



Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

2019

Numéro Gazel

Important

Pour toute correspondance avec l'équipe Gazel, merci d'utiliser nos coordonnées (adresse postale ou e-mail) figurant dans le cadre ci-dessous.

Ce questionnaire de suivi passe dans un système de lecture automatisée. Seules les informations indiquées dans les cases prévues à cet effet seront prises en compte.

Toute annotation sur cette page ou les suivantes risque de ne pas nous parvenir.

Pour nous écrire

COHORTE GAZEL - UMS 011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX

gazel@inserm.fr





* G Z 0 1 9 0 2 *

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

- Utilisez un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases .

Répondez en faisant une croix dans une case.

Exemple: *Quel est votre sexe?* Masculin ₁ Féminin ₂

- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES.

Exemple: C O N J O N C T I V I T E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le chiffre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple: *Combien de cigarettes fumez-vous par jour?* 5

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix dans une case entre deux extrêmes.

Exemple: *Comment jugez-vous votre état de santé?*

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir: JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple: Date de votre consultation médicale: / / 2 0
jour mois année

Si la date est le 5 janvier 2019, remplissez: 5 / 1 / 2 0 1 9

- Enfin, vérifiez que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

i Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.

L'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout de la bonne qualité des informations recueillies. Il faut environ 25 à 30 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir de façon aussi précise que possible. Nous vous rappelons que votre participation n'a aucun caractère obligatoire. Vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès et de rectification au fichier informatique conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 auprès de l'Inserm UMS 011 «cohortes épidémiologiques en population»

CE QUESTIONNAIRE RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIEL



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

1. Comment jugez-vous votre état de santé général ?

A B C D E F G H
Très bon Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

- A B C D E F G H
- Votre logement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre quartier ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos loisirs ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - La vie que vous menez actuellement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre travail ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
- ₁ Je ne travaille pas actuellement

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ? kg

4. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ? ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été

découvert au cours des **12 derniers mois** ? ₁ Oui ₂ Non

5. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été **hospitalisé(e)** pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découvert un problème cardiaque au cours **d'une hospitalisation** ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker...)

₁ Oui ₂ Non

6. Êtes-vous limité(e) depuis **au moins 6 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) ₃ Oui, légèrement limité(e) ₄ Non

↳ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)

₁ Autre(s) raison(s) de santé

7. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? ₁ Oui ₂ Non



* G Z 0 1 9 0 4 *

8. Voici une liste de problèmes de santé. Cochez ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des 12 derniers mois (que vous ayez eu ou non un arrêt de travail, que vous ayez eu ou non un traitement).

Affections respiratoires

- Bronchite chronique, BPCO, emphysème, insuffisance respiratoire..... 1
- Asthme..... 2

Affections cardio-vasculaires

- Hypertension artérielle 3
- Angine de poitrine, maladie des coronaires 4
- Infarctus du myocarde 5
- Troubles du rythme cardiaque, pacemaker 6
- Insuffisance cardiaque 7
- Artérite des membres inférieurs..... 8
- Phlébite, embolie pulmonaire 9

Affections des os et des articulations

- Sciatique 10
- Douleurs au bas du dos, lombalgie 11
- Douleurs au niveau du cou, cervicalgie..... 12
- Douleurs articulaires ou musculaires:
 - Épaule..... 13
 - Coude, main 14
 - Genou, hanche 15
- Syndrome du canal carpien..... 16
- Ostéoporose 17
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA)..... 18

Affections digestives

- Constipation sévère..... 19
- Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre)..... 20

Maladies endocriniennes ou métaboliques

- Maladie de la thyroïde..... 21
- Diabète 22
- Cholestérol, triglycérides élevés 23

Affections oculaires

- Glaucome, hypertension oculaire 24
- Cataracte 25
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) 26

Affections urinaires et génitales

- Coliques néphrétiques, calculs urinaires..... 27
- Pertes involontaires d'urine 28
- Insuffisance rénale chronique..... 29
- Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, autre) 30
- Maladie de la prostate (adénome) 31
- Maladie du sein 32
- Endométriose 33
- Troubles liés à la ménopause 34

