



\* Q S 0 1 9 0 1 \*



Numéro Constances

0.AQ\_MODVIE\_Id

# QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL

# 2019

### Important

Pour toute correspondance avec l'équipe Constances, merci d'utiliser nos coordonnées (adresse postale, numéro vert ou 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 vous informer

Pour avoir des informations régulières sur l'actualité de Constances, abonnez-vous à la newsletter sur le site Internet de la cohorte :

<http://www.constances.fr>

#### Pour nous contacter

COHORTE CONSTANCES - UMS 011 INSERM-UVSQ  
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂT. 15/16  
16 AV PAUL VAILLANT-COUTURIER 94807 VILLEJUIF CEDEX

contact@constances.fr

**N° Vert 0 805 02 02 63**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

**Visa n°2019A703AU** du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année 2019.

Le traitement de vos données est placé sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (situé au 101 rue de Tolbiac, 75 013 Paris - <https://www.inserm.fr/>) et répond à l'exécution d'une mission d'intérêt public. **Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont traitées conformément au Règlement général relatif à la protection des données et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.** Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et à la limitation du traitement de vos données. Ces droits peuvent être exercés auprès du Dr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex. En cas de difficulté pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données de l'Inserm par mail ([dpo@inserm.fr](mailto:dpo@inserm.fr)) ou par voie postale (Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75 013 Paris).

# S2019



La science pour la santé  
From science to health





Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A  
jour mois année

1.AQ\_MODVIE\_DtRemp

Vous remplissez ce questionnaire :

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

2.AQ\_MODVIE\_QUIRemp

Quel est votre sexe ?

<sub>1</sub> Masculin <sub>2</sub> Féminin

3.AQ\_MODVIE\_Sex

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A  
jour mois année

4.AQ\_MODVIE\_DtNais

## I. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

A B C D E F G H

Très bon         Très

5.AQ\_SANTE\_EtatGeneral

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

A B C D E F G H

▪ Votre logement ?

Très satisfait(e)         Pas

6.AQ\_SANTE\_Logement

▪ Votre quartier ?

Très satisfait(e)         Pas

7.AQ\_SANTE\_Quartier

▪ Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ?

Très satisfait(e)         Pas

8.AQ\_SANTE\_RelProches

▪ Vos loisirs ?

Très satisfait(e)         Pas

9.AQ\_SANTE\_Loisirs

▪ La vie que vous menez actuellement ?

Très satisfait(e)         Pas

10.AQ\_SANTE\_VieMenee

▪ Votre travail ?

Très satisfait(e)         Pas

11.AQ\_SANTE\_Travail

<sub>1</sub> Je ne travaille pas actuellement

12.AQ\_SANTE\_TravailPas

## II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ?

kg

13.AQ\_SANTE\_Poids

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

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

14.AQ\_SANTE\_SoufCoeur

➔ 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

15.AQ\_SANTE\_SoufCoeur12M

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

16.AQ\_SANTE\_HospCoeur

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

17.AQ\_HANDICAP\_Limit

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

18.AQ\_HANDICAP\_LimitAcc

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

19.AQ\_HANDICAP\_LimAutre

<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

20.AQ\_FEMME\_Enceinte



\* Q S 0 1 9 0 4 \*

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

**Affections respiratoires**

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

**Affections cardio-vasculaires**

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

**Affections des os et des articulations**

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

**Affections digestives**

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

**Maladies endocriniennes ou métaboliques**

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

**Affections oculaires**

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

**Affections urinaires et génitales**

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

**Affections psychiques**

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

**Affections neurologiques**

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

**Cancer**

Précisez la localisation :

