



\* 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](mailto:gazel@inserm.fr)







\* 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 :

<sub>1</sub> Seul(e) <sub>2</sub> Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

<sub>1</sub> Masculin <sub>2</sub> 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 :

- 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)
- <sub>1</sub> 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 ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été découvert au cours des 12 derniers mois ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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...)

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?

<sub>1</sub> Oui, fortement limité(e) <sub>2</sub> Oui, limité(e) <sub>3</sub> Oui, légèrement limité(e) <sub>4</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)
- <sub>1</sub> Autre(s) raison(s) de santé

7. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?

<sub>1</sub> Pas du tout <sub>2</sub> Un peu <sub>3</sub> Beaucoup <sub>4</sub> Je ne sais pas

16. Pensez-vous être une personne :

<sub>1</sub> Tout à fait du matin <sub>3</sub> Tout à fait du soir <sub>5</sub> Ni du soir, ni du matin <sub>7</sub> Je ne sais pas  
<sub>2</sub> Plutôt du matin <sub>4</sub> Plutôt du soir <sub>6</sub> 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 ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 <sub>1</sub> 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 ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 <sub>1</sub> 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) ?** <sub>1</sub> Oui, au moins une fois par jour <sub>2</sub> 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 ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

<sub>1</sub> De cigarette(s) (si jetables) :   cigarette(s)  
<sub>1</sub> De ml (si rechargeables) :   ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

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

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Moins d'1 fois par mois <sub>2</sub> 1 à 2 fois par mois <sub>3</sub> Au moins 1 fois par semaine <sub>4</sub> Tous les jours ou presque

## V. BOISSONS ALCOOLISÉES

Un verre standard de boisson alcoolisée



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 ?**

<sub>1</sub> Jamais <sub>2</sub> 1 fois par mois <sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois <sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine <sub>5</sub> 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 ?**

<sub>1</sub> 1 ou 2 <sub>2</sub> 3 ou 4 <sub>3</sub> 5 ou 6 <sub>4</sub> 7 à 9 <sub>5</sub> 10 ou plus

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

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



\* G Z 0 2 0 0 8 \*

## 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 :

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

26. Ce logement possède-t-il :

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

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Vignes, verger	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Autre type de culture ou une culture dont vous ne connaissez pas le type	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui, lequel : (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> Chien <sub>1</sub> Chat <sub>1</sub> Poisson <sub>1</sub> rongeur <sub>1</sub> Oiseau <sub>1</sub> 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Au printemps ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ En été ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ En automne ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ En hiver ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

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



\* G Z 0 2 0 1 0 \*

Période : Printemps - Été				Traitements :	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
<b>• Dans vos jardins et potagers, contre :</b>								
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les insectes ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les mauvaises herbes ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...) ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Autres (limaces, escargots, chenilles, pyrale du buis...) ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>• Dans vos espaces extérieurs (balcon, terrasse, cour, piscine, allée, toiture...), contre :</b>								
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les mousses ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les lichens ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...) ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ Les mauvaises herbes ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	◀ D'autres nuisances ▶	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**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 ?

<sub>1</sub> Systématiquement    <sub>2</sub> Parfois    <sub>3</sub> Jamais

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

<sub>1</sub> Systématiquement    <sub>2</sub> Parfois    <sub>3</sub> Jamais

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

<sub>1</sub> Systématiquement    <sub>2</sub> Parfois    <sub>3</sub> Jamais

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

<sub>1</sub> Systématiquement    <sub>2</sub> Parfois    <sub>3</sub> Jamais

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

<sub>1</sub> Systématiquement    <sub>2</sub> Parfois    <sub>3</sub> Jamais

36. Comment éliminez-vous les emballages vides ?

<sub>1</sub> Poubelle (y compris tri sélectif)    <sub>2</sub> Déchetterie    <sub>3</sub> Je ne sais pas





\* 6 2 0 2 0 1 2 \*

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Je ne sais pas

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

- <sub>1</sub> Carafe filtrante (type Brita, par exemple)  
<sub>1</sub> Système de filtration raccordé à un de vos robinets  
<sub>1</sub> Système de filtration par osmose inversée  
<sub>1</sub> Adoucisseur d'eau  
<sub>1</sub> Autre  
<sub>1</sub> 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
43. Consommez-vous des légumes frais (y compris salades, tomates...) ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Légumes frais	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Légumes frais « bio » :	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> 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 ?

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

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

<sub>1</sub> Moins de 5 min      <sub>2</sub> De 5 à moins de 10 min      <sub>3</sub> De 10 à moins de 15 min      <sub>4</sub> 15 min et plus





\* 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 ?

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> 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...)?

- <sub>1</sub> Non      <sub>2</sub> Oui, occasionnellement      <sub>3</sub> 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)

- <sub>1</sub> Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- <sub>1</sub> 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 :

- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

↳ Précisez le motif :

- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle

- <sub>1</sub> Autre, précisez :

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- <sub>1</sub> 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)

- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle

- <sub>1</sub> 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)

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

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

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

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

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)
  - ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ?   ans
  - <sub>1</sub> 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 ?

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

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

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

- Votre famille avait régulièrement des difficultés financières ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 personne    <sub>3</sub> Plusieurs personnes    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 personne    <sub>3</sub> Plusieurs personnes    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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) ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 personne    <sub>3</sub> Plusieurs personnes    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 personne    <sub>3</sub> Plusieurs personnes    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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) ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre
72. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait subir des attouchements sexuels ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre
73. Combien de fois quelqu'un a-t-il tenté d'obtenir que vous lui fassiez des attouchements sexuels ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre
74. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il forcé(e) à avoir des rapports sexuels ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre
75. Avez-vous été victime d'autres violences physiques ou psychologiques ?
- <sub>1</sub> Jamais    <sub>2</sub> 1 fois    <sub>3</sub> Plus d'1 fois    <sub>4</sub> Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)    <sub>5</sub> 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.