Affections psychiques

- Troubles anxieux 35
- Dépression 36
- Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive..... 37

Affections neurologiques

- Accident vasculaire cérébral 38
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance 39
- Migraines..... 40
- Maladie de Parkinson..... 41
- Maladie d'Alzheimer..... 42

Cancer 43

▾ Précisez la localisation :

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Côlon-rectum | <input type="checkbox"/> 1 Poumon | <input type="checkbox"/> 1 Prostate | <input type="checkbox"/> 1 Sein |
| <input type="checkbox"/> 1 Col de l'utérus | <input type="checkbox"/> 1 Utérus (endomètre) | <input type="checkbox"/> 1 Os | |
| <input type="checkbox"/> 1 Mélanome | <input type="checkbox"/> 1 Vessie | <input type="checkbox"/> 1 Testicule | <input type="checkbox"/> 1 Rein |
| <input type="checkbox"/> 1 Thyroïde | <input type="checkbox"/> 1 Estomac | <input type="checkbox"/> 1 Pancréas | <input type="checkbox"/> 1 Foie |
| <input type="checkbox"/> 1 Cerveau | <input type="checkbox"/> 1 Leucémie | <input type="checkbox"/> 1 Lymphome | <input type="checkbox"/> 1 Autre |

Autres

- Apnées du sommeil 44
- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique 45
- Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite, urticaire, eczéma, oedème de Quincke, autre 46
- Psoriasis 47

Autre(s) problème(s) de santé, y compris psychique(s) (indiquez une seule pathologie par ligne)

48

49

50



1 Nous aimerions savoir comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines. Répondez aux questions suivantes, en cochant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez.

Récemment, et en particulier ces dernières semaines :

9. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?

- ₁ Mieux que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Moins bien que d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

10. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

12. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

- ₁ Plus que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Moins bien que d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

13. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou «stressé(e)» ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

14. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

- ₁ Plus que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Moins utile que d'habitude ₄ Beaucoup moins utile que d'habitude

15. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

16. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?

- ₁ Plus que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Un peu moins que d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

17. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?

- ₁ Mieux que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Un peu moins que d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

18. Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

19. Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

20. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

- ₁ Pas du tout ₂ Pas plus que d'habitude ₃ Un peu plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

21. Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

- ₁ Plus que d'habitude ₂ Comme d'habitude ₃ Un peu moins que d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude



III. DE LA NAISSANCE À L'ADOLESCENCE

Les questions de 22 à 26 sont à renseigner à l'aide de votre carnet de santé.

22. Pouvez-vous consulter le carnet de santé remis à vos parents à votre naissance ? ₁ Oui ₂ Non

↳ Si non allez directement à la question 27.

23. Quel poids de naissance est indiqué dans votre carnet de santé ? g

24. Quelle taille de naissance est indiquée dans votre carnet de santé ? , cm

25. Selon les informations que vous trouverez dans votre carnet de santé, renseignez UNE des informations suivantes :

- Naissance à terme (après 8 ½ mois de grossesse) : ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- Naissance à : , mois de grossesse
- Naissance : jours avant le terme
- Âge gestationnel : semaines d'aménorrhée

26. Reportez les mesures du poids, de la taille, du périmètre crânien notées dans le carnet de santé lors des visites médicales au cours de la première année de vie (si plus de 4 mesures sont notées, choisir une date par trimestre où le poids ET la taille sont tous deux renseignés), ainsi que lors de l'examen du 24^e mois.

	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)
Mesure 1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Mesure 2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Mesure 3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Mesure 4	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Examen du 24 ^e mois	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm

27. Êtes-vous né(e) par césarienne ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

28. Avez-vous été allaité(e) par votre mère ou une autre personne ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

↳ Si oui, pendant combien de temps ?