- 2.\_KAcolon  3.\_KApoumon  4.\_KAprostat  5.\_KAsein
- 1. Colón-rectum  1. Poumon  1. Prostate  1. Sein
- 6.\_KAcol  7.\_KAuterus  8.\_KAos
- 1. Col de l'utérus  1. Utérus (endomètre)  1. Os
- 9.\_KAmelan  10.\_KA vessie  11.\_KAtestic  12.\_KArein
- 1. Mélanome  1. Vessie  1. Testicule  1. Rein
- 13.\_KAThyro  14.\_KAestom  15.\_KAPANcre  16.\_KAfoie
- 1. Thyroïde  1. Estomac  1. Pancréas  1. Foie
- 1. Cerveau  1. Leucémie  1. Lymphome  1. Autre
- 17.\_KAcervea  18.\_KAleucem  19.\_KALympho  20.\_KAautre

**Autres**

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

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

48                     21.AQ\_PATHO\_PatPrec\_48

49                     22.AQ\_PATHO\_PatPrec\_49

50                     23.AQ\_PATHO\_PatPrec\_50



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

Récemment, et en particulier ces dernières semaines :

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

- <sub>1</sub> Mieux que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Moins bien que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins que d'habitude
- 1.AQ\_SANTE\_GhConcentre

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 2.AQ\_SANTE\_GhSommeil

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

- <sub>1</sub> Plus que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Moins bien que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins que d'habitude
- 3.AQ\_SANTE\_GhDecide

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 4.AQ\_SANTE\_GhStress

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

- <sub>1</sub> Plus que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Moins utile que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins utile que d'habitude
- 5.AQ\_SANTE\_GhUtile

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 6.AQ\_SANTE\_GhDifficulte

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

- <sub>1</sub> Plus que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Un peu moins que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins que d'habitude
- 7.AQ\_SANTE\_GhActivite

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

- <sub>1</sub> Mieux que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Un peu moins que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins que d'habitude
- 8.AQ\_SANTE\_GhProbleme

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 9.AQ\_SANTE\_GhDeprime

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 10.AQ\_SANTE\_GhConfiance

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

- <sub>1</sub> Pas du tout       <sub>2</sub> Pas plus que d'habitude       <sub>3</sub> Un peu plus que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup plus que d'habitude
- 11.AQ\_SANTE\_GhValeur

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

- <sub>1</sub> Plus que d'habitude       <sub>2</sub> Comme d'habitude       <sub>3</sub> Un peu moins que d'habitude       <sub>4</sub> Beaucoup moins que d'habitude
- 12.AQ\_SANTE\_GhHeureux



### III. DE LA NAISSANCE À L'ADOLESCENCE

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

→ 22. Pouvez-vous consulter le carnet de santé remis à vos parents à votre naissance ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas  
1.AQ\_HIST\_CarnetS

→ Si non allez directement à la question 27.

→ 23. Quel poids de naissance est indiqué dans votre carnet de santé ?     g 2.AQ\_HIST\_PoidsNais

→ 24. Quelle taille de naissance est indiquée dans votre carnet de santé ?   ,  cm 3.AQ\_HIST\_TailNais

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

→ Naissance à terme (après 8 ½ mois de grossesse) : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas 4.AQ\_HIST\_ATerme

→ Naissance à :  ,  mois de grossesse 5.AQ\_HIST\_NaisMoisG

→ Naissance :   jours avant le terme 6.AQ\_HIST\_NaisAvTerme

→ Âge gestationnel :   semaines d'aménorrhée 7.AQ\_HIST\_AgeGest

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

	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)
→ Mesure 1	J J 8.AQ_HIST_PCM1Date A A	9.AQ_HIST_PCM1Poids kg	10.AQ_HIST_PCM1Tail cm	11.AQ_HIST_PCM1Cran cm
→ Mesure 2	J J 12.AQ_HIST_PCM2Date A A	13.AQ_HIST_PCM2Poids kg	14.AQ_HIST_PCM2Tail cm	15.AQ_HIST_PCM2Cran cm
→ Mesure 3	J J 16.AQ_HIST_PCM3Date A A	17.AQ_HIST_PCM3Poids kg	18.AQ_HIST_PCM3Tail cm	19.AQ_HIST_PCM3Cran cm
→ Mesure 4	J J 20.AQ_HIST_PCM4Date A A	21.AQ_HIST_PCM4Poids kg	22.AQ_HIST_PCM4Tail cm	23.AQ_HIST_PCM4Cran cm
→ Examen du 24 <sup>e</sup> mois	J J 24.AQ_HIST_PCM5Date A A	25.AQ_HIST_PCM5Poids kg	26.AQ_HIST_PCM5Tail cm	27.AQ_HIST_PCM5Cran cm

