



* G Z 0 2 2 0 1 *

Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

2022

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



* 6 Z 0 2 2 0 3 *

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="J"/> | <input type="text" value="J"/> | / | <input type="text" value="M"/> | <input type="text" value="M"/> | / | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="A"/> | <input type="text" value="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 ?

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="J"/> | <input type="text" value="J"/> | / | <input type="text" value="M"/> | <input type="text" value="M"/> | / | <input type="text" value="A"/> | <input type="text" value="A"/> | <input type="text" value="A"/> | <input type="text" value="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"/> | Très mauvais |

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

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

3. Si vous occupez actuellement un emploi :

- | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| | A | B | C | D | E | F | G | H | |
| ▪ Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ? | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Très |
| | A | B | C | D | E | F | G | H | |
| ▪ Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ? | Pas du tout | <input type="checkbox"/> | Très |

II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ? kg

5. 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

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



* 6 2 0 2 2 0 5 *

8. Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, avez-vous été infecté(e) par le coronavirus ?

Oui ₁ Non ₂ Je ne sais pas ₃

➔ Si oui :

- Indiquez dans le tableau suivant chaque période au cours de laquelle vous avez été infecté(e) (dans la 1^e colonne), puis pour chacune, si l'infection a été confirmée et par quel moyen.

| | J'ai été infecté(e) à cette période (1) | Votre infection a-t-elle été confirmée ? (2) | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Oui, par un test (3) ou un scanner pulmonaire | Oui, par un médecin, mais sans test (3) / scanner | Non | Je ne sais pas |
| Avant mars 2020 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Entre mars et juin 2020 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| En juillet ou août 2020 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Entre septembre et décembre 2020 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Entre janvier et juin 2021 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Entre juillet et décembre 2021 | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Entre janvier 2022 et aujourd'hui | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Je ne sais pas à quelle période | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

(1) Si un même épisode infectieux s'est étendu sur plusieurs périodes consécutives, cochez uniquement la période de début.

(2) Si vous avez été infecté(e) à plusieurs reprises au cours d'une même période, considérez uniquement le 1^{er} épisode infectieux.

(3) Test PCR, antigénique, auto-test ou sérologie (si cette dernière a précédé toute injection de vaccin contre la Covid-19).

- Avez-vous reçu de l'oxygène à cause de votre infection (à l'hôpital ou à domicile) ? ₁ Oui ₂ Non
- Êtes-vous resté(e) plus d'une nuit à l'hôpital à cause de votre infection ? ₁ Oui ₂ Non
- Avez-vous été admis(e) en réanimation ? ₁ Oui ₂ Non
- Avez-vous été admis(e) en rééducation/soins de suite/convalescence ? ₁ Oui ₂ Non

9. Avez-vous reçu au moins une injection de vaccin contre la Covid-19 ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui :

• Combien d'injection(s) avez-vous eu(es) jusqu'à aujourd'hui : dose(s)

• Quel(s) type(s) de vaccin avez-vous reçu(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Pfizer ® / BioNTech ® (Comirnaty) | <input type="checkbox"/> ₁ Johnson&Johnson ® (Janssen) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Moderna ® (Spikevax) | <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s) |
| <input type="checkbox"/> ₁ AstraZeneca ® (Vaxzevria) | <input type="checkbox"/> ₁ Je ne sais pas |



* 6 2 0 2 2 0 6 *

III. VOTRE MORAL

10. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de **la dernière semaine**, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

| | Jamais, très rarement (moins d'1 jour) | Occasionnellement (1 à 2 jours) | Assez souvent (3 à 4 jours) | Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours) |
|---|--|------------------------------------|--------------------------------|--|
| <i>J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Je me suis senti(e) déprimé(e)</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai été confiant(e) en l'avenir</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai pensé que ma vie était un échec</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Je me suis senti(e) craintif(ve)</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Mon sommeil n'a pas été bon</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai été heureux(se)</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai parlé moins que d'habitude</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Je me suis senti(e) seul(e)</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Les autres ont été hostiles envers moi</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai profité de la vie</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu des crises de larmes</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>Je me suis senti(e) triste</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <i>J'ai manqué d'entrain</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |



* 6 2 0 2 2 0 7 *

IV. ALIMENTATION

11. Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?

Tout à fait Pas du tout

A B C D E F G H

12. **Habituellement, en semaine, où prenez-vous le plus souvent votre repas de midi ?**

(Considérez les jours où vous travaillez si vous exercez un emploi ou les jours de cours si vous êtes scolarisé(e) ou étudiant(e))

- ₁ Chez vous
- ₂ À la cantine (restaurant d'entreprise, école, restaurant universitaire...)
- ₃ Sur le lieu de travail (mais pas à la cantine)
- ₄ Chez des amis
- ₅ Au fast-food, dans un snack
- ₆ Au restaurant, pizzeria, cafétéria
- ₇ Au café, bistrot
- ₈ Dans la rue ou dans un parc
- ₉ Autre(s)

13. **Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?**

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé : médecin généraliste, médecin spécialiste (nutritionniste ou endocrinologue), diététicien(ne) ?

₁ Oui ₂ Non

14. **Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants, quel que soit leur mode de conservation (frais, en conserve ou surgelé), le moment de consommation (repas ou hors repas) et le lieu (domicile ou hors domicile) ?**

! Pour les questions marquées d'une *, répondez en excluant les produits allégés ou lights. Ils font l'objet de questions spécifiques.

| Aliments | Jamais ou presque | Moins d'1 fois par semaine | Environ 1 fois par semaine | 2 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | 1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ? |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Viande (bœuf, veau, agneau, porc, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Volaille (poulet, dinde, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Poisson ou fruits de mer | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Œufs | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillette, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Lait | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Produits laitiers (petits-suisse, yaourts, fromage blanc, etc.) * | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/> |



* 6 2 0 2 2 0 8 *

| Aliments | Jamais ou presque | Moins d'1 fois par semaine | Environ 1 fois par semaine | 2 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | 1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ? |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, mousses, glaces, etc.) * | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Produits laitiers et desserts allégés (à 0 %, 20 %, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fromages * | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fromages allégés | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pain blanc, biscottes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Céréales pour le petit-déjeuner | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Riz complet ou brun, pâtes complètes, etc. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Légumes crus (crudités) ou cuits | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fruits frais (y compris fruits pressés) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute, etc.) * | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Plats cuisinés du commerce allégés | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Plats de restauration rapide (hamburgers, kebabs, sandwiches, pizzas, quiches, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés, etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. * | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. allégés | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Huile (assaisonnement ou cuisson) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |



* 6 2 0 2 2 0 9 *

| ▪ Boissons | 1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de verres ou de tasses ? | | | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| | Jamais ou presque | Moins d'1 fois par semaine | Environ 1 fois par semaine | 2 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | |
| Soda, boisson aromatisée <i>light</i> ou <i>zéro</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Café | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Thé | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Jus ou nectar de fruits du commerce | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Soda (<i>Orangina, Schweppes, etc.</i>), boisson aromatisée sucrée (<i>Oasis, Ice tea, etc.</i>) * | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Boisson énergisante (<i>Red bull, Monster, etc.</i>) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> |

15. Combien de sucre (blanc, brun, roux, etc.) consommez-vous **par jour** ? (nombre de morceaux ou de cuillerées à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.)

- 1 0 ou rarement 2 1 ou 2 3 3 ou 4 4 5 ou plus

16. Combien de sucre allégé ou édulcorant (aspartame, stévia, sirop d'agave, etc.) consommez-vous **par jour** ? (nombre de morceaux, sucrettes ou de cuillerées à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.)

- 1 0 ou rarement 2 1 ou 2 3 3 ou 4 4 5 ou plus

17. Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ?

- 1 Oui 2 Non

18. Quel type de matière grasse utilisez-vous **le plus souvent** pour cuire les aliments ? (une seule réponse)

- 1 Beurre 2 Beurre allégé 3 Huile 4 Margarine 5 Autre(s)

➔ Si vous utilisez de la margarine, précisez quel type :

- 1 Margarine standard
 2 Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3, etc.)
 3 Margarine enrichie en stérols végétaux (Fruit d'Or Pro-Activ', Saint-Hubert Cholégram, etc.)

