOIS OU MOINS

TA11MAM

Plus précisément, en quels mois et année avez-vous arrêté de fumer ?

Saisir le mois puis l'année.

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) AYANT ARRÊTÉ IL Y A MOINS D'UNE SEMAINE**TA131**

Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine **SI A ARRÊTÉ IL Y A MOINS D'UNE SEMAINE** < avant la tentative en cours > ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ARRÊTÉ DE FUMER AU MOINS UNE SEMAINE**TA132**

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

Saisir le nombre puis l'unité (jours/semaines/mois/années).

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

Si cite une date, convertir en jours, semaines, mois ou années.

Si la réponse est « Il y a 2 ans et demi », coder 30 mois ; « 2 mois et demi », coder 10 semaines.

SI FUMEUR/FUMEUSE**TA15**

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE AYANT ENVIE D'ARRÊTER

TA16

Avez-vous le projet d'arrêter...

Si NSP, coder item 4.

1. dans le mois à venir ?
2. dans les six prochains mois ?
3. dans les douze prochains mois ?
4. dans un avenir non déterminé ?

SI FEMME ENCEINTE OU SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS

GROSSESSE ET TABAGISME

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS ET PAS ENCEINTE

TAG1

Lors de votre dernière grossesse, fumiez-vous quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?

→ RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 2 SI N'A JAMAIS FUMÉ

1. Oui
2. Non
3. [Pas de grossesse : enfant adopté]

SI FEMME ENCEINTE ET FUME

TAG1B

Fumiez-vous quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?

→ RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 2 SI N'A JAMAIS FUMÉ

1. Oui
2. Non

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS ET FUMAIT QUAND ELLE A APPRIS SA GROSSESSE

TAG2

Avez-vous arrêté quand vous l'avez appris ?

1. Oui, immédiatement
2. Oui, pendant la grossesse
3. Non

SI A ARRÊTÉ DE FUMER PENDANT SA GROSSESSE

TAG2B

À quel trimestre de votre grossesse avez-vous arrêté de fumer ?

1. Premier trimestre
2. Deuxième trimestre
3. Troisième trimestre

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS N'AYANT PAS ARRÊTÉ DE FUMER PENDANT SA GROSSESSE OU SI ENCEINTE ET FUME

TAG2C

Avez-vous diminué votre consommation de tabac durant votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS AYANT DIMINUÉ SA CONSOMMATION DE TABAC

TAG2D

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour, par semaine ou par mois pendant votre grossesse ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS AYANT ARRÊTÉ DE FUMER QUAND ELLE A APPRIS SA GROSSESSE ET NON-FUMEUSE ACTUELLEMENT

TAG3

Avez-vous recommencé à fumer après votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ENCEINTE OU MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS NON ADOPTÉ

TAG4

SI ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous suivent durant votre grossesse...

SI PAS ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous ont suivie durant votre dernière grossesse... vous ont-ils informée de l'impact éventuel de la consommation de tabac sur votre grossesse et sur votre enfant ?

1. Oui
2. Non

SI A FUMÉ OU FUME PENDANT SA GROSSESSE

TAG5

Et vous ont-ils donné l'un des conseils suivants concernant votre consommation de tabac ?

Si besoin, préciser « Le médecin, la sage-femme ou la personne qui vous suit ».

Prendre la réponse la plus « dure » : si répond 1 et 2, coder 1 ; si répond 2 et 3, coder 2.

1. Arrêter totalement de fumer
2. Diminuer votre consommation
3. Aucun conseil particulier
4. [Diminuer si n'arrive pas à arrêter]
5. [Diminuer en vue d'arrêter]

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

APPROVISIONNEMENT (B, E, F)

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARETTES EN PAQUET OU DE TABAC À ROULER

TAA11

La dernière fois, pour votre consommation personnelle, où avez-vous acheté votre paquet de cigarettes ou de tabac à rouler ?

Si dit « Bar-tabac », coder item 1. Si une autre personne a acheté à la place de l'interviewé(e), noter la réponse en fonction de cette personne.

1. Dans un bureau de tabac en France
2. Dans un pays limitrophe/frontalier (Espagne, Andorre, Monaco, Italie, Suisse, Allemagne, Luxembourg, Belgique)
3. Dans un autre pays
4. En duty-free
5. Par internet
6. Dans la rue
7. [Dans un autre lieu]
8. [N'en achète pas]

SI A ACHETÉ SON PAQUET DE CIGARETTES OU DE TABAC À ROULER DANS UN PAYS ÉTRANGER

TAA12

Et plus précisément dans quel pays l'avez-vous acheté ?

Ne pas citer.

1. Espagne
2. Andorre
3. Monaco
4. Italie
5. Suisse
6. Allemagne
7. Luxembourg
8. Belgique
9. Autre (préciser)

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARETTES EN PAQUET OU DE TABAC À ROULER

TAA11

Parlons maintenant de la dernière cigarette que vous avez fumée. Provenait-elle d'un paquet que vous aviez acheté ?

1. Oui
2. Non

SI DERNIÈRE CIGARETTE FUMÉE NE PROVENAIT PAS D'UN PAQUET ACHETÉ

TAA2

Provenait-elle d'un paquet que l'on vous avait ramené de l'étranger ?

1. Oui
2. Non

SI DERNIÈRE CIGARETTE FUMÉE NE PROVENAIT PAS D'UN PAQUET ACHETÉ ET NE PROVENAIT PAS DE L'ÉTRANGER

TAA3

Était-ce une cigarette que l'on vous avait donnée ou offerte ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

AIDE À L'ÉVALUATION DE LA CAMPAGNE « MOI(S) SANS TABAC »

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE)

TAMST1

SI INTERVIEW RÉALISÉE AVANT OCTOBRE 2021 Au cours des douze derniers mois,...

SI INTERVIEW RÉALISÉE À PARTIR D'OCTOBRE 2021 Depuis le mois d'octobre 2020, avez-vous essayé d'arrêter de fumer au moins vingt-quatre heures ?

1. Oui
2. Non

SI A ESSAYÉ D'ARRÊTER DE FUMER AU MOINS VINGT-QUATRE HEURES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS / DEPUIS OCTOBRE 2020

TAMST2

Avez-vous essayé d'arrêter de fumer au moins vingt-quatre heures au dernier trimestre 2020, c'est-à-dire entre octobre et décembre 2020 ?

1. Oui
2. Non

SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE) AYANT ARRÊTÉ DE FUMER APRÈS LE 1^{er} JANVIER 2021

TAMST2B

Vous nous avez déclaré ne plus fumer depuis < mois de l'arrêt - TA11MAM > 2021. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer au moins vingt-quatre heures au dernier trimestre 2020, c'est-à-dire entre octobre et décembre 2020 ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE) AYANT FAIT UNE TENTATIVE D'ARRÊT AU DERNIER TRIMESTRE 2020

TAMST2C

Quand avez-vous commencé cette tentative d'arrêt ?

Saisir le jour et le mois. Ne pas relancer sur le jour si NSP.

Minimum : 1^{er} janvier 2020 - Maximum : 31 décembre 2020.

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(INE) AYANT ARRÊTÉ APRÈS JANVIER 2021 ET AYANT FAIT UNE TENTATIVE D'ARRÊT LORS DU DERNIER TRIMESTRE 2020

TAMST3

Combien de temps êtes-vous resté(e) sans fumer lors de cette tentative d'arrêt effectuée entre octobre et décembre 2020 ?

Saisir la quantité.

Si nécessaire, vous pouvez répondre en heures, jours, semaines ou mois.

Si la réponse est donnée en heures, saisir « 0 jour ».

SI INTERVIEW RÉALISÉE AVANT OCTOBRE 2021 ET FUMEUR/
FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE AYANT
ARRÊTÉ IL Y A UN AN OU MOINS
SI INTERVIEW RÉALISÉE À PARTIR D'OCTOBRE 2021 ET FUMEUR/
FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE AYANT
ARRÊTÉ IL Y A 15 MOIS OU MOINS

TAMST4

Au cours du dernier trimestre 2020, SI INTERVIEW
RÉALISÉE À PARTIR D'OCTOBRE 2021 « je dis bien 2020 », il y
a eu la campagne « Moi(s) sans tabac ». En avez-vous
entendu parler que ce soit à la télé, à la radio, sur
internet, dans la presse ou par tout autre canal ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE « MOI(S) SANS TABAC »

TAMST6

À quelle fréquence avez-vous vu, ou entendu la
campagne « Moi(s) sans tabac » au dernier trimestre
2020 ?

1. Tous les jours
2. Pas tous les jours mais au moins une fois par
semaine
3. Moins d'une fois par semaine

SI A ENTENDU PARLER DE « MOI(S) SANS TABAC »

TAMST7

Vous êtes-vous inscrit en ligne à l'évènement « Moi(s)
sans tabac » en 2020 ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) AYANT FAIT UNE TENTATIVE
D'ARRÊT AU DERNIER TRIMESTRE 2020 ET AYANT ENTENDU PARLER
DE « MOI(S) SANS TABAC »

TAMST11

La tentative d'arrêt que vous avez faite au dernier
trimestre 2020 était-elle liée à la campagne « Moi(s)
sans tabac » ?

1. Oui
2. Non

SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) AYANT ARRÊTÉ
DE FUMER AU DERNIER TRIMESTRE 2020 ET AYANT ENTENDU
PARLER DE « MOI(S) SANS TABAC »

TAMST11B

Quand vous avez arrêté de fumer au dernier trimestre
2020, était-ce lié à la campagne « Moi(s) sans tabac » ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

E-CIGARETTE

Nous allons maintenant parler de la cigarette électronique.

ECIG11

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?

1. Oui
2. Non

SI N'A PAS ESSAYÉ

ECIG12

En avez-vous déjà pris ne serait-ce qu'une bouffée ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

ECIG3

Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG3B

Quel type de cigarette électronique utilisez-vous ?

1. Avec nicotine
2. Sans nicotine
3. Les deux

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG3C

Depuis combien de temps utilisez-vous la cigarette
électronique ?

Saisir le nombre puis l'unité [jours/semaines/mois/années].

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG5

À quelle fréquence utilisez-vous la cigarette
électronique ?

1. Tous les jours
2. Au moins une fois par semaine
3. Moins d'une fois par semaine

SI A ESSAYÉ ET N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT

ECIG6

Avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique de
manière quotidienne pendant au moins un mois ?

1. Oui
2. Non

SI EX-FUMEUR/FUMEUSE AYANT ARRÊTÉ IL Y A MOINS DE DIX ANS
UTILISANT ACTUELLEMENT LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU
L'AYANT DÉJÀ UTILISÉE QUOTIDIENNEMENT AU MOINS UN MOIS

ECIG93

La cigarette électronique vous a-t-elle aidé(e) à
arrêter de fumer ?

1. Oui, et sans autre aide
2. Oui, combinée à d'autres aides
3. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG94**

Avez-vous envie d'arrêter de vapoter ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 65 ANS**CANNABIS**

Nous allons maintenant parler du cannabis, c'est-à-dire du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, des joints ou du shit. Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes.

DI13

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

Si répond « du haschisch », « de la marijuana », « de l'herbe », « un joint » ou « du shit », coder Oui.

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS CONSOMMÉ DE CANNABIS**DI14**

En avez-vous déjà goûté ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS**DI15**

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

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS**DI18**

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

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ DU CANNABIS AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS**DI121**

Combien de fois au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis ?

Attention, on parle du nombre de jours. Pour les personnes déclarant en consommer plusieurs fois par jour tous les jours, coder 30. Si NSP, relancer par « Approximativement ».

ALCOOL

Parlons maintenant des boissons alcoolisées.

CONSOMMATION**SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS****AL11**

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 ?

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS BU DE BOISSONS ALCOOLISÉES**AL12**

Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS MÊME PEU ALCOOLISÉES**AL13A**

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu...

Si « Jamais » cité spontanément, coder directement item 5.

1. du vin (blanc, rosé, rouge) ?
2. de la bière ?
3. des alcools forts (vodka, pastis, whisky, punch, etc.) ?
4. d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc. ?
1. Tous les jours
2. Une ou plusieurs fois par semaine
3. Une ou plusieurs fois par mois
4. Moins souvent
5. Jamais

POUR CHAQUE TYPE D'ALCOOL, SI A RÉPONDU « UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE »**AL13B**

Et est-ce plutôt...

1. quatre à six fois par semaine ?
2. deux ou trois fois par semaine ?
3. une fois par semaine ?