→ 27. Êtes-vous né(e) par césarienne ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas 28.AQ\_HIST\_Cesar

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

→ <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas 29.AQ\_HIST\_Allait

→ Si oui, pendant combien de temps ?

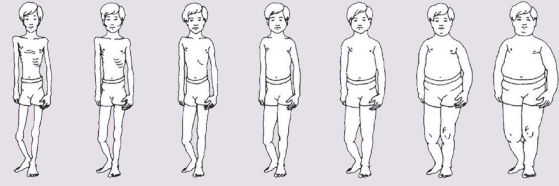
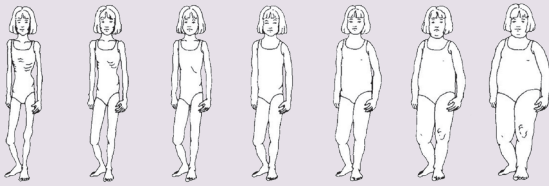
→ <sub>1</sub> Moins d'1 mois <sub>2</sub> De 1 à 3 mois <sub>3</sub> De 4 à 6 mois <sub>4</sub> De 7 à 12 mois <sub>5</sub> Plus de 12 mois <sub>6</sub> Je ne sais pas 30.AQ\_HIST\_AllaitTps



29. Parmi les silhouettes illustrées ci-dessous, indiquez celle qui se rapproche le plus de votre silhouette à l'âge de **8 ANS**, en indiquant la lettre correspondante dans la case suivante :  **1.AQ\_HIST\_8ansSil**

Fille

Garçon



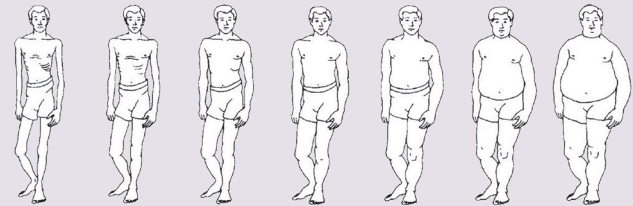
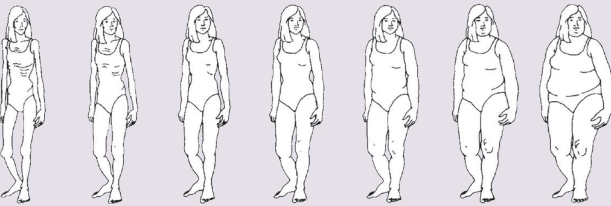
A B C D E F G

H I J K L M N

30. Parmi les silhouettes illustrées ci-dessous, indiquez celle qui se rapproche le plus de votre silhouette à l'âge de **18 ANS**, en indiquant la lettre correspondante dans la case suivante :  **2.AQ\_HIST\_18ansSil**

Femme

Homme



A B C D E F G

H I J K L M N

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

**3.AQ\_HIST\_NbFrereSoeur**

**4.AQ\_HIST\_NbFrereSoeurNSP**

Frères et sœurs de mêmes parents

Je ne sais pas

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

**5.AQ\_HIST\_NbdFrereSoeur**

**6.AQ\_HIST\_NbdFrereSoeurNSP**

Demi-frères et demi-sœurs

Je ne sais pas

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

**7.AQ\_HIST\_RangNais**

Je ne sais pas

**8.AQ\_HIST\_RangNaisNSP**

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

▪ Lorsqu'elle était enceinte de vous ?  Oui  Non  Je ne sais pas **9.AQ\_HIST\_MerTravEnceint**

