



* G Z 0 2 0 0 1 *

Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

2020

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 contacter

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

gazel@inserm.fr





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 2020, remplissez : 0 5 / 0 1 / 2 0 2 0

- 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



* 6 2 0 2 0 0 3 *

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

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

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ? kg4. 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 Non5. 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 Non6. 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 2 0 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, œdème 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



* 6 Z 0 2 0 0 5 *

9. Avez-vous déjà eu une infection urinaire à la vessie **ayant nécessité la prise d'antibiotiques** ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Combien de fois avez-vous eu ce type d'infection au cours de **votre vie** ?

₁ 1 ou 2 fois ₂ 3 ou 4 fois ₃ Plus de 4 fois

• À quel âge avez-vous eu ce type d'infection pour la première fois ?

ans ₁ Je ne sais pas

• À quel âge avez-vous eu ce type d'infection pour la dernière fois ?

ans ₁ Je ne sais pas

10. Avez-vous un tatouage ?

₁ Oui ₂ Non, mais j'ai l'intention de m'en faire faire un ₃ Non

➔ Si oui, la surface tatouée sur votre corps est : ₁ Plus petite que la paume de votre main
₂ Plus grande que la paume de votre main

11. Pouvez-vous monter ou descendre **seul(e)** un étage d'escalier ?

₁ Oui, sans aucune difficulté
₂ Oui, mais avec quelques difficultés
₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non

12. Pouvez-vous marcher un kilomètre **seul(e)** sans vous arrêter (en marchant avec ou sans canne, béquilles...)?

₁ Oui, sans aucune difficulté
₂ Oui, mais avec quelques difficultés
₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non

13. Pouvez-vous porter **seul(e)** un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ?

₁ Oui, sans aucune difficulté
₂ Oui, mais avec quelques difficultés
₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non



* 6 2 0 2 0 0 6 *

III. VOTRE SOMMEIL

14. **En moyenne**, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin **généralement** pour être en forme le lendemain ?

heures minutes

15. Au cours des **8 derniers jours**, avez-vous eu des problèmes de sommeil ?

₁ Pas du tout ₂ Un peu ₃ Beaucoup ₄ Je ne sais pas

16. Pensez-vous être une personne :

₁ Tout à fait du matin ₃ Tout à fait du soir ₅ Ni du soir, ni du matin ₇ Je ne sais pas
₂ Plutôt du matin ₄ Plutôt du soir ₆ Les 2 : du matin et du soir

I Les réponses à indiquer aux questions suivantes correspondent soit à un horaire (format : de 0 à 24 heures), soit à une durée comme précisé à la suite de chaque question.

17. **En semaine ou en période de travail**, et le plus souvent :

- À quelle heure vous mettez-vous au lit ? (horaire) heures minutes
- À quelle heure éteignez-vous la lumière ? (horaire) heures minutes
- Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée) heures minutes
- Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

- En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois par nuit
- Quelle est la durée **moyenne** des périodes où vous êtes réveillé(e) ? (durée)

heures minutes ₁ Je ne sais pas

- À quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? (horaire) heures minutes
- À quelle heure vous levez-vous ? (horaire) heures minutes

18. **Les jours de repos ou de vacances**, et le plus souvent :

- À quelle heure vous mettez-vous au lit ? (horaire) heures minutes
- À quelle heure éteignez-vous la lumière ? (horaire) heures minutes
- Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée) heures minutes
- Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

- En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois par nuit
- Quelle est la durée **moyenne** des périodes où vous êtes réveillé(e) ? (durée)

heures minutes ₁ Je ne sais pas

- À quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? (horaire) heures minutes
- À quelle heure vous levez-vous ? (horaire) heures minutes



* 6 2 0 2 0 0 7 *

IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

19. **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 :

20. **Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique ?** ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- 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