POUR CHAQUE TYPE D'ALCOOL, SI A RÉPONDU « UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS »**AL13C**

Et est-ce plutôt...

1. deux ou trois fois par mois ?
2. une fois par mois ?

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

AL14

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, les jours où vous buvez, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Si besoin, relancer par : « Le plus souvent, les jours où vous buvez de l'alcool ».

Si hésitation entre deux nombres de verres, prendre le plus élevé. Si « Une gorgée », coder 0.

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

AL15

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence vous est-il arrivé de boire six verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion ?

1. Jamais
2. Moins d'une fois par mois
3. Une fois par mois
4. Une fois par semaine
5. Tous les jours ou presque

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS ET NON FEMME ENCEINTE OU ÂGÉ(E) DE 76 À 85 ANS

AL7J1

Avez-vous bu une boisson alcoolisée au cours des sept derniers jours ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS

AL7J2

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous bu une boisson alcoolisée ?

Saisir le nombre de jours. Si « Tous les jours », noter 7.

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU MOINS DEUX JOURS

AL7J3

Lors de ces < nombre de jours – AL7J2 > jours, avez-vous bu...

1. plus d'alcool l'un de ces jours ?
2. ou à peu près autant chaque jour ?

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR OU SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION

AL7J4

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR Quel jour de la semaine était-ce (week-end compris) ?

SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION Quel est le jour de la semaine passée où vous avez consommé le plus de boissons alcoolisées (week-end compris) ?

Ne pas citer.

1. Lundi
2. Mardi
3. Mercredi
4. Jeudi
5. Vendredi
6. Samedi
7. Dimanche

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS

AL7J5A

SI A CONSOMMÉ AUTANT CHAQUE JOUR, TOUS LES JOURS Hier, **SI A CONSOMMÉ AUTANT CHAQUE JOUR DE CONSOMMATION, PAS TOUS LES JOURS** La dernière fois que vous avez bu, **SI A CONSOMMÉ PLUS UN JOUR** < jour de la semaine – AL7J4 > dernier, combien de verres de boissons alcoolisées avez-vous bus, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION

AL7J6

Et les autres jours de la semaine où vous avez bu, en moyenne, combien de verres avez-vous bus par jour ?

SI FEMME ENCEINTE OU SI MÈRE D'ENFANT DE CINQ ANS OU MOINS

CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE

SI MÈRE D'UN ENFANT DE CINQ ANS OU MOINS NON ENCEINTE

ALGR01

Lors de votre dernière grossesse, et après que vous avez su que vous étiez enceinte, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 4 SI N'A JAMAIS CONSOMMÉ D'ALCOOL**

1. Une fois par semaine ou plus souvent
2. Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
3. Uniquement pour les grandes occasions
4. Jamais

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL LORS DE SA DERNIÈRE GROSSESSE

ALGR02

En général, combien de verres de boissons alcoolisées avez-vous bus les jours où vous en avez bus ?

Saisir le nombre de verres ou indiquer « Seulement quelques gorgées ».

ALGR03

SI FEMME ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous suivent durant votre grossesse...

SINON Le médecin ou la sage-femme qui vous ont suivie durant votre dernière grossesse... vous ont-ils informée de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur votre grossesse et sur votre enfant ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS, NON FEMME ENCEINTE

NOTORIÉTÉ DES REPÈRES ET RISQUES (E)

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS

ALCR4

Avez-vous envie de réduire votre consommation d'alcool ?

1. Oui
2. Non

Nous allons maintenant aborder les risques pour la santé liés à la consommation d'alcool en général, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool.

ALCR2

À votre avis, sur une journée, quel est le nombre maximum de verres d'alcool à ne pas dépasser, pour limiter les risques pour sa santé ?

Saisir le nombre de verres par jour.

ALCR3

À votre avis, combien de jours par semaine peut-on boire de l'alcool sans prendre trop de risques pour sa santé ?

Saisir le nombre de jours par semaine.

ALCR1

Dites-moi si vous êtes d'accord avec la proposition : la consommation de boissons alcoolisées peut augmenter le risque de cancer ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

NOTORIÉTÉ « JANVIER SANS ALCOOL » (E)

ALJANV1

Au cours du mois de janvier de cette année, des associations ont lancé un défi qui consiste à ne pas boire d'alcool pendant un mois. En avez-vous entendu parler, que ce soit à la télé, à la radio, sur internet, dans la presse ou par un autre moyen ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE « JANVIER SANS ALCOOL » ET A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS ET NON FEMME ENCEINTE

ALJANV2

Au cours du mois de janvier, avez-vous modifié votre consommation d'alcool en lien avec ce défi ?

1. Oui
2. Non

SI A MODIFIÉ SA CONSOMMATION D'ALCOOL EN LIEN AVEC LE DÉFI

ALJANV3

En lien avec ce défi,

Si la personne ne se positionne pas sur les deux premiers items ou ne donne pas spontanément un des items 3 à 5, relancer sur la question initiale.

Si nécessaire : « Vous avez diminué votre consommation » signifie que vous avez bu moins souvent ou moins de verres lorsque vous avez bu.

1. vous n'avez pas bu d'alcool pendant tout le mois de janvier ?
2. vous avez diminué votre consommation d'alcool au mois de janvier ?
3. [N'a consommé qu'à une ou deux occasions]
4. [A tenu plusieurs jours mais a repris une consommation habituelle]
5. [A augmenté sa consommation]

SI A ARRÊTÉ OU DIMINUÉ SA CONSOMMATION D'ALCOOL EN JANVIER

ALJANV4

Et aujourd'hui, avez-vous repris votre consommation habituelle ?

1. Oui, vous buvez autant qu'avant
2. Non, vous buvez moins qu'avant
3. Non, vous buvez plus qu'avant

VACCINATION

Pour continuer, je vais vous poser quelques questions sur la vaccination.

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

VA1

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

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

VA2

Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

1. Oui
2. Non
3. [Oui, à toutes les vaccinations en général]

SI DÉFAVORABLE À CERTAINES VACCINATIONS

VA3

Lesquelles ?

Ne pas citer. Relancer autant que nécessaire (sauf pour item de réponse 28) par « À quelles autres vaccinations êtes-vous défavorable en particulier ? ». Si « Hépatite » citée seule, relancer par « Laquelle ? » ; si la personne interrogée cite spontanément « Vaccin contre le cancer du col de l'utérus », coder item 4. Si l'enquêté(e) dit être opposé(e) à un ou plusieurs vaccins COVID (Astrazeneca par exemple), relancer par « Uniquement à ce(s) vaccin(s) ou à tous les vaccins contre le COVID ? » Si « Oui à tous les vaccins COVID », coder item 1 « COVID-19 », si « Non », coder item 27 « Autres vaccinations » et saisir en clair le(s) vaccin(s) spécifique(s).

1. COVID-19 - Coronavirus
2. Grippe - Grippe saisonnière
3. Hépatite B
4. HPV – Papillomavirus
5. BCG - Tuberculose
6. Choléra
7. Coqueluche
8. DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
9. DTTPC (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche)/Tétravalent
10. Fièvre jaune
11. Gastroentérite (Rotavirus)
12. Grippe A(H1N1)
13. Hépatite A
14. Hexavalent (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-Hib-VHB)
15. Méningite (sans précision) (Haemophilus influenzae B)
16. Méningocoque/méningite à méningocoque C
17. Oreillons
18. Pentavalent (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-Hib)
19. Pneumocoque
20. Poliomyélite
21. ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)
22. Rougeole
23. Rubéole
24. Tétanos
25. Varicelle
26. Variole
27. Autres vaccinations (préciser)
28. [À toutes, aux vaccinations en général]

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

VA4 (E)

Avez-vous entendu parler, ne serait-ce que de nom, du site internet vaccination-info-service.fr ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE « VACCINATION-INFO-SERVICE.FR »

VA4BIS

L'avez-vous déjà consulté ?

1. Oui
2. Non

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 0 À 3 ANS

VA5

Avez-vous entendu parler des vaccinations obligatoires pour les enfants, mises en place depuis le 1^{er} janvier 2018 ?

1. Oui, et vous savez de quoi il s'agit
2. Oui, mais vous ne savez pas précisément de quoi il s'agit
3. Non

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 0 À 3 ANS

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, onze vaccins sont **SI SAIT DE QUOI IL S'AGIT < donc >** désormais obligatoires contre trois auparavant.

VA6

Aujourd'hui, pensez-vous que l'obligation de réaliser ces onze vaccins soit une bonne mesure ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 35 ANS OU SI PARENT D'ENFANT DE 11 À 14 ANS OU SI PARENT DE FILLES DE 15 À 18 ANS OU SI AGÉ(E) DE 65 À 85 ANS OU SI MÈRE D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS

Nous allons aborder quelques vaccinations spécifiques.

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 35 ANS

VA10

Êtes-vous vacciné(e) contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (vaccination ROR) ?

Si la personne déclare « Je ne sais pas si je le suis encore », coder item 1.

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS VACCINÉ(E) CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS, LA RUBÉOLE

VA11

Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas vacciné(e) contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin

3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas qu'il/elle devait être vacciné(e)
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. A déjà eu l'une de ces maladies
16. Autres raisons (préciser)

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 11 À 14 ANS

VA12

Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination contre le méningocoque C ?

1. Oui
2. Non

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 11 À 14 ANS

Il s'agit de la vaccination contre des infections qui peuvent être responsables de méningites. C'est une vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans.

VA13

POUR CHAQUE ENFANT DE 11 À 14 ANS < Prénom de l'enfant – CF2 >, < âge de l'enfant – CF5 >, est-il/elle vacciné(e) contre le méningocoque C ?

Si la personne déclare « Je ne sais pas s'il/si elle l'est encore », coder item 2.

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

SI AU MOINS UN ENFANT NON VACCINÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE C

VA14

Pour quelle(s) raison(s) < prénom de l'enfant – CF2 >, < âge de l'enfant – CF5 > n'est-il/elle pas vacciné(e) contre le méningocoque C ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

→ QUESTION POSÉE À PROPOS D'UN SEUL ENFANT. SI PLUSIEURS ENFANTS NON VACCINÉS, LE PLUS ÂGÉ D'ENTRE EUX EST SÉLECTIONNÉ

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le préoccupe pas
12. Ne sait pas que l'enfant devait être vacciné
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. Autres raisons (préciser)

SI PARENT DE FILLE(S) DE 15 À 18 ANS

VA15

Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination HPV contre les papillomavirus ?

1. Oui
2. Non

SI N'EN A PAS ENTENDU PARLER

VA16

Il s'agit de la vaccination contre les virus responsables du cancer du col de l'utérus, en avez-vous déjà entendu parler ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE LA VACCINATION HPV OU DE LA VACCINATION CONTRE LES VIRUS RESPONSABLES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

VA17

POUR CHAQUE FILLE DE 15 À 18 ANS Selon vous, < Prénom de la fille – CF2 >, < âge de la fille – CF5 > est-elle vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV ?

1. Oui
2. Non

SI AU MOINS UNE FILLE NON VACCINÉE CONTRE LES HPV

VA18

Pour quelles raisons votre fille < Prénom de la fille – CF2 >, < âge de la fille – CF5 > n'est-elle pas vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

→ **QUESTION POSÉE POUR UNE SEULE FILLE. SI PLUSIEURS NON VACCINÉES, LA PLUS ÂGÉE EST SÉLECTIONNÉE**

1. N'est pas allée voir un médecin pour cela/pas suivie par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concernée/pas à risques
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas que sa fille devait être vaccinée
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. Le frottis/le dépistage suffit
16. Autres raisons (préciser)

SI ÂGÉ(E) DE 65 À 85 ANS

VA19

Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe lors de l'hiver 2020-2021 ?

1. Oui
2. Non
3. [Dit être vacciné(e) avec de l'homéopathie]

SI N'A PAS ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LA GRIPPE LORS DE L'HIVER 2020-2021

VA20

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas été vacciné(e) contre la grippe ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas qu'il/elle devait être vacciné(e)
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. Impossible de se le procurer, en rupture
16. Autres raisons (préciser)

SI MÈRE D'ENFANT(S) DE 0 À 2 ANS

VA21

Lorsque vous étiez enceinte de < prénom de l'enfant le plus jeune du foyer – CF2 >, un médecin ou une sage-femme vous ont-ils recommandé de vous faire vacciner contre la grippe ?