▪ Pendant votre première année de vie ?  Oui  Non  Je ne sais pas **10.AQ\_HIST\_MerTrav1An**

▪ Quand vous aviez entre 1 et 5 ans ?  Oui  Non  Je ne sais pas **11.AQ\_HIST\_MerTrav5An**

▪ Quand vous aviez entre 6 et 11 ans ?  Oui  Non  Je ne sais pas **12.AQ\_HIST\_MerTrav11An**

▪ Quand vous aviez entre 12 et 18 ans ?  Oui  Non  Je ne sais pas **13.AQ\_HIST\_MerTrav18An**



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

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

↪ Si autre, précisez ici pour votre père :

↪ Si autre, précisez ici pour votre mère :

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

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

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

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

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

Si vous ne souhaitez pas répondre, cochez cette case :  1 5.AQ\_HIST\_AscNSPR

	Né(e) en France	Né(e) hors de France	Je ne sais pas	Si né(e) en France, précisez si possible le département et la commune :	
<b>Mère</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	8.AQ_HIST_AscMerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	9.AQ_HIST_AscMerCom
<b>Grand-mère maternelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	12.AQ_HIST_AscGMerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	13.AQ_HIST_AscGMerCom
<b>Grand-père maternel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	16.AQ_HIST_AscGPerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	17.AQ_HIST_AscGPerCom
<b>Père</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	20.AQ_HIST_AscPerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	21.AQ_HIST_AscPerCom
<b>Grand-mère paternelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	24.AQ_HIST_AscGPerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	25.AQ_HIST_AscGPerCom
<b>Grand-père paternel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Département (nom ou numéro) :	28.AQ_HIST_AscGPerDep
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commune :	29.AQ_HIST_AscGPerCom





#### IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

<sub>1</sub> Oui (au moins une fois par jour) <sub>2</sub> Non ou occasionnellement

1.AQ\_COMPORTE\_TcActFume

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

2.AQ\_COMPORTE\_TcCigtJNb De cigarettes :   De cigarillos :   3.AQ\_COMPORTE\_TcCigrJNb

4.AQ\_COMPORTE\_TcPipeJNb De pipes :   De cigares :   5.AQ\_COMPORTE\_TcCigrJNb

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 6.AQ\_COMPORTE\_CigElect

➔ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

7.AQ\_COMPORTE\_CigEIAN <sub>1</sub> Moins d'1 an <sub>2</sub> 1 an <sub>3</sub> 2 ans <sub>4</sub> 3 ans ou plus

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

8.AQ\_COMPORTE\_CigEICi <sub>1</sub> De cigarette(s) (si jetables) :   cigarette 9.AQ\_COMPORTE\_CigEINbCi

10.AQ\_COMPORTE\_CigEIMI <sub>1</sub> De ml (si rechargeables) :   ml 11.AQ\_COMPORTE\_CigEINbMI

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

<sub>1</sub> 0 (sans nicotine)

<sub>2</sub> Moins de 6

12.AQ\_COMPORTE\_CigEIDose

<sub>3</sub> 6 à 12

<sub>4</sub> 13 ou plus

<sub>5</sub> Je ne sais pas

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 13.AQ\_COMPORTE\_CaCo12mois

➔ 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

14.AQ\_COMPORTE\_CaCoNb

<sub>3</sub> Au moins 1 fois par semaine

<sub>4</sub> Tous les jours ou presque



## V. BOISSONS ALCOOLISÉES

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



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

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, Champagne	Alcool fort	Apéritif	Premix*	Cocktail
		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 dimanche (Nombre de verres / jour en moyenne)	1.AQ_COMPORTE_AlcJAucune	2.<>_AlcLJBierNbV	3.<>_AlcLJVInNbV	4.<>_AlcLJFortNbV	5.<>_AlcLJApeNbV	6.<>_AlcLJPremNbV	7.<>_AlcLJCockNbV
Vendredi	8.AQ_COMPORTE_AlcVAucune	B2	C2	D2	E2	F2	G2
Samedi	15.AQ_COMPORTE_AlcSAucune	B3	C3	D3	E3	F3	G3
Dimanche	22.AQ_COMPORTE_AlcDAucune	B4	C4	D4	E4	F4	G4