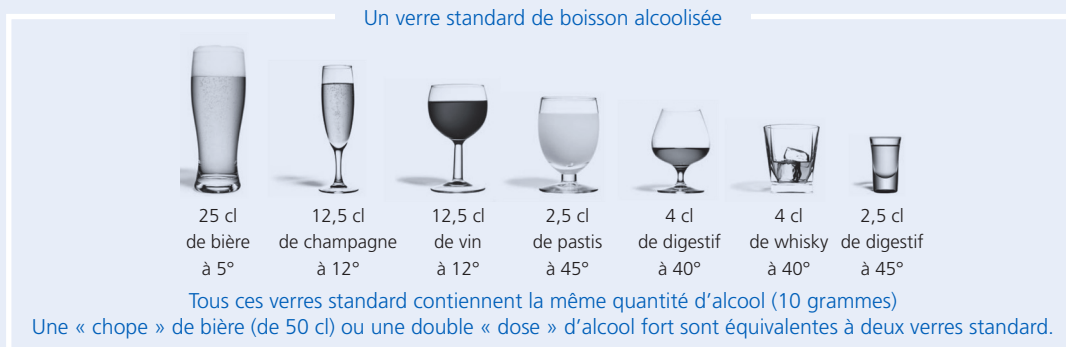
21. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis (haschich, marijuana, herbe, joint, shit...) ?**

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



Pour les 3 questions suivantes, indiquez, **en moyenne**, au cours des 12 derniers mois :

22. **Combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ?**

₁ Jamais ₂ 1 fois par mois ₃ 2 à 4 fois par mois ₄ 2 à 3 fois par semaine ₅ 4 fois ou plus par semaine

23. **Combien de verres standard avez-vous bus au cours d'une journée ordinaire où vous buviez de l'alcool ?**

₁ 1 ou 2 ₂ 3 ou 4 ₃ 5 ou 6 ₄ 7 à 9 ₅ 10 ou plus

24. **Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres standard ou plus ?**

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



VI. EXPOSITIONS AUX PESTICIDES

I Les pesticides comprennent : les produits destinés à lutter contre les organismes nuisibles (tels que les insectes volants ou rampants), les shampoings anti-poux et/ou antiparasitaires (appliqués sur vous-même ou un proche), les traitements appliqués sur les animaux domestiques (hormis les comprimés antiparasitaires), sur le bois, les plantes intérieures et extérieures, dans les jardins, etc. Tous ces produits peuvent se présenter en sprays, lotions, poudres, diffuseurs électriques...

I Les questions 25 à 28 font référence au logement dans lequel vous résidez le plus souvent.

25. Vous logez dans :

- ₁ Une maison
- ₂ Un appartement dans un immeuble (y compris loft, duplex...)
 ➔ Si oui, à quel étage se situe votre appartement ?
- ₃ Une ferme ou exploitation agricole
- ₄ Autre (bâtiment industriel réhabilité, péniche, caravane, mobil-home...)

26. Ce logement possède-t-il :

- Un jardin ? ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, comporte-t-il un potager et/ou des arbres fruitiers ? ₁ Oui ₂ Non
- Une terrasse, une cour ou un balcon ? ₁ Oui ₂ Non

27. En dehors de ce logement, avez-vous un jardin (jardin de maison de campagne, jardin ouvrier, jardin partagé...)?

- ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, comporte-t-il un potager et/ou des arbres fruitiers ? ₁ Oui ₂ Non

28. Habitez-vous à moins de 500 m d'un champ cultivé appartenant à une exploitation agricole ?

- ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si non, passez directement à la question 29.
- ➔ Si oui, indiquez pour chaque type de culture, la **distance approximative** (en mètres) de la parcelle la **plus proche**. Par exemple :
- vous habitez près de 2 champs de vignes, l'un à 200 m et l'autre à 400 m, sur la ligne « Vignes, verger » cochez « De 100 à moins de 300 m » ;
 - vous habitez à 50 m d'un champ de céréales et à 500 m d'un champ de colza, sur la ligne « Céréales, maïs, colza » cochez « De 50 à moins de 100 m ».

	Moins de 50 m	De 50 à moins de 100 m	De 100 à moins de 300 m	De 300 à 500 m
Céréales, maïs, colza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vignes, verger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autre type de culture ou une culture dont vous ne connaissez pas le type	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

29. Actuellement, avez-vous un animal de compagnie ?

- ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, lequel : (plusieurs réponses possibles)
- ₁ Chien ₁ Chat ₁ Poisson ₁ rongeur ₁ Oiseau ₁ Autre



i Les questions 30 à 39 concernent l'usage de pesticides à votre domicile, que ce soit à l'intérieur ou autour de votre logement, qu'il s'agisse de votre logement principal ou secondaire, et sans lien avec une activité professionnelle. Certaines questions concernent votre usage personnel, et d'autres l'usage fait par une autre personne de votre entourage.

30. Pour chaque saison des 12 derniers mois, indiquez **combien de fois par semaine en moyenne** vous avez utilisé **personnellement** des pesticides pour lutter contre des **insectes volants** (moustiques, mouches...) en les appliquant **sur la peau** (colonnes de gauche) ou **dans votre logement** (colonnes de droite) :

En les appliquant sur la peau (spray, baume...)				Saison :	En les appliquant dans votre logement (air, sol, eau...) Exemple : diffuseur électrique, bombes insecticides...			
Jamais	Moins de 1 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	4 à 7 fois par semaine		Jamais	Moins de 1 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	4 à 7 fois par semaine
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Au printemps ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ En été ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ En automne ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ En hiver ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

31. Le tableau suivant concerne l'utilisation de pesticides sur deux périodes : Printemps - Été (colonnes de gauche) et Automne - Hiver (colonnes de droite), au cours des 12 derniers mois. Pour chacune d'elles, indiquez **combien de fois par mois en moyenne** vous avez utilisé **personnellement** des traitements :

Période : Printemps - Été				Traitement :	Période : Automne - Hiver			
Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois		Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Anti-poux sur vous-même ou un proche ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre d'autres parasites du corps humain sur vous-même ou un proche (gale...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Sur vos animaux domestiques (contre les puces, tiques...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Sur le bois (contre les termites, capricornes...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les rongeurs (souris, rats...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les acariens ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les araignées ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les cafards ou blattes ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les punaises ou puces de lit ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Contre les fourmis ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Sur vos plantes d'intérieur et d'extérieur, contre :								
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Les insectes (puçerons, cochenilles...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...) ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	◀ D'autres maladies ▶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



* 6 2 0 2 0 1 0 *

Période : Printemps - Été				Traitement :	Période : Automne - Hiver			
Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois		Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois
• Dans vos jardins et potagers, contre :								
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les insectes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les mauvaises herbes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Autres (limaces, escargots, chenilles, pyrale du buis...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• Dans vos espaces extérieurs (balcon, terrasse, cour, piscine, allée, toiture...), contre :								
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les mousses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les lichens	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	Les mauvaises herbes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	D'autres nuisances	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

i Les questions 32 à 36 concernent les personnes utilisant **personnellement** des pesticides à leur domicile, que ce soit à l'intérieur ou autour du logement. Si vous n'en utilisez pas, passez directement à la question 37.

32. Lisez-vous les notices des produits ou les indications sur les emballages ?

₁ Systématiquement ₂ Parfois ₃ Jamais

↳ Lorsque vous les lisez, appliquez-vous les recommandations et les doses indiquées ?

₁ Systématiquement ₂ Parfois ₃ Jamais

33. Portez-vous des protections lors de l'usage de ces produits (gants, masques...) ?

₁ Systématiquement ₂ Parfois ₃ Jamais

34. Vous lavez-vous les mains après usage de ces produits ?

₁ Systématiquement ₂ Parfois ₃ Jamais

35. Après utilisation de pesticides en aérosol ou pulvérisation, aérez-vous votre logement ?

₁ Systématiquement ₂ Parfois ₃ Jamais

36. Comment éliminez-vous les emballages vides ?

₁ Poubelle (y compris tri sélectif) ₂ Déchetterie ₃ Je ne sais pas



* 6 Z 0 2 0 1 1 *

La question 37 concerne l'utilisation de pesticides par une autre personne que vous-même (par exemple : votre conjoint(e), un(e) aide, un(e) employé(e) à domicile, ...) à votre domicile, que ce soit à l'intérieur ou autour de votre logement.

37. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois par mois en moyenne, une autre personne que vous-même a utilisé un traitement pour :

	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois
Traiter vos animaux domestiques	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Lutter contre les nuisibles de la maison (insectes...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Traiter vos plantes d'intérieur et d'extérieur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Traiter vos jardins et potagers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Traiter vos espaces extérieurs (balcon, terrasse, cour, piscine...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

38. Au cours des 12 derniers mois, si vous-même ou une autre personne de votre entourage avez utilisé des pesticides à votre domicile (que ce soit à l'intérieur ou autour de votre logement), pouvez-vous lister les 3 produits les plus fréquemment utilisés ?

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39. Au cours des 12 derniers mois, si un pesticide a été utilisé à votre domicile, que ce soit à l'intérieur ou autour de votre logement, par vous-même ou une autre personne, avez-vous eu une irritation ou une autre manifestation (rougeurs, démangeaisons, yeux qui piquent...)?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas ₄ Pas de pesticides utilisés

➔ Si oui, de quel type ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Cutanée (rougeurs, démangeaisons...)
- ₁ Oculaire (yeux qui piquent...)
- ₁ Respiratoire (toux...)
- ₁ Digestive (vomissements, diarrhée...)
- ₁ Autre (maux de tête...)

VII. VOTRE USAGE DE L'EAU

40. Dans le tableau suivant, indiquez la source d'eau que vous buvez habituellement à votre domicile (colonne de gauche) et à l'extérieur (colonne de droite), ainsi que la quantité, en litre(s) par jour. Comptez aussi l'eau de vos cafés, thés, tisanes, sirops...

L'eau que vous buvez à votre domicile	Type d'eau :	L'eau que vous buvez à l'extérieur de votre domicile
<input type="checkbox"/> ₁	◀ Eau du robinet non filtrée ▶	<input type="checkbox"/> ₁
<input type="checkbox"/> ₂	◀ Eau du robinet filtrée ▶	<input type="checkbox"/> ₂
<input type="checkbox"/> ₃	◀ Eau en bouteille ▶	<input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/> ₄	◀ Autre (puits privé, collecteur d'eau de pluie...) ▶	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> litre(s)	◀ Quelle quantité en buvez-vous par jour (en litres) ? (N. B. : 1 litre = 5 verres) ▶	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> litre(s)



* 6 2 0 2 0 1 2 *

41. **Habituellement**, utilisez-vous un filtre à eau ou un système de filtration à votre domicile ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui, de quel type ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Carafe filtrante (type Brita, par exemple)
₁ Système de filtration raccordé à un de vos robinets
₁ Système de filtration par osmose inversée
₁ Adoucisseur d'eau
₁ Autre
₁ Je ne sais pas

i Les questions 42 à 46 concernent votre consommation **habituelle** de fruits et légumes frais.

	Jamais ou moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus
42. Consommez-vous des fruits frais ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43. Consommez-vous des légumes frais (y compris salades, tomates...) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

44. Comment préparez-vous **habituellement** ces fruits et/ou légumes frais avant consommation ou cuisson ? (plusieurs réponses possibles)

	Vous les lavez ou les rincez	Vous les essuyez	Vous les épluquez ou enlevez les feuilles extérieures
Fruits frais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Légumes frais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁

45. Quelle proportion de votre consommation de ces fruits et/ou légumes frais est issue de l'agriculture biologique ?

	Aucune ou très faible	Moins de la moitié	Plus de la moitié	La totalité ou presque
Fruits frais « bio » :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Légumes frais « bio » :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

46. Au cours des **12 derniers mois** avez-vous consommé des fruits et/ou légumes de votre jardin ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je n'ai pas de potager ni d'arbre fruitier

i Les questions 47 à 52 concernent votre usage de l'eau dans vos activités quotidiennes actuelles.

47. Combien de fois **en moyenne** prenez-vous une douche ?

₁ Tous les jours ou presque ₂ 3 à 4 fois par semaine ₃ 1 à 2 fois par semaine ₄ 1 à 2 fois par mois ₅ Jamais ou presque

➔ Si vous prenez des douches, combien de temps **en moyenne** passez-vous sous la douche ?

₁ Moins de 5 min ₂ De 5 à moins de 10 min ₃ De 10 à moins de 15 min ₄ 15 min et plus



* 6 2 0 2 0 1 3 *

48. Combien de fois **en moyenne** prenez-vous un bain ?

- ₁ Tous les jours ou presque ₂ 3 à 4 fois par semaine ₃ 1 à 2 fois par semaine ₄ 1 à 2 fois par mois ₅ Jamais ou presque

➔ Si vous prenez des bains, combien de temps **en moyenne** passez-vous dans votre bain ?

- ₁ Moins de 10 min ₂ De 10 à moins de 15 min ₃ De 15 à moins de 30 min ₄ 30 min et plus

49. Combien de fois **en moyenne** faites-vous la vaisselle à la main et sans gants ?

- ₁ Tous les jours ou presque ₂ 3 à 4 fois par semaine ₃ 1 à 2 fois par semaine ₄ 1 à 2 fois par mois ₅ Jamais ou presque

➔ Si vous faites la vaisselle à la main et sans gants, combien de temps **en moyenne** vous faut-il pour laver une vaisselle ordinaire ?

- ₁ Moins de 10 min ₂ De 10 à moins de 20 min ₃ 20 min et plus

50. Au cours de **votre vie**, êtes-vous déjà allé(e) à la piscine (privée ou municipale) pour vous baigner ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si non ou je ne sais pas, passez directement à la question 53.

➔ Si oui :

- À quel âge y êtes-vous allé(e) pour la première fois ? ans ₁ Je ne sais pas

- À quel âge avez-vous arrêté d'y aller ?

- ans ₁ Je continue de me baigner en piscine ₂ Je ne sais pas

51. À quelle fréquence êtes-vous allé(e) à la piscine pour vous baigner au cours de **ces 3 périodes de votre vie** ?

- Enfance : ₁ Jamais, très rarement ₂ Occasionnellement ₃ Souvent
 - Adolescence : ₁ Jamais, très rarement ₂ Occasionnellement ₃ Souvent
 - Vie adulte : ₁ Jamais, très rarement ₂ Occasionnellement ₃ Souvent

52. **Le plus souvent**, s'agit-il (ou s'agissait-il) d'une piscine avec un bassin intérieur ou extérieur ?

- ₁ Intérieur ₂ Extérieur ₃ Intérieur et extérieur ₄ Je ne sais pas

VIII. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

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

₁ Aucun des événements ci-dessus

₁ Autre(s), précisez :



* G Z 0 2 0 1 4 *

IX. SITUATION MATÉRIELLE

54. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer, pour **vous-même ou votre conjoint**, à certains soins en raison de problèmes financiers ?

- ₁ Oui ₂ Non

55. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer, pour **vos enfants**, à certains soins en raison de problèmes financiers ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

56. Au cours des **12 derniers mois**, y a-t-il eu des moments où vous avez rencontré de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts...)?

- ₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

X. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

57. 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 :

58. Si vous êtes en activité professionnelle, vos horaires de travail sont **habituellement** :

- ₁ De jour ₃ Alternants (par exemple 2 x 8, 3 x 8 ou 2 x 12)
- ₂ De nuit ₄ Irréguliers (sans organisation particulière)

59. **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 :



XI. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES AVANT VOS 18 ANS

I Toutes les questions suivantes portent sur des événements ayant pu survenir entre votre naissance et vos 18 ans. Elles abordent des sujets sensibles et certaines personnes peuvent se sentir mal à l'aise. Si c'est votre cas, vous n'êtes bien entendu pas obligé(e) d'y répondre.

60. Avant vos 18 ans, avez-vous vécu : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Avec vos deux parents
- ₁ Avec votre mère seule
- ₁ Avec votre mère et sa/son conjoint(e)
- ₁ Avec votre père seul
- ₁ Avec votre père et sa/son conjoint(e)
- ₁ Avec vos grands-parents ou avec un autre membre de la famille
- ₁ En institution ou en pensionnat
- ₁ En famille d'accueil

➔ Si vous avez vécu en institution, en pensionnat ou en famille d'accueil, laquelle des catégories suivantes décrit le mieux le temps total passé dans cette situation ?

- ₁ Moins de 3 mois
- ₂ Entre 3 mois et 1 an
- ₃ Entre 1 et 2 ans
- ₄ Entre 2 et 5 ans
- ₅ Entre 5 et 10 ans
- ₆ Plus de 10 ans
- ₁ Autre, précisez :

61. Avant vos 18 ans, vos parents se sont-ils séparés ou ont-ils divorcé ?

- ₁ Oui
 - ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? ans
 - ₁ Cela s'est produit avant ma naissance
- ₂ Non
- ₃ Je ne suis pas concerné(e)
- ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)

62. Votre mère est-elle décédée avant vos 18 ans ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)
 - ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? ans
 - ₁ Cela s'est produit lors de ma naissance

63. Votre père est-il décédé avant vos 18 ans ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)
 - ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? ans
 - ₁ Cela s'est produit avant ma naissance

64. Avant vos 18 ans, avez-vous été concerné(e) par un des événements suivants :

- Vous avez passé plusieurs semaines consécutives à l'hôpital ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)

- Un de vos parents ne travaillait pas alors qu'il l'aurait souhaité ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)

- Votre famille avait régulièrement des difficultés financières ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)



* 6 2 0 2 0 1 6 *

Avant vos 18 ans :

65. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui souffrait de dépression, d'une pathologie mentale, ou qui était suicidaire ?
- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
66. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui avait une consommation excessive d'alcool ou une dépendance à l'alcool ?
- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
67. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui consommait des drogues illicites ou qui avait une consommation excessive de médicaments (en dehors d'un encadrement médical) ?
- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
68. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui a été condamné à de la prison (ou autre type d'établissement correctionnel) avec ou sans aménagement de peine ?
- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
69. À quelle fréquence vos parents ou d'autres adultes du foyer se donnaient-ils des gifles, des coups de poing, des coups de pied ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
70. À quelle fréquence un parent ou un autre adulte du foyer vous a-t-il frappé(e), battu(e), donné des coups de pieds ou blessé(e) physiquement ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
71. Combien de fois un parent ou un autre adulte du foyer vous a-t-il crié dessus, insulté(e) ou rabaissé(e) ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
72. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait subir des attouchements sexuels ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
73. Combien de fois quelqu'un a-t-il tenté d'obtenir que vous lui fassiez des attouchements sexuels ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
74. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il forcé(e) à avoir des rapports sexuels ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
75. Avez-vous été victime d'autres violences physiques ou psychologiques ?
- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Si vous souhaitez nous contacter,
n'hésitez pas à utiliser les différents moyens mis à votre disposition indiqués en page 1.