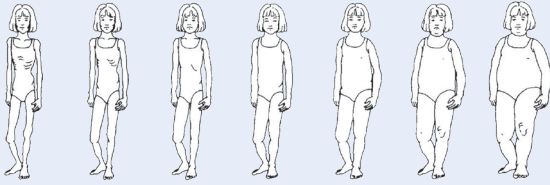
₁ Moins d'1 mois ₂ De 1 à 3 mois ₃ De 4 à 6 mois ₄ De 7 à 12 mois ₅ Plus de 12 mois ₆ Je ne sais pas



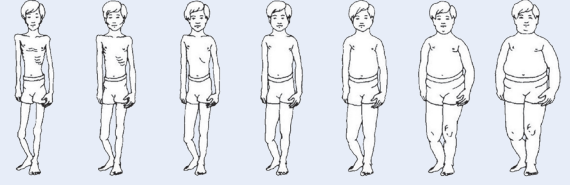
29. Parmi les silhouettes illustrées ci-dessous, indiquez celle qui se rapproche le plus de votre silhouette à l'âge de **8 ANS**, en indiquant la lettre correspondante dans la case suivante :

Fille

Garçon



A B C D E F G

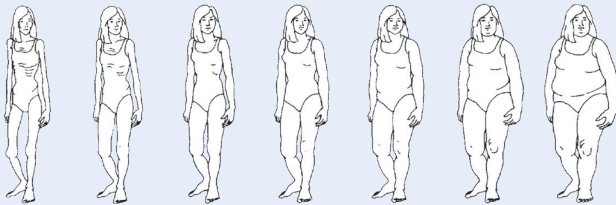


H I J K L M N

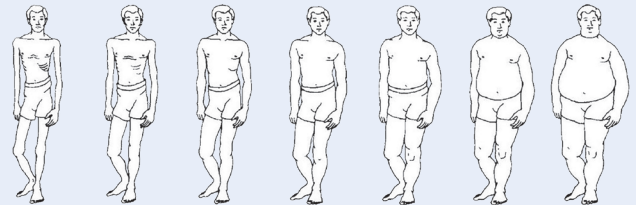
30. Parmi les silhouettes illustrées ci-dessous, indiquez celle qui se rapproche le plus de votre silhouette à l'âge de **18 ANS**, en indiquant la lettre correspondante dans la case suivante :

Femme

Homme



A B C D E F G



H I J K L M N

31. Combien de frères et sœurs de mêmes parents avez-vous ? (y compris vos frères et sœurs adoptés ou décédés)

Frères et sœurs de mêmes parents

₁ Je ne sais pas

32. Combien de demi-frères et demi-sœurs avez-vous ? (y compris vos demi-frères et demi-sœurs adoptés ou décédés)

Demi-frères et demi-sœurs

₁ Je ne sais pas

33. En considérant uniquement le côté maternel, quel est votre rang de naissance ? (indiquez 1 si vous êtes le premier enfant de votre mère, 2 si vous êtes le deuxième...)

₁ Je ne sais pas

34. Est-ce que votre mère a travaillé durant les périodes suivantes :

- Lorsqu'elle était enceinte de vous ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- Pendant votre première année de vie ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- Quand vous aviez entre 1 et 5 ans ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- Quand vous aviez entre 6 et 11 ans ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- Quand vous aviez entre 12 et 18 ans ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas



35. Quel était le niveau de diplôme de votre père et de votre mère pendant votre adolescence ?

de votre père ↓	Niveau d'étude	de votre mère ↓
<input type="checkbox"/> 1	<i>Je ne sais pas</i>	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<i>Sans diplôme</i>	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<i>Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires, Diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges)</i>	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<i>Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP)</i>	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<i>Baccalauréat ou diplôme équivalent ^(a)</i>	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<i>Bac +2 ou +3 ^(b)</i>	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<i>Bac +4 ^(c)</i>	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<i>Bac +5 ou plus ^(d)</i>	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<i>Autre</i>	<input type="checkbox"/> 9
↪ Si autre, précisez ici pour votre père :		↪ Si autre, précisez ici pour votre mère :
<input type="text"/>		<input type="text"/>

(a) Exemples : Capacité en droit, Diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), Brevet Professionnel (BP), Brevet de Technicien (BT), Probatoire du Diplôme d'Etudes Comptables Supérieures (DECS)

(b) Exemples : Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT), Brevet de Maîtrise (BM), Diplôme des Métiers d'Arts (DMA), Diplôme d'études universitaires générales (DEUG), Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST), Licence, Licence professionnelle

(c) Exemples : Maîtrise, Maîtrise des Sciences et Techniques (MST), Maîtrise des Sciences de Gestion (MSG), Master 1

(d) Exemples : Diplôme d'études approfondies (DEA), Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), Master 2, Doctorat, Diplôme de recherche technologique (DRT)

36. Pour chacun de vos ascendants (père, mère, grands-parents) indiquez s'ils sont nés en France ou dans un autre pays. S'ils sont nés en France, précisez les noms des départements et communes. (merci d'écrire en lettres capitales)

Si vous ne souhaitez pas répondre, cochez cette case : 1

	Né(e) en France	Né(e) hors de France	Je ne sais pas	Si né(e) en France, précisez si possible le département et la commune :
Mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
Grand-mère maternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
Grand-père maternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
Père <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
Grand-mère paternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>
Grand-père paternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année de naissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Département (nom ou numéro) : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>



IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

37. **Actuellement**, fumez-vous (sauf cigarette électronique) ?

- ₁ Oui (au moins une fois par jour) ₂ Non ou occasionnellement

↳ Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne :

De cigarettes : De cigarillos :
De pipes : De cigares :

38. **Actuellement**, utilisez-vous la cigarette électronique ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

- ₁ Moins d'1 an ₂ 1 an ₃ 2 ans ₄ 3 ans ou plus

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s)
₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

- ₁ 0 (sans nicotine)
₂ Moins de 6
₃ 6 à 12
₄ 13 ou plus
₅ Je ne sais pas

39. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit...) ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, à quelle fréquence en avez-vous consommé ?

- ₁ Moins d'1 fois par mois
₂ 1 à 2 fois par mois
₃ Au moins 1 fois par semaine
₄ Tous les jours ou presque



V. BOISSONS ALCOOLISÉES

Les questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées en nombre de verres dits «standard». Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.



40. Pouvez-vous décrire, en nombre de verres standard, votre consommation de boissons alcoolisées au cours de la **dernière semaine** ? (si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1^{ère} colonne)

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, Champagne Rouge, blanc, rosé	Alcool fort Whisky, Vodka, Pastis...	Apéritif Suze, Martini...	Premix* Nb de bouteilles 30 cl	Cocktail Gin tonic, Punch, Tequila sunrise...
		Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard		Nb de verres standard
<i>Du lundi au jeudi</i> (Nombre de verres / jour en moyenne)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Vendredi</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Samedi</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Dimanche</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Premix: petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5°: Smirnoff Ice, Boomerang...

41. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé d'être ivre ? 1 Oui 2 Non

42. Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous bu au moins **6 verres standard de boissons alcoolisées** (si vous êtes un homme) ou **5** (si vous êtes une femme), en 2 heures ou moins ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'1 fois par mois
- 3 Chaque mois
- 4 Chaque semaine
- 5 Chaque jour ou presque



VI. CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT ET UTILISATION DE PRODUITS MÉNAGERS

Les questions 43 à 62 portent sur le logement dans lequel vous résidez le plus souvent.

43. Habitez-vous dans votre logement depuis au moins un an ? ₁ Oui ₂ Non

44. Vous logez dans :

₁ Une maison

₂ Un appartement (y compris loft, duplex...) dans un immeuble

➔ Si oui, à quel étage ?

₃ Autre (bâtiment industriel réhabilité, péniche, caravane, mobil home...)

45. Quelle est la surface en m² (mètres carrés) de votre logement ? m² ₁ Je ne sais pas

46. À part vous-même, combien de personnes vivent actuellement dans le même logement que vous ?

47. Votre logement ou votre immeuble a-t-il :

▪ Des caves ou un sous-sol : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, arrive-t-il parfois que de l'eau stagne sur le sol ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ? ₁ Oui ₂ Non

▪ Un vide-sanitaire : ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

48. Les critiques suivantes s'appliquent-elles à votre logement ?

▪ Difficile ou trop coûteux à bien chauffer ₁ Oui ₂ Non

▪ Odeur de moisi ₁ Oui ₂ Non

▪ Sensation d'humidité ₁ Oui ₂ Non

▪ Condensation (buée) sur les fenêtres ou les murs ₁ Oui ₂ Non

▪ Taches d'humidité sur les murs ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Dans quelle(s) pièce(s) :

₁ Salle de bain ₁ Cuisine ₁ Séjour ₁ Votre chambre à coucher

₁ Une autre chambre ₁ Sous-sol ₁ Grenier ₁ Autres pièces

• S'agit-il de taches dues à de l'humidité qui remonte du sol, visibles en bas des murs des pièces situées au rez-de-chaussée ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je n'ai pas de pièce en rez-de-chaussée

49. Les fenêtres de votre logement ont-elles été changées au cours des 12 derniers mois ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

50. Votre logement dispose-t-il d'un système de ventilation (ventilation mécanique contrôlée (VMC), barrettes de ventilation sur les fenêtres, bouche de ventilation naturelle...)?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui, est-il obstrué ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas



51. Aérez-vous votre logement en ouvrant les fenêtres ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de temps par jour en moyenne ?

- En été : ₁ Jamais ₂ Moins de 10 min ₃ Plus de 10 min
- En hiver : ₁ Jamais ₂ Moins de 10 min ₃ Plus de 10 min

52. Votre logement a-t-il déjà subi un dégât des eaux, par exemple à la suite de canalisations cassées, fuites ou inondations ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui et concernant le dernier dégât :

- Est-il résolu ? ₁ Oui ₂ Non
- Combien de temps ce dégât des eaux a-t-il duré ?

₁ Moins d'1 mois ₂ De 1 mois à 3 mois ₃ De 4 mois à 6 mois ₄ De 7 mois à 12 mois ₅ Plus de 12 mois

53. La question suivante porte sur la présence de moisissures sur une surface quelconque (nourriture exclue) à l'intérieur de différentes pièces de votre logement. Si vous n'avez observé aucune moisissure, indiquez-le dans la 1^{ère} colonne. Si vous en avez observé, évaluez leur surface en vous aidant des références illustrées ci-dessous, et indiquez depuis combien de temps elles sont visibles.



	Aucune moisissure	« Surface moisie »					« Visible depuis »		
		Petites taches (sur les joints ou les fenêtres)	Taches de moins de 200 cm ² sur les murs	Taches de 200 cm ² à 1 m ² sur les murs	Taches de 1 m ² à 3 m ² sur les murs	Taches de plus de 3 m ² sur les murs	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	Plus de 6 mois
Salle de bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Cuisine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Salle de séjour	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Votre chambre à coucher	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Une autre pièce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

54. Quel âge a votre matelas ?

₁ Moins d'1 an ₂ De 1 à 5 ans ₃ De 6 à 10 ans ₄ Plus de 10 ans ₅ Je ne sais pas

55. Avez-vous des plantes d'intérieur ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? ₁ De 1 à 5 ₂ Plus de 5



56. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile, par exemple par votre conjoint, un(e) aide, un(e) employé(e) à domicile, des membres de la famille, des amis... ?

₁ Oui ₂ Non

i Les questions 57 à 62 concernent la réalisation de différentes activités de ménage et l'utilisation de produits de nettoyage, à votre domicile. Pour chacune, indiquez **combien de jours par semaine en moyenne** vous les avez effectuées ou utilisés **personnellement**, au cours des **12 derniers mois**.

	Jamais	Moins de 1 jour par semaine	1 à 3 jours par semaine	4 à 7 jours par semaine
57. Faire le ménage à votre domicile :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
58. Effectuer les activités de ménage suivantes :				
- Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Passer la serpillière ou lessiver les sols	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Nettoyer la salle d'eau ou de bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Nettoyer la cuisine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Lustrer, cirer le parquet ou les meubles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
59. Utiliser les produits suivants quelle que soit leur forme (liquide, mousse, poudre, spray...) :				
- Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Ammoniac	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Acide (produits pour enlever le tartre, vinaigre, acide chlorhydrique...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Lingettes nettoyantes ou désinfectantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Produits d'entretien 'Bio' ou 'Verts'	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Produits faits maison	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
60. Utiliser les sprays suivants quelle que soit leur forme (atomiseur, bombe aérosol, vaporisateur, pulvérisateur...) :				
- Spray pour les meubles, tables ou plans de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour la douche, baignoire ou lavabos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour laver le sol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour dégraisser ou nettoyer le four	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour le repassage (uniquement les produits du commerce destinés à faciliter le repassage, le défroissage)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray insecticide, pesticide ou acaricide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Spray pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les taches...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



61. Combien de **temps au total** par semaine utilisez-vous **au moins l'un de ces produits** (parmi ceux listés aux questions 59 et 60) **quelle que soit sa forme** ?

- ₁ Jamais
- ₂ Moins de 10 minutes par semaine
- ₃ De 10 à 30 minutes par semaine
- ₄ De 30 minutes à 1 heure par semaine
- ₅ De 1 à 2 heures par semaine
- ₆ Plus de 2 heures par semaine

62. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés dans **votre logement** (par vous-même ou une autre personne) ?

	Jamais	Moins de 1 jour par semaine	1 à 3 jours par semaine	4 à 7 jours par semaine
- Parfums d'ambiance, désodorisants d'intérieur, senteurs liquides ou solides	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Bougies parfumées, encens	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Rafraîchisseur d'air électrique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Rafraîchisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VII. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI ET MATÉRIELLE

63. Par rapport à il y a **1 an**, pensez-vous que votre situation professionnelle est :

- ₁ Meilleure
- ₂ Identique
- ₃ Moins bonne
- ₄ Non concerné(e)

64. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation professionnelle ? Vous êtes :

- ₁ Très confiant(e)
- ₂ Assez confiant(e)
- ₃ Pas très confiant(e)
- ₄ Pas confiant(e) du tout
- ₅ Non concerné(e)

65. Par rapport à il y a **1 an**, pensez-vous que votre situation financière est :

- ₁ Meilleure
- ₂ Identique
- ₃ Moins bonne

66. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation financière ? Vous êtes :

- ₁ Très confiant(e)
- ₂ Assez confiant(e)
- ₃ Pas très confiant(e)
- ₄ Pas confiant(e) du tout



67. Quelle est votre situation **actuelle** vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
↳ Précisez votre métier :
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
↳ Précisez le motif :
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre, précisez :

68. **Actuellement**, vivez-vous en couple ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

↳ Si oui, quelle est la situation actuelle de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il ou elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre, précisez :

VIII. ÉVÉNEMENTS DE VIE

69. Parmi les événements suivants, lesquels vous sont arrivés **personnellement**, au cours des **12 derniers mois** ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union...)
- ₁ Mariage, PACS
- ₁ Divorce, séparation
- ₁ Période(s) d'hébergement précaire
- ₁ Décès de votre conjoint(e)
- ₁ Décès d'un enfant
- ₁ Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant)
- ₁ Tentative(s) de suicide
- ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement...)

₁ Aucun des événements ci-dessus

₁ Autre(s), précisez :



i Si vous avez **moins de 45 ans**, vous avez terminé ; merci de votre participation.

IX. POUR LES 45 ANS ET PLUS

i Les questions 70 à 75 concernent des activités quotidiennes. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

70. *Utilisation du téléphone :*

- ₁ Je n'ai pas de téléphone
- ₂ Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros
- ₃ Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus
- ₄ Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- ₅ Je suis incapable d'utiliser le téléphone

71. *Déplacements en transports :*

- ₁ Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture)
- ₂ Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- ₃ Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- ₄ Je peux me déplacer en taxi ou en voiture, si je suis accompagné(e)
- ₅ Je ne me déplace pas du tout

72. *Prise de médicaments :*

- ₁ Je ne prends jamais de médicaments
- ₂ Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires
- ₃ Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- ₄ Je suis incapable de les prendre moi-même

73. *Gestion du budget :*

- ₁ Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer des factures...)
- ₂ Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme
- ₃ Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

74. *Remplissez-vous vous-même votre déclaration de revenus aux impôts ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non, je ne le fais plus
- ₃ Non, je ne l'ai jamais fait

75. *Actuellement, utilisez-vous une carte de paiement (carte bleue, visa...) ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non, j'ai arrêté de l'utiliser
- ₃ Non, je n'en ai jamais eu

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION