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

41. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être ivre ?  1 Oui  2 Non 29.AQ\_COMPORTE\_AlcDejSoul12m

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

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

B2=9..AQ_COMPORTE_AlcVBierNbV	B3=16.AQ_COMPORTE_AlcSBierNbV
C2=10..AQ_COMPORTE_AlcVVinNbV	C3=17.AQ_COMPORTE_AlcSVinNbV
D2=11.AQ_COMPORTE_AlcVFortNbV	D3=18.AQ_COMPORTE_AlcSFortNbV
E2=12.AQ_COMPORTE_AlcVApeNbV	E3=19.AQ_COMPORTE_AlcSApeNbV
F2=13.AQ_COMPORTE_AlcVPremNbV	F3=20.AQ_COMPORTE_AlcSPremNbV
G2=14.AQ_COMPORTE_AlcVCockNbV	G3=21.AQ_COMPORTE_AlcSCockNbV
B4=23.AQ_COMPORTE_AlcDBierNbV	
C4=24.AQ_COMPORTE_AlcDVinNbV	
D4=25.AQ_COMPORTE_AlcDFortNbV	
E4=26.AQ_COMPORTE_AlcDApeNbV	
F4=27.AQ_COMPORTE_AlcDPremNbV	
G4=28.AQ_COMPORTE_AlcDCockNbV	



## VI. CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT ET UTILISATION DE PRODUITS MÉNAGERS

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

- 43. Habitez-vous dans votre logement depuis au moins un an ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
44. Vous logez dans :
- <sub>1</sub> Une maison
- <sub>2</sub> Un appartement (y compris loft, duplex...) dans un immeuble
- <sub>3</sub> Autre (bâtiment industriel réhabilité, péniche, caravane, mobil home...)
- Si oui, à quel étage ?
- 
- 45. Quelle est la surface en m<sup>2</sup> (mètres carrés) de votre logement ?  m<sup>2</sup> <sub>1</sub> Je ne sais pas
- 46. À part vous-même, combien de personnes vivent actuellement dans le même logement que vous ?
47. Votre logement ou votre immeuble a-t-il :
- <sub>1</sub> Des caves ou un sous-sol : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- Si oui, arrive-t-il parfois que de l'eau stagne sur le sol ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- Si oui, cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- <sub>1</sub> Un vide-sanitaire : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas
48. Les critiques suivantes s'appliquent-elles à votre logement ?
- <sub>1</sub> Difficile ou trop coûteux à bien chauffer <sub>2</sub> Non
- <sub>1</sub> Odeur de moisi <sub>2</sub> Non
- <sub>1</sub> Sensation d'humidité <sub>2</sub> Non
- <sub>1</sub> Condensation (buée) sur les fenêtres ou les murs <sub>2</sub> Non
- <sub>1</sub> Taches d'humidité sur les murs <sub>2</sub> Non
- Si oui :
- Dans quelle(s) pièce(s) :
- <sub>1</sub> Salle de bain <sub>1</sub> Cuisine <sub>1</sub> Séjour <sub>1</sub> Votre chambre à coucher
- <sub>1</sub> Une autre chambre <sub>1</sub> Sous-sol <sub>1</sub> Grenier <sub>1</sub> Autres pièces
- 
- 
- S'agit-il de taches dues à de l'humidité qui remonte du sol, visibles en bas des murs de pièces situées au rez-de-chaussée ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je n'ai pas de pièce en rez-de-chaussée
49. Les fenêtres de votre logement ont-elles été changées au cours des 12 derniers mois ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas
50. Votre logement dispose-t-il d'un système de ventilation (ventilation mécanique contrôlée (VMC), barrettes de ventilation sur les fenêtres, bouche de ventilation naturelle...)?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas
- Si oui, est-il obstrué ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas



51. Aérez-vous votre logement en ouvrant les fenêtres ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 1.AQ\_FOYVIE\_LogAer

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

→ 2.AQ\_FOYVIE\_LogAerEte En été : <sub>1</sub> Jamais <sub>2</sub> Moins de 10 min <sub>3</sub> Plus de 10 min

→ 3.AQ\_FOYVIE\_LogAerHiver En hiver : <sub>1</sub> Jamais <sub>2</sub> Moins de 10 min <sub>3</sub> Plus de 10 min

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

→ <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Je ne sais pas 4.AQ\_FOYVIE\_LogDeg

→ Si oui et concernant le dernier dégât :

• Est-il résolu ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 5.AQ\_FOYVIE\_LogDegFini

• Combien de temps ce dégât des eaux a-t-il duré ?

→ <sub>1</sub> Moins d'1 mois <sub>2</sub> De 1 mois à 3 mois <sub>3</sub> De 4 mois à 6 mois <sub>4</sub> De 7 mois à 12 mois <sub>5</sub> Plus de 12 mois

6.AQ\_FOYVIE\_LogDegFiniQd

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



	Aucune moisissure	« Surface moisie »				« Visible depuis »		
		Petites taches (sur les joints ou les fenêtres)	Taches de moins de 200 cm <sup>2</sup> sur les murs	Taches de 200 cm <sup>2</sup> à 1 m <sup>2</sup> sur les murs	Tache de 1 m <sup>2</sup> à 3 m <sup>2</sup> sur les murs	Taches de plus de 3 m <sup>2</sup> sur les murs	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois
→ Salle de bain	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7.AQ_FOYVIE_MoisiSdbNon</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7.AQ_FOYVIE_MoisiSdbWeb</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		
→ Cuisine	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10.AQ_FOYVIE_MoisiCuisNon</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10.AQ_FOYVIE_MoisiCuisWeb</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		
→ Salle de séjour	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13.AQ_FOYVIE_MoisiSejNon</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13.AQ_FOYVIE_MoisiSejWeb</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		
→ Votre chambre coucher	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16.AQ_FOYVIE_MoisiCacNon</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16.AQ_FOYVIE_MoisiCacWeb</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		
→ Une autre pièce	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">19.AQ_FOYVIE_MoisiAutNon</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">19.AQ_FOYVIE_MoisiAutWeb</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		

54. Quel âge a votre matelas ?

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

22.AQ\_FOYVIE\_AgeMatela

→ 55. Avez-vous des plantes d'intérieur ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 23.AQ\_FOYVIE\_PlantInt

→ Si oui, combien ? <sub>1</sub> De 1 à 5 <sub>2</sub> Plus de 5 24.AQ\_FOYVIE\_PlantIntNb