19. Quel(s) type(s) d'huile utilisez-vous **le plus souvent** pour l'assaisonnement ou la cuisson ? (deux réponses maximum)

- 1 Tournesol 3 Colza 5 Olive
 2 Arachide 4 Huile de mélange (type Isio 4) 6 Autre(s)

20. A quelle fréquence consommez-vous des fruits à coque **sans sel ajouté** (amandes, noisettes, noix, etc.) (une portion équivaut à une poignée) ?

- 1 Jamais ou presque 4 2 à 3 fois par semaine
 2 Moins d'une fois par semaine 5 4 à 6 fois par semaine
 3 Environ une fois par semaine 6 Une fois par jour ou plus

➔ Précisez le nombre de portions par jour :



* 6 2 0 2 2 1 0 *

V. ACTIVITE PHYSIQUE

Les questions suivantes portent sur l'intensité des différentes activités physiques que vous avez pu avoir au cours des **7 derniers jours** dans le cadre de votre vie quotidienne (sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, pendant votre temps libre, etc.). Répondez à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.

21. **Les activités physiques intenses** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement, comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du vélo à vive allure ou jouer au football, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques intenses ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas eu d'activité physique intense

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

22. **Les activités physiques modérées** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement, comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas eu d'activité physique modérée

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

23. **La marche** inclut la marche effectuée sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, les trajets pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous pouvez faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs, et qui n'entraîne pas de modification de votre respiration. Répondez en pensant uniquement aux épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait de la marche ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas marché

- Combien de temps avez-vous passé à marcher au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

24. **Le temps passé assis** comprend le temps passé en position assise ou allongée, que ce soit sur votre lieu de travail ou d'études, pendant votre temps libre ou pendant vos déplacements. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis(e) à un bureau, chez des amis ou de la famille, à être assis(e) ou allongé(e) pour lire, regarder la télévision ou utiliser un ordinateur, à jouer aux cartes, à se déplacer en voiture, en bus, en train... **Ne pas inclure le temps passé à dormir. Répondez en pensant uniquement aux jours de la semaine (week-end exclu).**

- Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé assis(e) pendant une journée ordinaire ?

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas



* 6 Z 0 2 2 1 1 *

VI. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

25. **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 :

26. **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

• Utilisez-vous des e-liquides CBD (cannabidiol) ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quelle concentration ?

₁ Inférieure à 300 mg/ml
₂ Supérieure ou égale à 300 mg/ml

27. 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

VII. 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.

25 cl de bière à 5° 12,5 cl de champagne à 12° 12,5 cl de vin à 12° 2,5 cl de pastis à 45° 4 cl de digestif à 40° 4 cl de whisky à 40° 2,5 cl de digestif à 45°

Un verre standard de boisson alcoolisée

Tous ces verres standard contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)

Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort équivalent à deux verres standard.



* 6 2 0 2 2 1 2 *

28. 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 | Alcool fort | Apéritif | Premix* | Cocktail |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------------|
| | | | Rouge, blanc, rosé | Whisky, Vodka, Pastis... | Suze, Martini... | | Gin tonic, Punch, Téquila sunrise... |
| | | Nb de verres standard | Nb de verres standard | Nb de verres standard | Nb de verres standard | Nb de bouteilles 30 cl | Nb de verres standard |
| Du lundi au jeudi (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"/> |
| Vendredi | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Samedi | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dimanche | <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...

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

30. 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

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

31. 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

32. 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

33. 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



VIII. SITUATION PROFESSIONNELLE ET ECONOMIQUE

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

- ₁ Etudiant(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 :

35. **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 Etudiant(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 :

! Les questions suivantes concernent ceux d'entre vous qui exercent **actuellement** un emploi. Pour les autres, passez directement à la question 42 page 14.

36. Indiquez à quel point vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes :

| | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | D'accord | Tout à fait d'accord |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Je peux organiser mon travail de la manière qui me convient le mieux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| J'ai des difficultés à concilier mon travail et ma vie familiale, personnelle | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

37. La crise sanitaire a-t-elle eu un impact vos conditions de travail ?

- ₁ Oui, elles se sont améliorées ₂ Oui, elles se sont détériorées ₃ Non ₄ Non concerné(e)



* 6 2 0 2 2 1 4 *

38. **Habituellement***, effectuez-vous du télétravail ou travail à distance dans le cadre de votre emploi **actuel** ?
(* : période sans règles spécifiques fixées par le gouvernement en raison de la situation sanitaire)

- ₁ Oui, à temps complet
- ₂ Oui, à temps partiel
- ₃ Non, mais c'est un choix personnel, je pourrais en faire si je le souhaitais
- ₄ Non, mon employeur ne le permet pas, mais je souhaiterais en faire
- ₅ Non, l'emploi que j'exerce n'est pas réalisable à distance

➔ Si oui (à temps complet ou partiel), par rapport à avant mars 2020, en faites-vous **actuellement** :

- ₁ Plus
- ₂ Autant
- ₃ Moins
- ₄ Non concerné(e)

39. **Actuellement**, travaillez-vous pour une plateforme numérique (de services/biens sur Internet) ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• De quel(s) type(s) de plateforme s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ De transports (Uber...)
- ₁ De livraison (Deliveroo...)
- ₁ De services aux particuliers (TaskRabbit...)
- ₁ De crowdfunding (ou financement participatif)
- ₁ De microtravail (Mechanical Turk d'Amazon (AMT)...)
- ₁ Autre(s), précisez :

• Quel est votre statut d'emploi ?

- ₁ Salarié(e)
- ₂ Auto/micro-entrepreneur, freelance
- ₃ Autre(s)

• Ce travail est-il votre **principale** source de revenus ? ₁ Oui ₂ Non

40. 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)

41. 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)

42. Quel est le montant **total** des **revenus mensuels nets de votre foyer** (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e), quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine...)) ?

- ₁ Moins de 450 €
- ₂ De 450 € à moins de 1 000 €
- ₃ De 1 000 € à moins de 1 500 €
- ₄ De 1 500 € à moins de 2 100 €
- ₅ De 2 100 € à moins de 2 800 €
- ₆ De 2 800 € à moins de 4 200 €
- ₇ 4 200 € ou plus
- ₈ Je ne sais pas
- ₉ Je ne souhaite pas répondre



* 6 2 0 2 2 1 5 *

43. **Au total**, combien de personnes (vous-même, conjoint(e), personne(s) à charge...) contribuent aux revenus de votre foyer quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine...)?

personne(s) contribue(nt) aux revenus de votre foyer

44. Quelle est l'origine de vos **revenus personnels**? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Revenus professionnels
- ₁ Indemnités ou allocations de chômage
- ₁ Pension(s) de retraite, pension(s) de réversion, allocation(s) de pré-retraite, allocation(s) du minimum vieillesse, allocation de solidarité aux personnes âgées...
- ₁ Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail, maternité ou paternité ou adoption
- ₁ Allocation(s) : familiales, au logement, de solidarité / insertion, pension d'invalidité, rente d'incapacité...
- ₁ Bourse, aide pour financer ses études
- ₁ Aide régulière de la famille ou de proches
- ₁ Revenus du capital (loyers, dividendes...)
- ₁ Sans revenus personnels ou uniquement ceux de votre conjoint(e)
- ₁ Autre, précisez :

45. Que diriez-vous de la situation financière **actuelle** de votre foyer?

- ₁ Je suis à l'aise financièrement
- ₂ Ça va, je peux me permettre des loisirs et/ou j'arrive à épargner
- ₃ Mes revenus me permettent juste de couvrir mes dépenses essentielles et je dois faire attention
- ₄ J'y arrive difficilement, je ne peux pas couvrir mes dépenses essentielles sans faire de dettes (découvert bancaire, crédit à la consommation, aide de proches, etc.)
- ₅ J'y arrive très difficilement, je ne peux pas couvrir mes dépenses essentielles même en faisant des dettes

46. 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

47. 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)

48. 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

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

- ₁ Meilleure
- ₂ Identique
- ₃ Moins bonne

➔ Si elle s'est améliorée ou dégradée, pensez-vous que cela soit lié à la crise sanitaire?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