1. Oui
2. Non
3. [Pas de grossesse, enfant adopté]

SI MÈRE D'ENFANT(S) DE 0 À 2 ANS NON ADOPTÉ(S)

VA22

Avez-vous été vaccinée contre la grippe pendant cette grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME NE LUI ONT PAS RECOMMANDÉ DE SE FAIRE VACCINER CONTRE LA GRIPPE ET QU'ELLE N'A PAS ÉTÉ VACCINÉE CONTRE LA GRIPPE PENDANT CETTE GROSSESSE

VA23

Pouvez-vous m'indiquer le mois de naissance de votre enfant le plus jeune ?

Ne pas citer.

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

ALIMENTATION

Nous allons maintenant parler de votre alimentation.

ALI1

Habituellement, en dehors des pommes de terre, mangez-vous des légumes chaque jour ?

Les crudités et les soupes sont comprises. Les légumes secs ne sont pas compris.

Les tomates, le maïs, les petits pois sont considérés comme des légumes.

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR**ALI2**

Combien en mangez-vous par jour ?

On parle de portions (crudités, accompagnement d'un plat, soupe...).

Si dit en manger en entrée et dans le plat principal, coder 2.

Les tomates, le maïs, les petits pois sont considérés comme des légumes.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR**ALI3**

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR

Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR** 4 à 6 fois par semaine
2. **SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR** Au moins 4 fois par semaine
3. 2 à 3 fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI4

Habituellement, consommez-vous des fruits chaque jour ?

Cela n'inclut pas les jus de fruits. Les compotes, salades de fruits et les tartes aux fruits sont comprises.

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES FRUITS CHAQUE JOUR**ALI5**

Combien en mangez-vous par jour ?

On parle de portions (un fruit, une compote ou une salade de fruits...).

Si dit en manger dans le plat principal et en dessert, coder 2.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR**ALI6**

SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FRUITS CHAQUE JOUR

Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR** Quatre à six fois par semaine

2. SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FRUITS CHAQUE

JOUR Au moins quatre fois par semaine

3. Deux à trois fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI7

Habituellement, consommez-vous des féculents complets - comme du pain complet, des pâtes complètes ou du riz complet - chaque jour ?

Si la personne dit spontanément « Semi-complets », considérer comme complet. Le riz brun est considéré comme du riz complet.

1. Oui
2. Non

SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR**ALI8**

SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR

Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FÉCULENTS COMPLETS

CHAQUE JOUR Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR** Quatre à six fois par semaine
2. **SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR** Au moins quatre fois par semaine
3. Deux à trois fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI10

Habituellement, mangez-vous des légumes secs - comme des lentilles, pois chiches, haricots secs - chaque semaine ?

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE**ALI11**

Combien en mangez-vous par semaine ?

Ne pas citer.

1. Une fois par semaine
2. Deux fois par semaine
3. Trois fois par semaine
4. Quatre fois par semaine et plus

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE SEMAINE**ALI12**

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE Combien de fois en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES SECS CHAQUE

SEMAINE Approximativement, combien de fois en mangez-vous ?

1. Deux à trois fois par mois
2. Une fois par mois ou moins
3. Jamais

ALI9

Habituellement, consommez-vous des boissons sucrées, c'est-à-dire du jus de fruits, du sirop ou des sodas même light, tous les jours ?

Les fruits pressés sont considérés comme des boissons sucrées.

1. Oui
2. Non

SI CONSOMME DES BOISSONS SUCRÉES TOUS LES JOURS

ALI9B

Combien de verres en consommez-vous par jour ?

Ne pas citer. Si la personne déclare spontanément boire des canettes ou de très grands verres (supérieurs à 250ml), cela compte double ; par exemple, 1 canette, coder 2. Si la personne déclare boire 1 litre ou plus de boissons sucrées dans la journée, coder 5 verres par jour et plus.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

ALI13

Habituellement, vous consommez des aliments bio...

Si nécessaire, « bio » : contenant moins de produits chimiques, comme des pesticides.

Peu importe le nombre d'aliments consommés : une personne indiquant manger un seul aliment bio tous les jours sera codé « tous les jours ou presque ».

Si déclare consommer des produits du jardin, il faut qu'ils ne soient pas traités avec des produits chimiques.

Si la personne ne fait pas de courses et se fait livrer (personnes âgées notamment), coder NSP.

1. tous les jours ou presque ?
2. souvent ?
3. rarement ?
4. jamais ?

ALI14 (C)

Lisez-vous la liste d'additifs sur les emballages des aliments industriels que vous achetez ?

Si nécessaire, préciser : les additifs alimentaires sont des substances ajoutées intentionnellement aux aliments et indiquées dans la liste des ingrédients par la lettre E, ou bien par leur fonction (par exemple colorants, émulsifiants, conservateurs, agents de texture).

Si déclare utiliser l'appli Yuka, coder 1.

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas ce que c'est]
4. [N'achète pas d'aliments industriels]

SI LIT LA LISTE DES ADDITIFS

ALI15

Pour quelle raison lisez-vous la liste d'additifs sur les emballages (ou utilisez-vous Yuka) ?

1. Vous évitez de consommer certains additifs spécifiques
2. Vous évitez de consommer des additifs en général
3. Vous les lisez mais ce n'est pas un critère de choix de produit pour vous
4. Autre (préciser)

SI NE LIT PAS LA LISTE DES ADDITIFS

ALI16

Pour quelles raisons ne lisez-vous pas la liste d'additifs sur les emballages ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Cela ne m'intéresse pas
2. Vous n'arrivez pas à les lire
3. Vous ne savez pas ce que c'est
4. Vous n'achetez généralement pas d'aliments industriels
5. Autre (préciser)

Parlons maintenant de vos habitudes alimentaires.

ALI17

Avez-vous une habitude alimentaire spécifique de type végétarien ou vegan ?

Si la personne déclare spontanément être végétalien ou flexitarien, coder 1.

1. Oui
2. Non

SI A UNE HABITUDE ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

ALI18

Quel type d'habitude précisez-vous ?

Ne pas citer.

1. Végétarien
2. Végétalien
3. Flexitarien
4. Vegan
5. Autre

ALI19 (C)

Mangez-vous sans gluten ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES (C)**RAS1**

À votre avis, combien de fruits et légumes faut-il consommer par jour ou par semaine pour être en bonne santé ?

RAS4

À votre avis, pour être en bonne santé, faut-il manger des légumes secs, c'est-à-dire des lentilles, pois chiches, haricots secs... tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE QU'IL NE FAUT PAS MANGER DE LÉGUMES SECS TOUS LES JOURS

RAS4B

À votre avis, pour être en bonne santé, combien de jours par semaine faut-il en manger ?

Si « Moins d'une fois par semaine », saisir 0.

RAS7

À votre avis, pour être en bonne santé, faut-il manger des féculents complets, comme du pain complet, des pâtes complètes ou du riz complet tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE QU'IL NE FAUT PAS MANGER DES FÉCULENTS COMPLETS TOUS LES JOURS

À votre avis, pour être en bonne santé, combien de jours par semaine faut-il en manger ?

Si « Moins d'une fois par semaine », saisir 0.

RAS10

Pour rappel, les boissons sucrées comprennent les jus de fruits, le sirop, ou les sodas même light.

À votre avis, à combien de boissons sucrées par jour doit-on se limiter pour éviter les problèmes de santé ?

Si nécessaire : « Fruits pressés compris ».

1. Au maximum, trois par jour
2. Deux par jour
3. Une par jour
4. Moins d'une par jour

INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE (D)**INFALO**

Chez vous, vous arrive-t-il de faire la cuisine, ne serait-ce que de temps en temps ?

1. Oui
2. Non

S'IL LUI ARRIVE DE FAIRE LA CUISINE

INFAL1

À quelle fréquence vous lavez-vous les mains avant de faire la cuisine ?

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

S'IL LUI ARRIVE DE FAIRE LA CUISINE ET SI PLUS D'UNE PERSONNE DE 14 ANS ET PLUS DANS LE FOYER

INFAL2

Lorsque vous avez des symptômes de gastro-entérite (diarrhée ou vomissements), faites-vous la cuisine aussi souvent que d'habitude ?

1. Oui
2. Non
3. [Non concerné(e) : vous n'avez jamais eu de gastro-entérite ou pas ces dernières années]

S'IL LUI ARRIVE DE FAIRE LA CUISINE

INFAL3

Dans votre cuisine, avez-vous une planche à découper uniquement pour les aliments crus et une autre planche uniquement pour les aliments cuits ?

Si la personne déclare utiliser le recto d'une planche pour le cru et le verso pour le cuit, coder 2.

1. Oui (2 planches : une pour le cru, l'autre pour le cuit)
2. Non
3. [Non concerné(e) : n'utilise pas de planche à découper]

SI ÂGÉ(E) DE 75 À 85 ANS

INFAL4

Vous arrive-t-il de consommer des fromages à pâte molle ou pâte pressée non cuite type camembert, reblochon, Saint-Nectaire, morbier, chèvre... ?

Que ce soit chez vous, au restaurant, dans des repas de famille...

1. Tous les jours
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais

SI CONSOMME DES FROMAGES À PÂTE MOLLE OU PRESSÉE NON CUITE

INFAL5

Parmi ces fromages que vous consommez, est-ce-que certains sont au lait cru ?

Si mange au moins un fromage au lait cru, coder 1.

1. Oui
2. Non

SI CERTAINS DE CES FROMAGES SONT AU LAIT CRU

INFAL6

À quelle fréquence consommez-vous ce type de fromages à pâte molle au lait cru ?

1. Tous les jours
2. Souvent
3. Parfois

SI ÂGÉ(E) DE 75 À 85 ANS

INFAL7

Vous arrive-t-il de consommer de la viande hachée peu cuite ou crue, c'est-à-dire de la viande rose ou rouge à l'intérieur ?

Que ce soit chez vous, au restaurant, dans des repas de famille...

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 12 ANS OU MOINS

INFAL8

À propos de votre enfant < prénom de l'enfant - CF2 >, < âge de l'enfant - CF5 >, vous arrive-t-il de lui donner ou de lui faire goûter des fromages à pâte molle ou pâte pressée non cuite type camembert, reblochon, Saint-Nectaire, morbier, chèvre..., même en petite quantité ?

Que ce soit chez vous, au restaurant, dans des repas de famille...

Uniquement pour les repas pris en compagnie des parents ou de la famille proche (grands-parents).

→ QUESTION POSÉE À UN SEUL ENFANT. SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS, LE PLUS JEUNE EST SÉLECTIONNÉ

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais
4. **SI L'ENFANT A MOINS D'UN AN** Vous n'avez pas commencé la diversification alimentaire pour < prénom de l'enfant - CF2 >

SI DONNE OU FAIT GOÛTER DES FROMAGES À PÂTE MOLLE OU PRESSÉE NON CUITE

INFAL9

Parmi ces fromages que vous lui donnez, est-ce-que certains sont au lait cru ?

Si mange au moins un fromage au lait cru, coder 1.

1. Oui
2. Non

SI CERTAINS DE CES FROMAGES SONT AU LAIT CRU

INFAL10

À quelle fréquence lui donnez-vous ce type de fromages à pâte molle au lait cru ?

1. Tous les jours
2. Souvent
3. Parfois

SI CERTAINS DE CES FROMAGES SONT AU LAIT CRU

INFAL11

À quel âge avez-vous commencé à donner ces fromages au lait cru à votre enfant < prénom de l'enfant - CF2 > de < âge de l'enfant - CF5 > ?

→ RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 1 SI L'ENFANT A MOINS D'UN AN

1. Avant 1 an
2. **SI ENFANT ÂGÉ DE UN AN** À partir de 1 an
3. **SI ENFANT ÂGÉ DE PLUS D'UN AN** Entre 1 an et 2 ans
4. **SI ENFANT ÂGÉ DE 2 ANS** À partir de 2 ans
5. **SI ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 2 ANS** Entre 2 ans et 3 ans
6. **SI ENFANT ÂGÉ DE 3 ANS À MOINS DE 6 ANS** À partir de 3 ans
7. **SI ENFANT ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS** Entre 3 ans et 6 ans
8. **SI ENFANT ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS** À partir de 6 ans

SI PARENTS D'ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS ET AYANT COMMENCÉ LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

INFAL12

Toujours à propos de votre enfant < prénom de l'enfant - CF2 > de < âge de l'enfant - CF5 >, vous arrive-t-il de lui donner de la viande hachée peu cuite ou crue, c'est-à-dire de la viande rose ou rouge à l'intérieur ?

Que ce soit chez vous, au restaurant, dans des repas de famille...

Uniquement pour les repas pris en compagnie des parents ou de la famille proche (grands-parents).

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

Nous allons parler d'activité physique. Cela inclut toutes les activités que vous faites au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements, ou encore pendant votre temps libre. Nous distinguerons les activités intenses des activités modérées.

APS1

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques intenses ? Il s'agit d'activités physiques qui vous ont demandé un effort physique important et qui vous ont fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement.

Si nécessaire : « Comme bêcher son jardin, faire du jogging, du step, jouer au football... ». Inclure un effort physique peu important mais ressenti comme intense par la personne (entraînant une respiration difficile du fait d'un problème de santé par exemple).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

Noter le nombre de jours par semaine. Si moins d'un jour, coder 0.

SI A PRATiqué AU MOINS UN JOUR DES ACTIVITÉS PHYSIQUES INTENSES**APS2**

En moyenne, combien de temps avez-vous pratiqué ces activités au cours d'une journée ?

Il s'agit de la durée moyenne quotidienne et non de la durée totale sur la semaine. Si la réponse donnée est supérieure à deux heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée de pratique.

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

1. En heure(s)
2. En minute(s)

APS3

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques modérées ? Il s'agit d'activités physiques qui vous ont demandé un effort physique modéré et qui vous ont fait respirer un peu plus difficilement que normalement.

Si nécessaire : « Comme faire du vélo, de la marche rapide ou passer l'aspirateur ». Inclure toute activité sportive citée ouvertement même si la personne déclare ne pas forcément respirer plus difficilement (natation, aquagym, footing...). Inclure les activités physiques réalisées dans le cadre d'une rééducation (kiné).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

Noter le nombre de jours par semaine. Si moins d'un jour, coder 0.

SI A PRATiqué AU MOINS UN JOUR DES ACTIVITÉS PHYSIQUES MODÉRÉES**APS4**

En moyenne, combien de temps avez-vous pratiqué ces activités au cours d'une journée ?

Il s'agit de la durée moyenne quotidienne et non de la durée totale sur la semaine. Si la réponse donnée est supérieure à trois heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée de pratique.

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

1. En heure(s)
2. En minute(s)

APS5

Au cours des sept derniers jours, avez-vous réalisé des activités de renforcement musculaire, comme par exemple porter des charges lourdes, faire des exercices de musculation, du travail avec des poids ou des abdos-fessiers ?

Inclure les activités de renforcement musculaire en piscine (aquagym) et les activités de type pilates, yoga... Inclure les activités de renforcement musculaire réalisées dans le cadre d'une rééducation (kiné).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

1. Oui
2. Non

SI A RÉALISÉ DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE**APS5B**

Combien y a-t-il eu de jours où vous avez réalisé de telles activités ?

Si nécessaire, préciser « Nombre de jours parmi les sept derniers jours ».

APS6

En moyenne, combien de temps passez-vous assis(e) un jour de semaine (hors week-end) ? Considérez bien toutes les situations où il vous arrive d'être assis(e) :

SI EN EMPLOI, APPRENTI(E) OU EN STAGE RÉMUNÉRÉ < au travail, > dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs.

Inclure le temps passé en position allongée ou semi-allongée (en dehors du temps de sommeil) comme lire ou regarder la télévision, couché sur son canapé.

Si la réponse donnée est supérieure à 18 heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée en dehors du temps de sommeil (confirmation ou modification de la réponse).

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ». Si déclare une mobilité réduite ou être en fauteuil roulant, coder l'item spécifique.

1. En heure(s)
2. En minute(s)
3. [Déclare une mobilité réduite/fauteuil roulant]

APS7

S'il vous arrive de rester longtemps assis(e), à quelle fréquence vous levez-vous pour marcher un peu ?

Ne pas citer.

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 8 SI DÉCLARE UNE MOBILITÉ RÉDUITE EN APS6**

1. Plus souvent que toutes les demi-heures (toutes les 10 minutes, tous les quarts d'heure)
2. Toutes les demi-heures
3. Toutes les heures
4. Entre 1 heure et 2 heures (si dit 1h30 par exemple)
5. Toutes les 2 heures
6. Moins souvent
7. Vous ne vous levez pas
8. [Déclare une mobilité réduite/fauteuil roulant]

APS9

Combien de temps passez-vous en moyenne devant un écran chaque jour **SI EN EMPLOI, APPRENTI(E) OU EN STAGE RÉMUNÉRÉ < hors activités professionnelles > ?**

Considérez bien tous les types d'écran tels que la télévision, l'ordinateur, la tablette, le smartphone et toutes les situations, c'est-à-dire dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs.

Si la réponse donnée est supérieure à 18 heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée (confirmation ou modification de la réponse).

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ». Si déclare ne pas avoir d'écran, coder l'item spécifique.

1. En heure(s)
2. En minute(s)
3. [N'a pas d'écran]

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

RECOMMANDATIONS ACTIVITÉ PHYSIQUE/SÉDENTARITÉ (C)

RAPS1

À votre avis, combien de temps par jour faut-il faire de l'activité physique pour être en bonne santé ?

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

1. En heure(s)
2. En minute(s)

RAPS2

Et selon vous, à quelle intensité est-il recommandé de faire cette activité physique ?

1. L'activité doit entraîner un essoufflement
2. L'activité doit être sans essoufflement
3. Peu importe l'intensité

RAPS4

À votre avis, combien de jours par semaine est-il recommandé de faire des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre ?

Si nécessaire, préciser « Pour être en bonne santé ».

SI N'EST PAS EN MOBILITÉ RÉDUITE /FAUTEUIL ROULANT

RAPS5

De manière générale, pensez-vous que vous restez trop longtemps assis(e) pendant la journée ?

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS EN MOBILITÉ RÉDUITE /FAUTEUIL ROULANT

RAPS6

À votre avis, lorsqu'on reste assis longtemps, au bout de combien de temps est-il recommandé de se lever pour marcher un peu ?

Ne pas citer.

1. Plus souvent que toutes les demi-heures (toutes les 10 minutes, tous les quarts d'heure)
2. Toutes les demi-heures
3. Toutes les heures
4. Entre 1 heure et 2 heures
5. Toutes les 2 heures
6. Moins souvent

SI RESTE ASSIS(E) EN MOYENNE TROIS HEURES OU PLUS PAR JOUR ET SI N'EST PAS EN MOBILITÉ RÉDUITE /FAUTEUIL ROULANT

RAPS7

Vous semble-t-il possible de réduire le temps que vous passez assis(e) dans la journée ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI SE LÈVE MOINS SOUVENT QUE TOUTES LES DEUX HEURES QUAND RESTE ASSIS(E) DE FAÇON PROLONGÉE

RAPS8

Vous semble-t-il possible de vous lever pour marcher un peu au moins toutes les 2 heures lorsque vous restez assis(e) pendant un temps prolongé ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SANTÉ GÉNÉRALE

Nous allons maintenant parler de votre santé, que ce soit de votre santé physique ou de votre moral.

SG1

Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

SG2

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

SG3

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

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

SG4

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez diabétique ?

1. Oui
2. Non

SGTAILLE

Quelle est votre taille ?

Noter la réponse en cm. Exemple : si 1m80 saisir 180.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

→ MINIMUM 70 – MAXIMUM 250

SGPOIDS

SI ENCEINTE Quel était votre poids avant la grossesse ?

SINON Quel est votre poids ?

Noter la réponse en kg. Si la personne hésite, ne pas relancer mais saisir le plus grand poids.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

→ MINIMUM 20 – MAXIMUM 250

SI ÂGÉ(E) DE 40 ANS OU PLUS

AIDE (E, F)

Apportez-vous des soins ou de l'aide, au moins une fois par semaine, à une personne souffrant de problèmes liés à l'âge, ou souffrant d'une maladie chronique ou d'une infirmité ?

1. Oui, à une personne
2. Oui, à plusieurs personnes
3. Non

SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)

PATHOLOGIES

PATHO1

Je vais vous citer différents problèmes de santé. Si au cours des douze derniers mois vous avez eu l'un de ces problèmes, dites le moi.

Si besoin : il faut que le médecin l'ait diagnostiqué, pas forcément au cours des douze derniers mois. La personne peut avoir été ou être actuellement traitée pour cette maladie ou ce problème.

Citer en marquant un temps d'arrêt après chaque item. Plusieurs réponses possibles.

1. Hypertension artérielle
2. Angine de poitrine ou infarctus du myocarde
3. Accident vasculaire cérébral ou attaques cérébrales (avec ou sans séquelles)
4. Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)
5. Trouble du rythme cardiaque
6. Cancer d'un organe ou du sang
7. Bronchite chronique, emphysème, BPCO
8. Asthme
9. Baisse de l'audition
10. Troubles de la vue, non corrigés par des lunettes

11. Cirrhose du foie
12. Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
13. Dépression
14. Anxiété
15. Lombalgie, mal au dos
16. Arthrose des membres
17. Ostéoporose
18. Insuffisance rénale
19. Handicap physique suite à un accident ou une maladie
20. [Aucun problème]

SI DÉCLARE UN CANCER

PATHO2

De quel cancer s'agit-il ?

Ne pas citer ; plusieurs réponses possibles.

1. Cancer de la peau (sauf mélanome)
2. Autre cancer

SI DÉCLARE UNE MALADIE CHRONIQUE

PATHO3

Y a-t-il d'autres problèmes de santé non cités pour lesquels vous avez été diagnostiqué(e) et pour lesquels vous avez eu des soins ou besoin de médicaments ou d'un appareillage au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI DÉCLARE UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ

PATHO4

De quel(s) problème(s) de santé s'agit-il ?

Ne pas citer ; plusieurs réponses possibles.

1. Parkinson
2. Sclérose en plaque
3. Polyarthrite rhumatoïde
4. Autre (préciser)

COVID-19

Compte tenu du contexte actuel marqué par l'épidémie de COVID-19, nous souhaiterions vous poser quelques questions sur votre vécu de cette épidémie.

COV1

Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des symptômes ou des signes de maladie qui vous ont fait penser au Coronavirus (COVID-19) ?

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

SI A DÉJÀ EU DES SYMPTÔMES

COV2

Quand était-ce **SI PLUSIEURS FOIS** < la dernière fois > ?

Demander uniquement le mois/l'année.

1. En année **2020 À 2021**
2. En mois **1 À 12**

SI A DÉJÀ EU DES SYMPTÔMES

COV3

Avez-vous été testé(e) pour le Coronavirus suite...

SI SYMPTÔMES UNE SEULE FOIS à ces symptômes ?

SI SYMPTÔMES PLUSIEURS FOIS aux derniers symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI PLUSIEURS FOIS DES SYMPTÔMES ET N'A PAS ÉTÉ TESTÉ(E) POUR LES DERNIERS SYMPTÔMES

COV4

Avez-vous déjà été testé(e) pour le Coronavirus lors des précédents symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI N'A PAS EU DE SYMPTÔMES

COV4BIS

Avez-vous déjà été testé(e) pour le Coronavirus ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI TESTÉ(E) SUITE AUX SYMPTÔMES OU AUX DERNIERS SYMPTÔMES

COV5

Quel était le résultat de ce test ?

Si déclare avoir fait plusieurs tests pour ces symptômes, coder Positif si l'un a été positif.

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Positif
2. Négatif

SI (PLUSIEURS SYMPTÔMES MAIS NON TESTÉ(E) POUR LE DERNIER MAIS DÉJÀ TESTÉ(E) POUR DE PRÉCÉDENTS) OU SI (PLUSIEURS SYMPTÔMES MAIS TESTÉ(E) NÉGATIF/NÉGATIVE POUR LE DERNIER)

COV5BIS

Avez-vous déjà eu un test positif suite à de précédents symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI PERSONNE TESTÉE SANS SYMPTÔMES

COV5TER

Avez-vous déjà eu un test positif ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ(E) POSITIF/POSITIVE

COV6

Connaissez-vous le lieu où vous avez pu être contaminé(e) ?

On parle de la contamination pour laquelle vous avez été testé positif/positive.

1. Oui, vous en êtes sûr(e)
2. Oui, mais vous en êtes pas tout à fait sûr(e)
3. Non, pas vraiment
4. [NSP]

SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION

COV7

Parmi les lieux suivants, quels sont ceux, selon vous, où vous avez pu être contaminé(e) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Sur votre lieu d'études
2. Sur votre lieu de travail
3. Chez vous, chez des amis ou de la famille
4. Lors d'une activité sportive
5. Dans un lieu de culte
6. En faisant vos courses, dans un commerce (où vous étiez comme client(e))
7. Lors d'un rassemblement sportif ou d'un concert
8. Lors d'une activité culturelle (théâtre, cinéma, bibliothèque)
9. Dans les transports en commun
10. En allant vous faire soigner (hôpital, cabinet médical ou paramédical, laboratoire)
11. Dans un restaurant ou un bar
12. Dans un autre lieu (préciser)

SI CONTAMINATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**COV10**

Plus précisément, concernant votre contamination professionnelle, sur quel lieu selon-vous, avez-vous été contaminé(e) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Dans un bureau
2. À un guichet (endroit où vous accueillez des clients)
3. Sur un lieu de soins (hôpital, cabinet médical ou paramédical, laboratoire)
4. Dans un lieu de restauration (où vous travaillez)
5. Dans un atelier, un garage (où vous travaillez)
6. À la machine à café ou à la cafétéria de votre entreprise
7. Dans un magasin, au marché (où vous travaillez)
8. Lors d'un séminaire, d'un congrès
9. Dans un autre lieu (préciser)

**SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION, POSER POUR CHACUN DES LIEUX CITÉS EN COV7
POSER COV8 ET COV9 DANS LA FOULÉE**

COV8

En dehors de vous-même, combien de personnes étaient présentes < sur le lieu - COV7 > lors de la contamination ?

1. Une seule autre personne
2. Entre 2 et 4 personnes
3. Entre 5 et 10 personnes
4. Entre 11 et 20 personnes
5. Entre 21 et 50 personnes
6. Plus de 50 personnes
7. Aucune autre personne

SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION, POSER POUR CHACUN DES LIEUX CITÉS EN COV7

COV9

La contamination < sur le lieu - COV7 > a-t-elle eu lieu...

1. en extérieur ?
2. en intérieur non aéré (fenêtres fermées) ?
3. en intérieur aéré (fenêtres ouvertes) ?

SI A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ(E) POSITIF/POSITIVE ET SI (ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS))

COV11

Avez-vous été hospitalisé(e) en raison du Coronavirus ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ HOSPITALISÉ(E)

COV12

Avez-vous été admis(e) en réanimation au cours de cette hospitalisation ?

1. Oui
2. Non

COV13

Connaissez-vous des personnes qui ont eu des symptômes du Coronavirus dans votre entourage proche ?

Si nécessaire, on entend par entourage proche : la famille, les amis, les collègues.

1. Oui
2. Non

SI A UN PROCHE AVEC SYMPTÔMES DE CORONAVIRUS

COV14

Certaines ont-elles été hospitalisées pour le Coronavirus ?

1. Oui
2. Non

SI A UN PROCHE AVEC SYMPTÔMES DE CORONAVIRUS

COV15

Certaines sont-elles décédées du Coronavirus ?

1. Oui
2. Non

SI A UN PROCHE DÉCÉDÉ DU CORONAVIRUS

COV16

S'agissait-il...

Plusieurs réponses possibles.

1. d'un membre de votre foyer ou d'un parent proche (conjoint, parents, enfants, frères, sœurs) ?
2. d'un autre membre de votre famille ?
3. d'un(e) ami(e) ou d'un(e) collègue ?
4. d'une autre personne ?

Depuis mars 2020 des mesures restrictives ont été mises en place en France pour faire face à l'épidémie de COVID-19.

COV17

Selon vous, cette période a-t-elle eu un impact négatif sur...

1. votre moral ?
2. votre état de santé ?
3. votre situation financière ?
4. **SI TRAVAILLE, EN APPRENTISSAGE OU AU CHÔMAGE** votre situation professionnelle ?
5. **SI ÉTUDIANT(E)** votre scolarité ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI TRAVAILLE OU AU CHÔMAGE

COV18A

Depuis mars 2020, avez-vous perdu votre emploi ou dû fermer votre entreprise ?

1. Oui
2. Non

SI A PERDU SON EMPLOI DEPUIS MARS 2020

COV18B

Depuis cet évènement, avez-vous exercé ou exercez-vous une autre activité professionnelle ?

1. Oui
2. Non

SI A EXERCÉ UNE AUTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

COV18C

Cette activité correspondait/correspond-elle à votre formation ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)

LIMITATIONS ET RESTRICTIONS D'ACTIVITÉS

Nous allons maintenant parler des difficultés que vous pouvez rencontrer chez vous pour effectuer certaines activités. Pour répondre, ne tenez pas compte des problèmes passagers comme par exemple un bras ou une jambe cassée.

IADL1

Avez-vous des difficultés pour vous servir d'un téléphone, par exemple pour passer un appel ou envoyer un sms ?

C'est-à-dire pour passer un appel ou envoyer un SMS.

Tenir compte de toutes les difficultés quelle que soit la raison (physique ou cognitive).

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. [Non concerné(e) : ne le fait pas]

IADL1B

Avez-vous des difficultés pour vous servir sans aide d'un ordinateur, d'une tablette numérique ou d'un objet connecté ?

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. [Non concerné(e) : n'en possède pas ; ne le fait pas]

IADL2

Avez-vous des difficultés pour faire vos courses sans aide ?

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. [Non concerné(e) : n'en possède pas ; ne le fait pas]

IADL3

Avez-vous des difficultés pour utiliser sans l'aide de quelqu'un un moyen de déplacement ?

Par exemple : prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun.

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. [Non concerné(e) : n'en possède pas ; ne le fait pas]

IADL4

Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments sans aide ?

Si nécessaire : il s'agit de préparer ses médicaments et non pas d'aller récupérer des médicaments en pharmacie.

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. [Non concerné(e) : n'en possède pas ; ne le fait pas]

IADL5

Avez-vous des difficultés à gérer sans aide votre argent, votre budget ?

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul
5. [Non concerné(e) : n'en possède pas ; ne le fait pas]

SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)

FRAGILITÉ

ISPA1

Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?

Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Oui
2. Non

ISPA2

Avez-vous involontairement perdu du poids durant les douze derniers mois, en dehors d'un régime alimentaire ?

1. Oui
2. Non

SI A PERDU DU POIDS DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS**ISPA3**

Combien de kilos avez-vous perdus involontairement ?

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 90

ISPA4

Avez-vous des difficultés pour porter un sac de 5 kg comme un gros sac à provisions, sans aide ?

L'aide peut être une aide technique (caddie ou autre objet) ou l'aide d'une personne. Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Pas de difficulté
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout

ISPA5

Avez-vous des difficultés pour vous servir de vos mains et de vos doigts, par exemple pour ouvrir une porte ou tourner une clef ?

Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Pas de difficulté
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout

ISPA6

Avez-vous des difficultés pour vous baisser, vous agenouiller sans aide ?

L'aide peut être une aide technique (un objet comme une chaise, une table, un lit) ou l'aide d'une personne. Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Pas de difficulté
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout

SPA7

Avez-vous des difficultés à marcher 500 mètres, sans aide ?

L'aide peut être une aide technique (cane, déambulateur ou autre objet) ou l'aide d'une personne. Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si la personne hésite, préciser « Sur terrain plat ». Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Pas de difficulté
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout

ISPA8

Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre une douzaine de marches, sans aide ?

L'aide peut être une aide technique (cane ou autre objet) ou l'aide d'une personne. Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si la personne hésite, préciser « Cela correspond à un étage d'escalier ». Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Pas de difficulté
2. Quelques difficultés
3. Beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas du tout

ISPA9

À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant des efforts physiques modérés, telles que s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener ?

Les problèmes temporaires ou passagers doivent être ignorés (bras ou jambe cassés par exemple). Si nécessaire, relancer par « En général » ou « Habituellement ».

1. Plusieurs fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. Une à trois fois par mois
4. Presque jamais ou jamais

SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)**CONFINEMENT****CONF2**

Actuellement, sortez-vous de votre domicile en dehors de votre jardin, votre cour ou votre terrasse...

1. chaque jour ou presque ?
2. de 3 à 5 jours par semaine ?
3. de 1 à 2 jours par semaine ?
4. moins de 1 jour par semaine ?
5. jamais ?

CONF3Avant le 1^{er} confinement de mars 2020, ces sorties étaient-elles...

1. aussi fréquentes ?
2. moins fréquentes ?
3. plus fréquentes ?

CONF4

Actuellement, parlez-vous ou échangez-vous avec les personnes de votre entourage proche (famille, ami(e)s, collègues, voisins)...

Par des contacts téléphoniques ou présentiels.

1. chaque jour ou presque ?
2. chaque semaine ou presque ?
3. chaque mois ou presque ?
4. jamais ?

CONF5

Avant le 1^{er} confinement de mars 2020, ces échanges étaient-ils...

1. aussi fréquents ?
2. moins fréquents ?
3. plus fréquents ?

SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E OU F ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)

SANTÉ COGNITIVE PERÇUE

Nous allons maintenant parler de la perception que vous avez de votre mémoire.

SCOGN1

Avez-vous l'impression que votre mémoire fonctionne moins bien que celle des autres personnes de votre âge ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non

SCOGN2

Avez-vous des difficultés à fixer votre attention ou à vous concentrer plus de dix minutes ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non

SCOGN3

Avez-vous des troubles du sommeil ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non
4. [Vous prenez des somnifères]

SCOGN4

Vous sentez-vous stressé(e) ou débordé(e) dans votre quotidien ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non

SI ÉCHANTILLON F OU SI ÂGÉ(E) DE 76 ANS OU PLUS OU SI (SOUS-ÉCHANTILLON E ET ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS)

TROUBLES ANXIEUX

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur votre ressenti de ces derniers jours.

TAX1

Voici une liste de propositions. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.

Vous vous sentez tendu(e) ou énervé(e)...

1. la plupart du temps ?
2. souvent ?
3. de temps en temps ?
4. jamais ?

TAX2

Vous avez une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait vous arriver.

1. Oui, très nettement
2. Oui, mais ça n'est pas trop grave
3. Un peu, mais cela ne vous inquiète pas
4. Pas du tout

TAX3

Vous vous faites du souci...

Si « Jamais », coder item 4.

1. très souvent ?
2. assez souvent ?
3. occasionnellement ?
4. très occasionnellement ?

TAX4

Vous pouvez rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et vous sentir décontracté(e).

1. Oui, quoi qu'il arrive
2. Oui, en général
3. Rarement
4. Jamais

TAX5

Vous éprouvez des sensations de peur et avez l'estomac noué.

1. Jamais
2. Parfois
3. Assez souvent
4. Très souvent

TAX6

Vous avez la bougeotte et n'arrivez pas à tenir en place.

1. Oui, c'est tout à fait votre cas
2. Un peu
3. Pas tellement
4. Pas du tout

TAX7

Vous éprouvez des sensations soudaines de panique.

1. Vraiment très souvent
2. Assez souvent
3. Pas très souvent
4. Jamais

SANTÉ MENTALE

Nous allons maintenant parler de votre moral.

ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

SM2

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant lesquelles vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle est sous antidépresseurs]

SI DÉPRIMÉ(É) OU SOUS ANTI-DÉPRESSEURS (DANS CE CAS CONSIDÉRÉ(É) COMME DÉPRIMÉ(É))

SM21

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses. Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé(e), sans espoir durait généralement...

1. toute la journée ?
2. pratiquement toute la journée ?
3. environ la moitié de la journée ?
4. moins de la moitié de la journée ?

SI DÉPRIMÉ(É) TOUTE LA JOURNÉE OU PRATIQUEMENT TOUTE LA JOURNÉE

SM22

(Pendant ces deux semaines) Aviez-vous ce sentiment...

1. chaque jour ?
2. presque chaque jour ?
3. moins souvent ?

SI A DÉPRIMÉ CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR, POSER SM23 À SM30

SM23

Toujours pendant ces deux semaines, aviez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non

SM24

(Pendant ces deux semaines) Vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SM25

(Pendant ces deux semaines) Avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids
3. Votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé(e) dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
5. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il faisait un régime]

SI A PRIS DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM25A

Combien avez-vous pris de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 30**

SI A PERDU DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM25B

Combien avez-vous perdu de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 30**

SM26

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI A EU PLUS DE DIFFICULTÉS QUE D'HABITUDE À DORMIR

SM27

(Pendant ces deux semaines) Ces difficultés à dormir arrivaient-elles...

1. chaque nuit ?
2. presque chaque nuit ?
3. moins souvent ?

SM28

(Toujours pendant ces deux semaines) Avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SM29

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bons à rien. (Pendant ces deux semaines,) Avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SM30

Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI PAS DÉPRIMÉ(E) (OU NSP) OU PAS DÉPRIMÉ(E) TOUTE LA JOURNÉE (OU NSP) OU DÉPRIMÉ(E) MOINS SOUVENT (OU NSP)

SM31

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines, pendant lesquelles vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle est sous antidépresseurs]

SI PERTE D'INTÉRÊT OU SOUS ANTIDÉPRESSEURS

SM32

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois, où la perte d'intérêt pour la plupart des choses était la plus intense.

Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

1. toute la journée ?
2. pratiquement toute la journée ?
3. environ la moitié de la journée ?
4. moins de la moitié de la journée ?

SI PERTE D'INTÉRÊT TOUTE LA JOURNÉE OU PRATIQUEMENT TOUTE LA JOURNÉE

SM33

(Pendant ces deux semaines) Ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

1. chaque jour ?
2. presque chaque jour ?
3. moins souvent ?

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR, POSER SM34 À SM40

SM34

Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SM35

Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids

3. Non, votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé(e) dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
5. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle faisait un régime]

SI A PRIS DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM35A

Combien avez-vous pris de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SI A PERDU DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM35B

Combien avez-vous perdu de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SM36

(Pendant ces deux semaines) Avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI A EU PLUS DE DIFFICULTÉS QUE D'HABITUDE À DORMIR

SM37

(Pendant ces deux semaines) Ces difficultés à dormir arrivaient-elles...

1. chaque nuit ?
2. presque chaque nuit ?
3. moins souvent ?

SM38

(Toujours pendant ces deux semaines) Avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SM39

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bons à rien. (Pendant ces deux semaines) Avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SM40

Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE, OU SI A PERDU INTÉRÊT TOUTE LA JOURNÉE OU PRESQUE, POSER SM41 À SM44

SM41

Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

1. Oui
2. Non

SM42

Durant cette période d'au moins deux semaines, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

1. Oui
2. Non

SI LES ACTIVITÉS HABITUELLES ONT ÉTÉ PERTURBÉES

SM42B

Dans quelle mesure vos activités habituelles ont-elles été perturbées ?

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Un petit peu

SI ACTIF/ACTIVE (CHÔMEUR/CHÔMEUSE OU NON) OU ÉTUDIANT(E)

SM43

Au cours des douze derniers mois, avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

1. Oui
2. Non

SI A CESSÉ DE TRAVAILLER À CAUSE DE CES PROBLÈMES

SM44

Combien de jours avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

Saisir le nombre de jours.

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 365

CONDUITES SUICIDAIRES

SUI1

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question », et coder Refus.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER

SUI2

Était-ce plutôt en rapport avec...

Plusieurs réponses possibles. Relancer autant que nécessaire :

« Y avait-il une autre raison ? »

1. des raisons professionnelles ?
2. **SI ÉTUDIANT(E)** des raisons liées à la scolarité ?
3. des raisons sentimentales ?

4. des raisons familiales ?
5. des raisons de santé ?
6. des raisons financières ?
7. d'autres raisons (préciser) ?

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER

SUI4

En avez-vous parlé à quelqu'un ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER ET EN A PARLÉ À QUELQU'UN

SUI5

À qui en avez-vous parlé ?

Plusieurs réponses possibles ; relancer par « En avez-vous parlé à une autre personne ? ».

1. Un professionnel de santé
2. Une personne faisant partie d'un groupe d'aide, d'une association
3. Un membre de votre famille
4. Un ou une ami(e)
5. Un ou une collègue de travail
6. Une assistante sociale
7. Un homme de foi
8. Autre (préciser)

SUI6

Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI7

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Saisir le nombre de fois.

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 50

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI8

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de

SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide.

SI A FAIT UNE SEULE TENTATIVE DE SUICIDE votre tentative de suicide.

Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne souhaite pas en parler]

SI LA TENTATIVE DE SUICIDE N'A PAS EU LIEU AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS OU NSP

SUI8B

Quel âge aviez-vous lors de cette **SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE** < dernière > tentative ?

→ MINIMUM 5 - MAXIMUM ÂGE

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI9

Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir après votre **SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE** < dernière > tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI10

Suite à votre tentative de suicide, êtes-vous allé(e) à l'hôpital ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ À L'HÔPITAL SUITE À SA TENTATIVE DE SUICIDE

SUI10B

Avez-vous été hospitalisé(e) pendant au moins une nuit ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ À L'HÔPITAL SUITE À SA TENTATIVE DE SUICIDE

SUI10C

Après votre sortie de l'hôpital, avez-vous bénéficié d'un suivi ?

1. Oui
2. Non

SI A BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI APRÈS SA SORTIE DE L'HÔPITAL

SUI10D

Par qui avez-vous été suivi(e) ?

Plusieurs réponses possibles ; relancer par « Avez-vous été suivi(e) par une autre personne ? »

1. Un médecin traitant
2. Un psychiatre
3. Un psychologue
4. Un psychothérapeute (psychanalyste...)
5. Un infirmier
6. Une association
7. Une cellule de re-contact
8. Un groupe d'aide
9. Autre (préciser)

SI N'A PAS ÉTÉ À L'HÔPITAL

SUI10E

Avez-vous été suivi(e) par un médecin ou un psy ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI10F

Parmi ces trois propositions, diriez vous plutôt que...

1. vous étiez vraiment décidé(e) à mourir et que c'est seulement par chance que vous avez survécu ?
2. vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace ?
3. votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais que vous n'aviez pas l'intention de mourir ?

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI11

Avez-vous fait cette **SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE** < dernière > tentative...

Plusieurs réponses possibles ; relancer par « Y avait-il une autre raison ? »

1. pour des raisons professionnelles ?
2. pour des raisons liées à la scolarité ?
3. pour des raisons sentimentales ?
4. pour des raisons familiales ?
5. pour des raisons de santé ?
6. pour des raisons financières ?
7. pour d'autres raisons (préciser) ?

ANTIBIORÉSISTANCE

Changeons de sujet. Nous allons maintenant parler des antibiotiques.

ANTIB1

Avez-vous personnellement pris des antibiotiques au cours des douze derniers mois ?

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

SI A PRIS DES ANTIBIOTIQUES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

ANTIB2

SI A PRIS UNE FOIS DES ANTIBIOTIQUES Concernant ces antibiotiques...

SI A PRIS PLUSIEURS FOIS DES ANTIBIOTIQUES Et la dernière fois que vous en avez pris...

Si c'est un médecin qui vous dit s'être prescrit lui-même l'antibiotique, coder item 2.

1. ils vous ont été prescrits à l'hôpital ?
2. ils vous ont été prescrits par un professionnel de santé en cabinet (médecin traitant, spécialiste, dentiste, sage-femme) ?
3. vous avez réutilisé les antibiotiques d'une précédente ordonnance (sans avoir re-consulté) ?
4. vous en avez acheté sur internet ou à l'étranger sans ordonnance ?
5. vous en avez acheté dans une pharmacie sans ordonnance ?

SI PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 4 ANS

ANTIB3

Votre enfant < prénom de l'enfant – CF2 > de < âge de l'enfant – CF5 > a-t-il/elle pris des antibiotiques au cours des douze derniers mois ?

→ QUESTION POSÉE POUR UN SEUL ENFANT. SI PLUSIEURS ENFANTS DE 4 ANS OU MOINS, LE PLUS JEUNE EST SÉLECTIONNÉ

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

SI ENFANT DE 0 A 4 ANS A PRIS DES ANTIBIOTIQUES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

ANTIB4

SI ENFANT A PRIS UNE FOIS DES ANTIBIOTIQUES Concernant ces antibiotiques...

SI ENFANT A PRIS PLUSIEURS FOIS DES ANTIBIOTIQUES Et la dernière fois qu'il/elle a pris des antibiotiques...

1. ils lui ont été prescrits à l'hôpital ?
2. ils lui ont été prescrits par un professionnel de santé en cabinet (médecin traitant, spécialiste, dentiste, sage-femme) ?
3. vous avez réutilisé les antibiotiques d'une précédente ordonnance (sans avoir re-consulté) ?
4. vous en avez acheté sur internet ou à l'étranger sans ordonnance ?
5. vous en avez acheté dans une pharmacie sans ordonnance ?

ANTIB5

Selon vous, est-ce que les antibiotiques sont efficaces contre le rhume ou la grippe ?

1. Oui
2. Non

ANTIB6

Avez-vous déjà entendu parler de la résistance aux antibiotiques ?

1. Oui et vous voyez précisément de quoi il s'agit
2. Oui mais vous ne voyez pas bien de quoi il s'agit
3. Non

ANTIB7

Concernant la résistance aux antibiotiques, vous diriez que c'est...

1. votre organisme qui devient résistant ?
2. la bactérie qui devient résistante ?

SI ÂGÉ(E) DE 20 À 65 ANS

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

Nous allons maintenant parler des troubles musculosquelettiques ou TMS. Ce sont par exemple des affections des muscles, des nerfs ou des tendons qui entraînent des douleurs autour des articulations.

Je vais vous citer plusieurs troubles musculosquelettiques, dites-moi si vous en avez souffert au cours des douze derniers mois.

TMS5

Au cours des douze derniers mois, avez-vous souffert...

Pour la sous-question 1, si nécessaire, la sciatique peut être ou non accompagnée d'une lombalgie.

1. d'une sciatique ?
 2. d'une lombalgie, c'est-à-dire un mal de dos, sans sciatique ?
 3. d'une tendinite de l'épaule ou d'un syndrome de la coiffe des rotateurs ?
 4. d'une tendinite du coude ou d'une épicondylite ?
 5. d'un syndrome du canal carpien au poignet ?
1. Oui
 2. Non

SI N'A PAS SOUFFERT D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

TMS6

Et au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'un syndrome du canal carpien au poignet ?

1. Oui
2. Non

SI A SOUFFERT D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN AU POIGNET AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

Nous allons maintenant parler plus précisément de votre syndrome du canal carpien au poignet.

TMS6B

En quelle année sont apparus les premiers symptômes de votre syndrome du canal carpien ?

→ MINIMUM (2021 - ÂGE) – MAXIMUM 2021

SI NE SAIT PAS EN QUELLE ANNÉE SONT APPARUS LES PREMIERS SYMPTÔMES

TMS6B

Était-ce plutôt...

1. il y a moins d'un an ?
2. il y a 1 à 2 ans ?
3. il y a 2 à 5 ans ?
4. il y a 5 à 10 ans ?
5. il y a plus de 10 ans ?

SI A SOUFFERT D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN AU POIGNET AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

TMS18

Avez-vous été opéré(e) pour votre syndrome du canal carpien ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ OPÉRÉ(E) POUR SON SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TMS18B

En quelle année avez-vous été opéré(e) ?

→ MINIMUM (2021 - ÂGE) – MAXIMUM 2021

SI NE SAIT PLUS EN QUELLE ANNÉE IL/ELLE A ÉTÉ OPÉRÉ(E)

TMS18C

Était-ce plutôt...

1. il y a moins d'un an ?
2. il y a 1 à 2 ans ?
3. il y a 2 à 5 ans ?
4. il y a 5 à 10 ans ?
5. il y a plus de 10 ans ?

SI OPÉRÉ(E) EN 2020 OU 2021

TMS18C2

Cette opération a-t-elle été décalée en raison de l'épidémie de la COVID-19 et de ses conséquences ?

1. Oui
2. Non

SI OPÉRATION EN 2021 DÉCALÉE EN RAISON DE L'ÉPIDÉMIE

TMS18C3

Cette opération était-elle initialement prévue...

1. en 2020 ?
2. en 2021 ?

SI PAS ÉTÉ OPÉRÉ(E) POUR SON SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TMS18D

Une opération prévue pour votre syndrome du canal carpien a-t-elle été reportée ou annulée en raison de l'épidémie de la COVID-19 et de ses conséquences ?

1. Oui
2. Non

SI OPÉRATION REPORTÉE OU ANNULÉE EN RAISON DE L'ÉPIDÉMIE

TMS18E

Cette opération était-elle initialement prévue...

1. en 2020 ?
2. en 2021 ?
3. [avant 2020 ?]

SI OPÉRATION REPORTÉE OU ANNULÉE EN RAISON DE L'ÉPIDÉMIE

TMS18F

Cette opération a-t-elle été...

1. reportée en 2021 ?
2. reportée après 2021 ?
3. annulée ?

SI A SOUFFERT D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN AU POIGNET AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

TMS19

D'après vous, votre travail était-il la cause probable de votre syndrome du canal carpien ?

1. Oui, principalement
2. Oui, en partie
3. Non
4. [Non concerné(e) : ne travaillait pas]

SI A SOUFFERT D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN AU POIGNET AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES ET TRAVAILLAIT

TMS20

Avez-vous rencontré le médecin du travail pour votre syndrome du canal carpien ?

1. Oui
2. Non
3. [Non concerné(e) : n'a pas de médecin du travail]

SI SON TRAVAIL EST LA CAUSE PRINCIPALE DE SON SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TMS27

Avez-vous fait une déclaration en maladie professionnelle pour votre syndrome du canal carpien ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT UNE DÉCLARATION EN MALADIE PROFESSIONNELLE POUR SON SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TMS28

Votre déclaration en maladie professionnelle a-t-elle été acceptée ?

1. Oui
2. Non
3. [Vous attendez la réponse, la demande est en cours d'examen]

SI N'A PAS FAIT DE DÉCLARATION EN MALADIE PROFESSIONNELLE POUR SON SYNDROME DU CANAL CARPIEN

TMS29

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas effectué une déclaration en maladie professionnelle de votre syndrome du canal carpien ?

Plusieurs réponses possibles. Relancer par « Y a-t-il une autre raison ? »

1. Vous ne savez pas comment faire
2. Vous avez eu peur pour votre emploi
3. Les formalités administratives sont trop lourdes
4. Le médecin que vous avez consulté a refusé de faire le certificat médical
5. En raison de l'épidémie de la COVID-19 et de ses conséquences
6. Pour une autre raison (préciser)

ACTIVITÉS À RISQUE D'ACCIDENTS

Nous allons maintenant vous questionner sur certaines activités à risques d'accidents.

ACC10

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait...

Pour la sous-question 1, si vélo d'appartement coder 2.

1. du vélo ?
 2. **SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 76 ANS** du roller, du patin à roulettes, du skate ou de la trottinette non électrique ?
 3. **SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 76 ANS** de la trottinette électrique, du monoroue, de l'hoverboard ou un équivalent ?
1. Oui
 2. Non

SI A PRATIQUÉ LE VÉLO AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

ACC11 (E,F)

Au cours des douze derniers mois, avez-vous chuté ou eu un accident de vélo ?

1. Oui
2. Non

SI A PRATIQUÉ LE VÉLO AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

ACC12 (E,F)

La dernière fois que vous avez fait du vélo, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE, DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE

ACC13

Au cours des douze derniers mois, avez-vous chuté ou eu un accident de roller, de patin à roulettes, de skate ou de trottinette non électrique ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE, DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE

ACC14

La dernière fois que vous avez fait du roller, du patin à roulettes, du skate ou de la trottinette non électrique, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DE LA TROTTINETTE ÉLECTRIQUE, DU MONOROU, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC15

Au cours des douze derniers mois, avez-vous chuté ou eu un accident de trottinette électrique, de monoroue, d'hoverboard ou un équivalent ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DE LA TROTTINETTE ÉLECTRIQUE, DU MONOROU, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC16

La dernière fois que vous avez fait de la trottinette électrique, du monoroue, de l'hoverboard ou un équivalent, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 12 ANS OU MOINS

ACC17

Au cours des douze derniers mois,

SI UN SEUL ENFANT DE 12 ANS OU MOINS votre enfant de 12 ans ou moins a-t-il...

SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS vos enfants de 12 ans ou moins ont-ils... fait du vélo ?

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 5 ANS OU MOINS AYANT FAIT DU VÉLO AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS votre/vos enfant(e) de 12 ans ou moins < y compris avec vous sur un siège-bébé ou dans une poussette > ?

Si l'enfant/les enfants a/ont fait du vélo, même si ce n'était pas avec ses/leurs parents, coder 1.

1. Oui
2. Non

SI L'ENFANT/LÉS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS A/ONT FAIT DU VÉLO

ACC18 (E,F)

La dernière fois,

SI UN SEUL ENFANT DE 12 ANS OU MOINS a-t-il...

SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS ont-ils... porté un casque ?

1. **SI UN SEUL ENFANT DE 12 ANS OU MOINS** Oui
SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS Oui, tous
2. **SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS** Oui, mais pas tous
3. **SI UN SEUL ENFANT DE 12 ANS OU MOINS** Non
SI PLUSIEURS ENFANTS DE 12 ANS OU MOINS Non, aucun

SI ÂGÉ(E) DE 65 À 85 ANS

ACC19 (E,F)

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?

1. Oui
2. Non

S'IL LUI EST ARRIVÉ DE TOMBER

ACC20

Combien de fois environ ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 99

S'IL LUI EST ARRIVÉ DE TOMBER

ACC21

Suite à votre chute, avez-vous...

1. consulté un médecin de ville ?
 2. consulté des urgences hospitalières/cliniques ?
 3. été hospitalisé(e) ?
1. Oui
 2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 65 À 85 ANS

ACC23 (E,F)

Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?

1. Oui
2. Non

ACC24

Au cours de ces douze derniers mois, avez-vous eu une blessure ou un coup à la tête qui a entraîné une perte de connaissance, un étourdissement, un malaise, un endormissement ?

1. Oui
2. Non

SI A EU UNE BLESSURE OU UN COUP À LA TÊTE AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

ACC25

Pour cette blessure ou ce coup à la tête, avez-vous...

1. consulté un médecin de ville ?
 2. consulté des urgences hospitalières/cliniques ?
 3. été hospitalisé(e) ?
1. Oui
 2. Non

NOY

Maintenant, une petite question sur la nage.

Savez-vous nager ?

1. Non
2. Oui, suffisamment pour nager seul environ 10 mètres
3. Oui, suffisamment pour nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes
4. [N'a jamais essayé]

CARACTÉRISTIQUES

STATUT MIGRATOIRE

PAY1

Êtes-vous né(e) en France métropolitaine, dans un DOM/TOM ou dans un pays étranger ?

1. France métropolitaine
2. DOM (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Mayotte)
3. TOM ou Pays étranger

SI EST NÉ(E) DANS LES DOM/TOM OU À L'ÉTRANGER

PAY1B

SI EST NÉ(E) DANS LES DOM Dans quel DOM êtes-vous né(e) ?

SI EST NÉ(E) À L'ÉTRANGER OU DANS UN TOM Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

SI EST NÉ(E) DANS LES DOM/TOM OU À L'ÉTRANGER

PAY2

En quelle année êtes-vous arrivé(e) SI EST NÉ(E) DANS LES DOM en métropole/ SI EST NÉ(E) À L'ÉTRANGER OU DANS UN TOM en France ?

PAY4

Quelle est votre nationalité ?

Si double nationalité, relancer par : « Êtes-vous français(e) de naissance ou par acquisition ? »

Les Français(es) par réintégration sont des personnes qui ont perdu leur nationalité française (par exemple en raison du mariage avec un(e) étranger/étrangère ou de l'acquisition par mesure individuelle d'une nationalité étrangère, ou alors par l'effet de l'accession à l'indépendance des anciens territoires français) et à qui elle a été restituée. Ce sont essentiellement des Algérien(ne)s dont les ascendant(e)s né(e)s avant 1962 ont opté pour la nationalité française au moment de l'indépendance.

1. Française de naissance
2. Française par acquisition/réintégration
3. Étrangère

SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous m'avez dit au début de notre entretien que vous étiez < situation professionnelle – LABOUR1 >.

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT

LABOUR2

Avez-vous déjà travaillé SI ÉTUDIANT(E) < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?

1. Oui
2. Non

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ**STATUS1****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Exercez-vous votre profession en tant que...**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Parlons du dernier emploi que vous avez exercé. Exercez-vous cette profession en tant que...*Si free-lance ou auto-entrepreneur, coder item 2.**Salariés = de l'État, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs particuliers, stages rémunérés.**Si chef d'entreprise salarié, coder item 3.*

1. exploitant agricole (agriculteur indépendant) ?
2. indépendant ou à votre compte (artisans, commerçants, libéral, auto-entrepreneur...) ?
3. chef d'entreprise, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
4. salariés (autre que chef d'entreprise) ?
5. ou vous travaillez/travailliez pour un membre de votre famille sans être rémunéré(e) ?

SI SALARIÉ(E)**PUB****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Vous êtes salarié(e)...**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Vous étiez salarié(e)...*Si l'interviewé(e) cite EDF, la Poste, SNCF, Sécurité sociale, coder item 4.**Si l'interviewé(e) cite Éducation nationale, La défense, coder item 1.*

1. de l'État ?
2. d'une collectivité territoriale ou locale ?
3. des hôpitaux publics ou du secteur public social et médico-social ?
4. d'une entreprise privée ou publique, d'un artisan ou d'une association ?
5. d'un ou de plusieurs particuliers ?

SI SALARIÉ(E)**CPF****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Dans cet emploi, êtes-vous classé(e) comme...**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Dans cet emploi, étiez-vous classé(e) comme...*Si ouvrier spécialisé, qualifié, hautement qualifié, technicien d'atelier, coder item 1.**Si aide-soignante, gardienne d'enfants, agent de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire volontaire, coder item 2.**Si instituteur, professeur des écoles, assistante sociale, sous-officier, infirmière, coder item 3.**Si professeur, officier, coder item 4.*

1. manœuvre ou ouvrier/ouvrière ?
2. employé(e) de bureau, de commerce, personnel de service ou personnel de catégorie C ou D de la fonction publique ?
3. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, technicien(ne), VRP (non-cadre)

ou personnel de catégorie B de la fonction publique ?

4. ingénieur, cadre, directeur/directrice général(e) ou personnel de catégorie A de la fonction publique ?
5. autre ?

SI EXPLOITANT(E) AGRICOLE**SAUHA****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Quelle est votre surface agricole utile, en hectares ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Quelle était votre surface agricole utile, en hectares ?*Noter la réponse en hectares même si approximative. 1 hectare = 100 ares.**Si la personne répond « Moins d'un hectare », coder 0 et noter en ares à la question suivante.***SI SURFACE AGRICOLE EST DE 0 HECTARE****SAUA****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Quelle est votre surface agricole utile, en ares ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Quelle était votre surface agricole utile, en ares ?*Noter la réponse en ares même si approximative. 1 are = 100 m².***SI INDÉPENDANT, À SON COMPTE, CHEF D'ENTREPRISE, PDG, GÉRANT(E) MINORITAIRE, ASSOCIÉ(E)****NBSAL****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Quel est le nombre de salarié(e)s que vous employez ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Quel était le nombre de salarié(e)s que vous employiez ?

1. Aucun(e) salarié(e)
2. 1 ou 2 salarié(e)(s)
3. 3 à 9 salarié(e)s
4. 10 salarié(e)s ou plus

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ**JOB0****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT POUR UN MEMBRE DE SA FAMILLE SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle est la profession de la personne que vous aidez ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT MAIS A TRAVAILLÉ POUR UN MEMBRE DE SA FAMILLE SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle était la profession de la personne que vous aidiez ?**SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT EN ÉTANT RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle est votre profession actuelle ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT MAIS A TRAVAILLÉ EN ÉTANT RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle était votre dernière profession ?*Noter en majuscules et sans accents ni caractères spéciaux. Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche de paie. Si la personne a plusieurs emplois, demander la principale profession actuelle.*

Si enseignant, préciser aussi le type d'établissement (maternelle, primaire, lycée professionnel, lycée général, supérieur, hors Éducation nationale).

Si militaire, préciser le grade.

Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse, agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef, mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT MAIS PAS POUR UN PARTICULIER

NAF

Quelle est l'activité de votre entreprise ou de votre employeur ?

Noter en majuscules et sans accents ni caractères spéciaux.

Noter le plus précisément possible le secteur d'activité.

Ne pas noter le nom de l'entreprise.

Exemples d'activité : agriculture, enseignement, santé et social, restauration, commerce de détail, construction, transports...

SI APPRENTI(E), ÉTUDIANT(E), AU FOYER OU DANS UNE AUTRE SITUATION D'INACTIVITÉ OU SI N'A JAMAIS TRAVAILLÉ

CDF

SI PERSONNE DE 30 ANS OU MOINS Parmi vos parents, qui a le plus haut revenu ?

SINON Dans votre foyer, qui a le plus haut revenu ?

Si vit seul(e) ou en colocation, demander « parmi vos parents ».

Si revenu équivalent prendre la personne la plus âgée. Si même âge, demander le référent.

Si NSP, demander qui est la personne référente (minimiser au maximum les NSP).

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 1 SI PERSONNE DE PLUS DE 30 ANS VIVANT SEULE**

1. Vous
2. Père
3. Mère
4. Conjoint(e)
5. Autre (préciser)

SI LA PERSONNE INTERROGÉE N'A PAS LE PLUS HAUT REVENU DU FOYER

LABCDF

Quelle est actuellement sa situation professionnelle ?
Est-il /elle...

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(e), coder item 1.

S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite entre ces deux activités, coder item 3.

Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder item 4.

1. en emploi ?
2. apprenti(e) ou en stage rémunéré ?
3. étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ?
4. au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ?

5. retraité(e) ou pré-retraité(e) ?
6. femme ou homme au foyer ?
7. autre situation (congé longue durée, personne handicapée, etc.) ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU N'OCCUPE PAS D'EMPLOI ET N'EST PAS APPRENTI(E)

LAB2CDF

A-t-il/elle déjà travaillé **SI ÉTUDIANT(E) < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?**

1. Oui
2. Non

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

STACDF

SI TRAVAILLE Exerce-t-il/elle une activité professionnelle en tant que...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Parlons du dernier emploi qu'il/elle a exercé. Exerçait-il/elle une activité professionnelle en tant que...

Si free-lance ou auto-entrepreneur, coder item 1.

Salariés = de l'État, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs particuliers, stages rémunérés.

Si chef d'entreprise salarié, coder item 2.

1. indépendant ou à son compte ?
2. chef d'entreprise, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
3. salarié(e) (autre que chef d'entreprise) ?
4. il/elle travaille pour un membre de votre famille sans être rémunéré(e) ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU EST SALARIÉE

PUBCDF

SI TRAVAILLE Il/elle est salarié(e)...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Il/elle était salarié(e)...

Si l'interviewé(e) cite EDF, la Poste, SNCF, Sécurité sociale, coder item 4.

Si l'interviewé(e) cite Éducation nationale, La défense, coder item 1.

1. de l'État ?
2. d'une collectivité territoriale ou locale ?
3. des hôpitaux publics ou du secteur public social et médico-social ?
4. d'une entreprise privée ou publique, d'un artisan ou d'une association ?
5. d'un ou de plusieurs particuliers ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU EST SALARIÉE

CPFCDF

SI TRAVAILLE Dans cet emploi, est-il/elle classée comme...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Dans cet emploi, était-il/elle classée comme...

Si ouvrier spécialisé, qualifié, hautement qualifié, technicien d'atelier, coder item 1.

Si aide-soignante, gardienne d'enfants, agent de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire volontaire, coder item 2.

Si instituteur, professeur des écoles, assistante sociale, sous-officier, infirmière, coder item 3.

Si professeur, officier, coder item 4.

1. manœuvre ou ouvrier/ouvrière ?
2. employé de bureau, de commerce, personnel de service ou personnel de catégorie C ou D de la fonction publique ?
3. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, technicien(ne), VRP (non cadre) ou personnel de catégorie B de la fonction publique ?
4. ingénieur, cadre, directeur/directrice général(e) ou personnel de catégorie A de la fonction publique ?
5. autre ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

JOB/CDF

SI TRAVAILLE Quelle est plus précisément sa profession actuelle ?

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Quelle était plus précisément sa dernière profession ?

Noter en majuscules et sans accents ni caractères spéciaux.

Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche de paie.

Si la personne a plusieurs emplois, demander la principale profession actuelle.

Si enseignant, préciser aussi le type d'établissement (maternelle, primaire, lycée professionnel, lycée général, supérieur, hors Éducation nationale).

Si militaire, préciser le grade.

Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse, agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef, mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.

NIVEAU D'ÉDUCATION

SI APPRENTI(E) OU ÉTUDIANT(E), LYCÉEN(NE)

ETUD3

En quelle année d'études êtes-vous ?

Citer si nécessaire. Une seule réponse possible.

Si deux inscriptions à l'université ou si inscrit(e) à l'université en étant élève d'une école, prendre la formation principale.

Pour les étudiant(e)s n'ayant pas encore les résultats de la 2^e session, prendre la classe de l'année dernière.

1. Collège
2. CAP, BEP
3. Lycée (seconde au bac professionnel, technique ou général)
4. Bac + 1 (1^{re} année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa, etc.)
5. Bac + 2 (2^e année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa...)

6. Bac + 3 (3^e année de Licence, d'études médicales, école supérieure, IUP ou 1^{re} année d'école d'ingénieur, etc.)
7. Bac + 4 (1^{re} année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 2^e année d'école d'ingénieur, etc.)
8. Bac + 5 et plus (2^e année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 3^e année d'école d'ingénieur, etc.)
9. Bac + 6 et plus (Thèse de doctorat, HDR, post doc, MBA, école supérieure ou internat en médecine, etc.)
10. Autre (préciser)

DIP2

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

Citer si nécessaire.

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 professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, Capacité en droit
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel
8. Baccalauréat d'enseignement général
9. Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
10. Bac + 3 (Licence), DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier/d'infirmière
11. Bac + 4 (maîtrise, master1)
12. Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, master2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, etc.
13. Autre diplôme (préciser)

SITUATION FINANCIÈRE PERÇUE

Nous allons terminer par quelques questions vous concernant, vous et votre foyer.

ISTS

Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre foyer, financièrement...

Marquer un temps entre « ça va » et « c'est juste ».

1. vous êtes à l'aise ?
2. ça va ?
3. c'est juste ?
4. vous y arrivez difficilement ?
5. vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation) ?

REVENUS

Pour terminer, nous allons vous poser quelques questions qui seront exploitées uniquement à des fins statistiques.

RSREV1

SI UNE SEULE PERSONNE DANS LE FOYER La somme de vos revenus nets par mois, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

SI PLUSIEURS PERSONNES DANS LE FOYER La somme des revenus nets par mois de l'ensemble des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

Si besoin, cela inclut les allocations, rentes et tous types de bénéfiques. Pour les colocations, il ne faut pas compter les colocataires en dehors du ménage (conjoint, enfants s'ils vivent ensemble).

1. Inférieure
2. Supérieure (ou égale)

RSREV2

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

Citer. S'arrêter dès que l'interviewé(e) identifie sa tranche.

SI REVENUS <1 500 EUROS/MOIS, poser items 1 à 6.

SI REVENUS >1 500 EUROS/MOIS, poser items 7 à 12.

1. Moins de 230 euros par mois
2. De 230 à moins de 380 euros par mois
3. De 380 à moins de 600 euros par mois
4. De 600 à moins de 1 000 euros par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 euros par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 euros par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 euros par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 euros par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 euros par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 euros par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 euros par mois
12. Plus de 7 600 euros par mois

ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

RSNBMOB

Vous personnellement, de combien de numéros de téléphone mobile disposez-vous à titre privé ou professionnel **SI APPELÉ(E) SUR MOBILE** < y compris celui sur lequel je vous appelle > ?

Si nécessaire : « Nous avons besoin de savoir quelle était votre probabilité d'être appelé(e) (si deux numéros, vous avez deux fois plus de chances d'être appelé(e)). »

RSNBFIX

De combien de numéros de téléphone fixe dispose-t-on dans votre foyer

SI APPELÉ(E) SUR FIXE < y compris celui sur lequel je vous appelle > ?

Relancer si nécessaire : « On entend par numéros de téléphone fixe les numéros des abonnés France Télécom et les numéros de téléphonie fixe illimitée du type Freebox ou Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus). »

SI DISPOSE DE PLUS DE DEUX NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE

CTRLFIX

Vous m'avez dit disposer de < nombre de numéros – RSNBFIX > numéros de téléphone fixe.

Attention, nous parlons ici de numéros de téléphone et non pas du nombre des téléphones que vous possédez. Est-ce correct ?

Relancer si nécessaire : « On entend par numéros de téléphone fixe les numéros des abonnés France Télécom et les numéros de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels » (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus).

SI DISPOSE D'AU MOINS UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE

RSNBCL

SI UN SEUL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE Votre numéro de téléphone fixe commence-t-il...

SI PLUSIEURS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE Parmi vos < nombre de numéros – RSNBFIX > numéros de téléphone fixe, combien commencent... par 01, 02, 03, 04 ou 05 (selon votre région) ?

Nous parlons ici des numéros de téléphone fixe classiques (France Télécom et autres opérateurs).

Si le répondant a un numéro de téléphone commençant par 09, coder 0.

Si « Oui », coder 1, si « Non », coder 0.

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 1 SI ÉCHANTILLON FIXE ET UN SEUL NUMÉRO**

GE09

Dans quelle commune résidez-vous ?

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

SI REFUSE DE DONNER LA COMMUNE

GE010

Résidez-vous dans l'agglomération parisienne ?

1. Oui
2. Non

SI REFUSE DE DONNER LA COMMUNE

GE011

Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous résidez ?

Si NSP, relancer par « Même approximativement ».

1. Moins de 2 000 habitants
2. De 2 000 à 20 000 habitants
3. De 20 000 à 100 000 habitants
4. Plus de 100 000 habitants

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS ET A DÉJÀ TRAVAILLÉ DANS SA VIE

PROPOSITION D'ENQUÊTE SUR LE PARCOURS PROFESSIONNEL

EHP1

Dans le cadre de cette enquête, Santé publique France souhaiterait pouvoir vous recontacter dans quelques semaines pour un questionnaire complémentaire, qui permettra de décrire vos années d'études et vos emplois, y compris les périodes où vous avez pu être sans emploi. Ce questionnaire permettra de mieux comprendre les liens entre la santé et le travail. Les analyses qui seront produites seront totalement anonymes.

Acceptez-vous d'être recontacté(e) dans quelques semaines ?

Si la personne le demande, indiquer que le questionnaire durera en moyenne 25 minutes, selon la carrière professionnelle de la personne. Les informations que vous fournirez seront traitées de manière séparée des réponses aux questions que nous venons d'aborder au cours de cet entretien téléphonique.

Les informations personnelles vous sont demandées afin de faciliter le rappel dans quelques semaines.

Ipsos traitera les données personnelles recueillies dans le cadre de cette étude sur la base de votre consentement. Votre participation est libre et volontaire.

Ces données feront l'objet d'un traitement informatisé qui garantira la confidentialité de ces données et le respect de votre vie privée, et seront effacées une fois le rappel effectué. Vos données seront transmises aux seules personnes habilitées d'Ipsos, prestataire de Santé publique France pour cette étude. À aucun moment Santé publique France n'aura accès à vos données nominatives.

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. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant par courriel à : dpo.france@ipsos.com ou par courrier à : Ipsos – Data Protection Officer - 35 rue du Val de Marne, 75013 Paris.

En cas de non-conformité, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, la CNIL.

1. Oui
2. Non

SI ACCEPTE D'ÊTRE RECONTACTÉ(E)

QCOORD1

Afin de vous recontacter, pourriez-vous s'il vous plaît m'indiquer vos coordonnées ?

Je vous rappelle que vos données sont sécurisées et ne seront ni communiquées ni utilisées en dehors de cette étude et seront détruites une fois que vous aurez été rappelé(e).

1. D'accord pour donner ses coordonnées
2. Pas d'accord pour donner ses coordonnées

SI D'ACCORD POUR DONNER SES COORDONNÉES

RI2

Quelle est votre adresse mail ?

SI D'ACCORD POUR DONNER SES COORDONNÉES

TELRAP1

Sur quel numéro de téléphone, souhaitez-vous être joint(e) ?

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.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant par courriel à : dpo.france@ipsos.com ou par courrier à : Ipsos – Data Protection Officer - 35 rue du Val de Marne, 75013 Paris.

Vos données seront conservées par Ipsos pendant douze mois suivant la fin de l'étude.

En cas de non-conformité, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, la CNIL.

Pour plus d'informations, consulter la section Droit des interviewés du site internet Ipsos : <https://www.ipsos.com/fr-fr>

Notre entretien est terminé. Au nom de Santé publique France, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Je vous souhaite une bonne soirée.

(Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de Santé publique France, je vous invite à aller consulter le site internet www.santepubliquefrance.fr).

COM1

Enquêteur avez-vous des commentaires à rajouter ?

1. Oui (préciser)
2. Non