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

→ <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

	Jamais	Moins de 1 jour par semaine	1 à 3 jours par semaine	4 à 7 jours par semaine
→ 57. Faire le ménage à votre domicile :	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="2.AQ_FOYVIE_NbjMenag"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
58. Effectuer les activités de ménage suivantes :				
→ - Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="3.AQ_FOYVIE_NbjPous"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Passer la serpillière ou lessiver les sols	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="4.AQ_FOYVIE_NbjSerp"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="5.AQ_FOYVIE_NbjToilet"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Nettoyer la salle d'eau ou de bain	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="6.AQ_FOYVIE_NbjSdb"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Nettoyer la cuisine	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="7.AQ_FOYVIE_NbjCuis"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Lustre, cirer le parquet ou les meubles	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="8.AQ_FOYVIE_NbjCirer"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="9.AQ_FOYVIE_NbjVitres"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
59. Utiliser les produits suivants quelle que soit leur forme (liquide, mousse, poudre, spray...) :				
→ - Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="10.AQ_FOYVIE_NbjJavel"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Ammoniac	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="11.AQ_FOYVIE_NbjAmoniac"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="12.AQ_FOYVIE_NbjAlcool"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Acide (produits pour enlever le tartre, vinaigre, acide chlorhydrique...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="13.AQ_FOYVIE_NbjAcid"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="14.AQ_FOYVIE_NbjSolvant"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Cires liquides ou solides et produits pour lustre (sol, meubles)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="15.AQ_FOYVIE_NbjCire"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Lingettes nettoyantes ou désinfectantes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="16.AQ_FOYVIE_NbjLingette"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="17.AQ_FOYVIE_NbjParfume"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Produits d'entretien 'Bio' ou 'Verts'	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="18.AQ_FOYVIE_NbjBio"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Produits faits maison	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="19.AQ_FOYVIE_NbjMaison"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
60. Utiliser les sprays suivants quelle que soit leur forme (atomiseur, bombe aérosol, vaporisateur, pulvérisateur...) :				
→ - Spray pour les meubles, tables ou plans de travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="20.AQ_FOYVIE_NbjSprayTab"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="21.AQ_FOYVIE_NbjSprayVit"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour la douche, baignoire ou lavabos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="22.AQ_FOYVIE_NbjSprayDouch"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour laver le sol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="23.AQ_FOYVIE_NbjSpraySol"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour dégraisser ou nettoyer le four	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="24.AQ_FOYVIE_NbjSprayFour"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour le repassage (uniquement les produits du commerce destinés à faciliter le repassage, le défroissage)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="25.AQ_FOYVIE_NbjSprayRep"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="26.AQ_FOYVIE_NbjSprayAir"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray insecticide, pesticide ou acaricide	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="27.AQ_FOYVIE_NbjSprayPest"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
→ - Spray pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les taches...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text" value="28.AQ_FOYVIE_NbjSprayCui"/>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>



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

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> Moins de 10 minutes par semaine
- <sub>3</sub> De 10 à 30 minutes par semaine 1.AQ\_FOYVIE\_NbTpsProd
- <sub>4</sub> De 30 minutes à 1 heure par semaine
- <sub>5</sub> De 1 à 2 heures par semaine
- <sub>6</sub> Plus de 2 heures par semaine

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

	Jamais	Moins de 1 jour par semaine	1 à 3 jours par semaine	4 à 7 jours par semaine
<input checked="" type="checkbox"/> - Parfums d'ambiance, désodorisants d'intérieur, senteurs liquides ou solides	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2.AQ_FOYVIE_NbjParfum</span>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input checked="" type="checkbox"/> - Bougies parfumées, encens	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3.AQ_FOYVIE_NbjBougie</span>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input checked="" type="checkbox"/> - Rafraîchisseur d'air électrique	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4.AQ_FOYVIE_NbjRafraichEI</span>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<input checked="" type="checkbox"/> - Rafraîchisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5.AQ_FOYVIE_NbjRafraich</span>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

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

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

- 6.AQ\_FOYVIE\_SitPrf1An <sub>1</sub> Meilleure <sub>2</sub> Identique <sub>3</sub> Moins bonne <sub>4</sub> Non concerné(e)

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

- 7.AQ\_FOYVIE\_SitProfConf <sub>1</sub> Très confiant(e) <sub>2</sub> Assez confiant(e) <sub>3</sub> Pas très confiant(e) <sub>4</sub> Pas confiant(e) du tout <sub>5</sub> Non concerné(e)

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

- 8.AQ\_FOYVIE\_SitFinanc <sub>1</sub> Meilleure <sub>2</sub> Identique <sub>3</sub> Moins bonne

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

- 9.AQ\_FOYVIE\_SitFinConf <sub>1</sub> Très confiant(e) <sub>2</sub> Assez confiant(e) <sub>3</sub> Pas très confiant(e) <sub>4</sub> Pas confiant(e) du tout



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

- <sub>1</sub> Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...  
1.AQ\_FOYVIE\_SitForm
- <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)  
2.AQ\_FOYVIE\_SitEmpl
- ↳ Précisez votre métier :  3.AQ\_FOYVIE\_SitEmplPs
- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi  
4.AQ\_FOYVIE\_SitDem
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires  
5.AQ\_FOYVIE\_SitRetr
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)  
6.AQ\_FOYVIE\_SitSant
- ↳ Précisez le motif :  7.AQ\_FOYVIE\_SitSantPs
- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle  
8.AQ\_FOYVIE\_SitFoy
- <sub>1</sub> Autre, précisez :  10.AQ\_FOYVIE\_SitAutPs

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

- <sub>1</sub> Oui  <sub>2</sub> Non 11.AQ\_FOYVIE\_AvecCouple

↳ 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)...  
12.AQ\_FOYVIE\_ConjSitForm
- <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)  
13.AQ\_FOYVIE\_ConjSitEmpl
- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi  
14.AQ\_FOYVIE\_ConjSitDem
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires  
15.AQ\_FOYVIE\_ConjSitRetr
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)  
16.AQ\_FOYVIE\_ConjSitSant
- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle  
17.AQ\_FOYVIE\_ConjSitFoy
- <sub>1</sub> Autre, précisez :  19.AQ\_FOYVIE\_ConjSitAutPs

## VIII. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

- <sub>1</sub> Arrivée d'enfant(s) dans adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union... 20.AQ\_FOYVIE\_EveEnf
- <sub>1</sub> Mariage, PACS 21.AQ\_FOYVIE\_EveMar
- <sub>1</sub> Divorce, séparation 22.AQ\_FOYVIE\_EveSep
- <sub>1</sub> Période(s) d'hébergement 23.AQ\_FOYVIE\_EveHeb
- <sub>1</sub> Décès de votre conjoint 25.AQ\_FOYVIE\_EveDcConj
- <sub>1</sub> Décès d'un enfant 26.AQ\_FOYVIE\_EveDcEnf
- <sub>1</sub> Décès qui vous a affecté que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant 27.AQ\_FOYVIE\_EveDcAutre
- <sub>1</sub> Tentative(s) de suicide 28.AQ\_FOYVIE\_EveSuicid
- <sub>1</sub> Violences subies dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement...) 29.AQ\_FOYVIE\_EveViol
- <sub>1</sub> Aucun des événements ci-dessus 24.AQ\_FOYVIE\_EveAucun
- <sub>1</sub> Autre(s), précisez :  30.AQ\_FOYVIE\_EveAutre  31.AQ\_FOYVIE\_EveAutrePs



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

## IX. POUR LES 45 ANS ET PLUS

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

### 70. Utilisation du téléphone :

- <sub>1</sub> Je n'ai pas de téléphone
- <sub>2</sub> Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros  
**1.AQ\_VIEIL\_IADLTelep**
- <sub>3</sub> Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus
- <sub>4</sub> Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- <sub>5</sub> Je suis incapable d'utiliser le téléphone

### 71. Déplacements en transports :

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

### 72. Prise de médicaments :

- <sub>1</sub> Je ne prends jamais de médicaments  
**3.AQ\_VIEIL\_IADLMedic**
- <sub>2</sub> Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires
- <sub>3</sub> Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- <sub>4</sub> Je suis incapable de les prendre moi-même

### 73. Gestion du budget :

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

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non, je ne le fais plus  
**5.AQ\_VIEIL\_DeclarImpot**
- <sub>3</sub> Non, je ne l'ai jamais fait

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non, j'ai arrêté de l'utiliser  
**6.AQ\_VIEIL\_CartePaie**
- <sub>3</sub> Non, je n'en ai jamais eu

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION**