



* Q S O 2 0 0 1 *



cohorte
CONSTANCES
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL

2020

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 est saisi par 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 Constances :

- lisez le **journal**,
- abonnez-vous à la **newsletter**,
- consultez le **site Internet** de la cohorte :



<https://www.constances.fr>



- suivez l'actualité sur les **réseaux sociaux** :



Pour nous contacter



COHORTE CONSTANCES, UMS011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE, BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX



contact@constances.fr



N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT MÊME DEPUIS UN MOBILE

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°2020A703AU du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année **2020**. En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population ».

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, 75013 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 Pr 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) ou par voie postale (Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris).



STATISTIQUE
PUBLIQUE

S2020

AQ_MODVIE_RefDoc

Inserm

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 :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide

2.AQ_MODVIE_QUIRemp

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ 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

5.AQ_SANTE_EtatGeneral

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

A B C D E F G H

▪ Votre logement ?

Très satisfait(e)

6.AQ_SANTE_Logement

▪ Votre quartier ?

Très satisfait(e)

7.AQ_SANTE_Quartier

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

Très satisfait(e)

8.AQ_SANTE_RelProches

▪ Vos loisirs ?

Très satisfait(e)

9.AQ_SANTE_Loisirs

▪ La vie que vous menez actuellement ?

Très satisfait(e)

10.AQ_SANTE_VieMenee

▪ Votre travail ?

Très satisfait(e)

11.AQ_SANTE_Travail

₁ 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 ? ₁ Oui ₂ Non

14.AQ_SANTE_SoufCoeur

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

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

₁ Oui ₂ 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 ?

₁ Oui, fortement limité(e) ₂ Oui, limité(e) ₃ Oui, légèrement limité(e) ₄ Non

17.AQ_HANDICAP_Limit

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

18.AQ_HANDICAP_LimitAcc

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

19.AQ_HANDICAP_LimAutre

₁ Autre(s) raison(s) de santé

7. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

₁ Oui ₂ Non

20.AQ_FEMME_Enceinte



* Q S 0 2 0 0 5 *

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

→ ₁ Oui ₂ Non 1.AQ_SANTE_UrinInfect

→ Si oui :

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

→ ₁ 1 ou 2 fois ₂ 3 ou 4 fois ₃ Plus de 4 fois 2.AQ_SANTE_UrinInfectNb

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

→ 3.AQ_SANTE_UrinInfectAgP ans ₁ Je ne sais pas 4.AQ_SANTE_UrinInfectAgPnsp

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

→ 5.AQ_SANTE_UrinInfectAgD ans ₁ Je ne sais pas 6.AQ_SANTE_UrinInfectAgDnsp

10. Avez-vous un tatouage ?

→ ₁ Oui ₂ Non, mais j'ai l'intention de m'en faire faire un ₃ Non 7.AQ_COMPORTE_Tatouage

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

8.AQ_COMPORTE_TatouageSf

₂ Plus grande que la paume de votre main

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

₁ Oui, sans aucune difficulté

₂ Oui, mais avec quelques difficultés 9.AQ_HANDICAP_EtgEscSeul

₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés

₄ Non

10.AQ_HANDICAP_EtgEscAide

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

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

₁ Oui, sans aucune difficulté

₂ Oui, mais avec quelques difficultés 11.AQ_HANDICAP_March1KmSeul

₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés

₄ Non

12.AQ_HANDICAP_March1KmAide

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

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

₁ Oui, sans aucune difficulté

₂ Oui, mais avec quelques difficultés 13.AQ_HANDICAP_Port5KgSeul

₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés

₄ Non

14.AQ_HANDICAP_Port5KgAide

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



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 1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoin
 1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoinH 1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoinM

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

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

16. Pensez-vous être une personne :

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

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 :

4.AQ_SOMMEIL_AuLit 4.AQ_SOMMEIL_AuLitH 4.AQ_SOMMEIL_AuLitM
 ▪ À quelle heure vous mettez-vous au lit ? (horaire) heures minutes
 5.AQ_SOMMEIL_EteinLum 5.AQ_SOMMEIL_EteinLumH 5.AQ_SOMMEIL_EteinLumM
 ▪ À quelle heure éteignez-vous la lumière ? (horaire) heures minutes
 6.AQ_SOMMEIL_TpsEndort 6.AQ_SOMMEIL_TpsEndortH 6.AQ_SOMMEIL_TpsEndortM
 ▪ Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée) heures minutes
 ▪ Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?
 ₁ Oui ₂ Non 7.AQ_SOMMEIL_ReveilNuit

→ Si oui :

8.AQ_SOMMEIL_ReveilNMoy **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)

9.AQ_SOMMEIL_ReveilNDur heures minutes ₁ Je n' 10.AQ_SOMMEIL_ReveilNNSP

9.AQ_SOMMEIL_ReveilNDurH 9.AQ_SOMMEIL_ReveilNDurM
 ▪ À quelle heure vous réveillez-vous **définitivement le matin** ? (horaire) heures minutes
 11.AQ_SOMMEIL_ReveilJour 11.AQ_SOMMEIL_ReveilJourH 11.AQ_SOMMEIL_ReveilJourM
 ▪ À quelle heure vous levez-vous ? (horaire) heures minutes
 12.AQ_SOMMEIL_Leve 12.AQ_SOMMEIL_LeveH 12.AQ_SOMMEIL_LeveM

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

13.AQ_SOMMEIL_RepAuLitH 13.AQ_SOMMEIL_RepAuLitM
 ▪ À quelle heure vous mettez-vous au lit ? heures minutes
 14.AQ_SOMMEIL_RepEteinLumH 14.AQ_SOMMEIL_RepEteinLumM
 ▪ À quelle heure éteignez-vous la lumière ? heures minutes
 15.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndort 15.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndortH 15.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndortM
 ▪ Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée) heures minutes
 16.AQ_SOMMEIL_RepReveilNuit
 ▪ Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?
 ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

• **En moyenne**, combien de fois vous réveillez-vous 17.AQ_SOMMEIL_RepReveilNMoy fois par nuit

• Quelle est la durée **moyenne** des périodes où vous êtes réveillé(e) ? (durée)

18.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDur heures minutes ₁ Je n' 19.AQ_SOMMEIL_RepReveilNNSP

18.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDurH 18.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDurM
 ▪ À quelle heure vous réveillez-vous **définitivement le matin** ? (horaire) heures minutes
 20.AQ_SOMMEIL_RepReveilJour 20.AQ_SOMMEIL_RepReveilJourH 20.AQ_SOMMEIL_RepReveilJourM
 ▪ À quelle heure vous levez-vous ? (horaire) heures minutes
 21.AQ_SOMMEIL_RepLeve 21.AQ_SOMMEIL_RepLeveH 21.AQ_SOMMEIL_RepLeveM



* Q S 0 2 0 0 7 *

IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

19. **Actuellement, fumez-vous (sauf cigarette électronique) ?** ₁ Oui, au moins une fois par jour ₂ Non, ou occasionnellement

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

₂ De cigarettes : De cigarillos : ₃

₄ De pipes : De cigares : ₅

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

→ Si oui :

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

₇ De cigarette(s) (si jetables) : cigarettes, ₈

₉ De ml (si rechargeables) : ml ₁₀

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₁₂

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

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

V. BOISSONS ALCOOLISÉES



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

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

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

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

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

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

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



* Q S 0 2 0 0 8 *

VI. EXPOSITIONS AUX PESTICIDES

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...

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

25. Vous logez dans :

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

26. Ce logement possède-t-il :

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

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

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

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

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

	Moins de 50 m	De 50 à moins de 100 m	De 100 à moins de 300 m	De 300 à 500 m
→ <input type="text" value="9.AQ_FOYVIE_ChampCereal"/> Céréales, maïs, colza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ <input type="text" value="10.AQ_FOYVIE_ChampVigne"/> vignes, verger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ <input type="text" value="11.AQ_FOYVIE_ChampAutre"/> Autre type de culture ou une culture dont je ne connais pas le type	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, lequel : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Chien ₁ Chat ₁ Poisson ₁ Rongeur ₁ Oiseau ₁ Autre
-
-



* Q S 0 2 0 0 9 *

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au printemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En automne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4		1	2	3	4

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

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



* Q S 0 2 0 1 0 *

Période : Printemps - Été

Période : Automne - Hiver

Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois
--------	-------------------------	---------------------	-------------------------

Traitement :

Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	4 fois ou plus par mois
--------	-------------------------	---------------------	-------------------------

• Dans vos jardins et potagers, contre :

	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	1.AQ_PEST_EteJinsecte	Les insectes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	2.AQ_PEST_HiverJinsecte
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	3.AQ_PEST_EteJherbe	Les mauvaises herbes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	4.AQ_PEST_HiverJherbe
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	5.AQ_PEST_EteJchampig	Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	6.AQ_PEST_HiverJchampig
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	7.AQ_PEST_EteJautre	Autres (limaces, escargots, chenilles, pyrale du buis...)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	8.AQ_PEST_HiverJautre

• Dans vos espaces extérieurs (balcon, terrasse, cour, piscine, allée, toiture...), contre :

	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	9.AQ_PEST_EteEmousse	Les mousses	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	10.AQ_PEST_HiverEmousse
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	11.AQ_PEST_EteElichen	Les lichens	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	12.AQ_PEST_HiverElichen
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	13.AQ_PEST_EteEchampig	Les champignons (rouille, oïdium, mildiou...)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	14.AQ_PEST_HiverEchampig
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	15.AQ_PEST_EteEherbe	Les mauvaises herbes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	16.AQ_PEST_HiverEherbe
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	17.AQ_PEST_EteEautre	D'autres nuisances	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	18.AQ_PEST_HiverEautre

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

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

1 Systématiquement 2 Parfois 3 Jamais 19.AQ_PEST_LireNotice

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

1 Systématiquement 2 Parfois 3 Jamais 20.AQ_PEST_AppliqNotice

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

1 Systématiquement 2 Parfois 3 Jamais 21.AQ_PEST_PorteProtect

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

1 Systématiquement 2 Parfois 3 Jamais 22.AQ_PEST_LaveMain

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

1 Systématiquement 2 Parfois 3 Jamais 23.AQ_PEST_AereLog

36. Comment éliminez-vous les emballages vides ?

1 Poubelle (y compris tri sélectif) 24.AQ_PEST_EmbalVide 2 Déchetterie 3 Je ne sais pas



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

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

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

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

→ 1		6.AQ_PEST_Nom1Ps								
→ 2		7.AQ_PEST_Nom2Ps								
→ 3		8.AQ_PEST_Nom3Ps								

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

→	<input type="checkbox"/> 1	Oui	<input type="checkbox"/> 2	Non	<input type="checkbox"/> 3	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 4	Pas de pesticides utilisés
→		↳ Si oui, de quel type ? (plusi			<input type="checkbox"/> 1	9.AQ_PEST_GenePeau	Cutanée (rougeurs, démangeaisons...)	
→		<input type="checkbox"/> 1	11.AQ_PEST_GeneOeil	Oculaire (yeux qui piquent...)				
→		<input type="checkbox"/> 1	12.AQ_PEST_GeneRespir	Respiratoire (toux...)				
→		<input type="checkbox"/> 1	13.AQ_PEST_GeneDigest	Digestive (vomissements, diarrhée...)				
→		<input type="checkbox"/> 1	14.AQ_PEST_GeneAutre	Autre (maux de tête...)				

VII. VOTRE USAGE DE L'EAU

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

L'eau que vous buvez à votre domicile	Type d'eau :	L'eau que vous buvez à l'extérieur de votre domicile
<input type="checkbox"/> 1	← Eau du robinet non filtrée →	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	← Eau du robinet filtrée →	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	← Eau en bouteille →	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	← Autre (puits privé, collecteur d'eau de pluie...) →	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	Quelle quantité en buvez-vous par jour (en litres) ? (N. B. : 1 litre = 5 verres)	<input type="checkbox"/> 1
15.AQ_FOYVIE_EauBueDom		16.AQ_FOYVIE_EauBueExt
17.AQ_FOYVIE_EauBueDomQt		18.AQ_FOYVIE_EauBueExtQt



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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

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

- ₁ 2.AQ_FOYVIE_EauFiltreCaraf Carafe filtrante (type Brita, par exemple)
- ₁ 3.AQ_FOYVIE_EauFiltreRobico Système de filtration raccordé à un de vos robinets
- ₁ 4.AQ_FOYVIE_EauFiltreOsmose Système de filtration par osmose inversée
- ₁ 5.AQ_FOYVIE_EauFiltreAdouci Adoucisseur d'eau
- ₁ 6.AQ_FOYVIE_EauFiltreAutre Autre
- ₁ 7.AQ_FOYVIE_EauFiltreNsp Je ne sais pas

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

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

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

	Vous les lavez ou les rincez	Vous les essuyez	Vous les épluquez ou enlevez les feuilles extérieures
→ Fruits frais	<input type="checkbox"/> ₁ 10.AQ_ALIM_FruitFraisPrinc	<input type="checkbox"/> ₁ 11.AQ_ALIM_FruitFraisPessuy	<input type="checkbox"/> ₁ 12.AQ_ALIM_FruitFraisPepluc
→ Légumes frais	<input type="checkbox"/> ₁ 13.AQ_ALIM_LegumeFraisPrinc	<input type="checkbox"/> ₁ 14.AQ_ALIM_LegumeFraisPessuy	<input type="checkbox"/> ₁ 15.AQ_ALIM_LegumeFraisPepluc

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

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

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

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

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

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

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

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

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



* Q S O 2 0 1 3 *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

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

→ Si oui :

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

- À quel âge avez-vous arrêté d'y aller ? ₁ Je continue de me baigner en piscine ₂ Je ne sais pas

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

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

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

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

VIII. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) d'un précédent mariage...) | <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a affectés plus que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| <input type="checkbox"/> ₁ Aucun des événements ci-dessus | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (agressions, brutalités physiques, harcèlement...) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s), précisez | |



IX. SITUATION MATÉRIELLE

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

₁ Oui ₂ Non

1.AQ_FOYVIE_SoinNonFinA

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

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

2.AQ_FOYVIE_SoinNonFinE

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

₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

3.AQ_FOYVIE_DifFinanc

X. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

4.AQ_FOYVIE_SitForm Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...

5.AQ_FOYVIE_SitEmpl 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 :

6.AQ_FOYVIE_SitEmplPs

7.AQ_FOYVIE_SitDem Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

8.AQ_FOYVIE_SitRetr Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

9.AQ_FOYVIE_SitSant Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

↳ Précisez le motif :

10.AQ_FOYVIE_SitSantPs

11.AQ_FOYVIE_SitFoy Sans activité professionnelle

12.AQ_FOYVIE_SitAut Autre, précisez :

13.AQ_FOYVIE_SitAutPs

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

₁ De jour ₃ Alternants (par exemple 2 x 8, 3 x 8 ou 2 x 12)

₂ De nuit ₄ Irréguliers (sans organisation particulière)

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

₁ Oui ₂ Non

15.AQ_FOYVIE_AvecCouple

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

16.AQ_FOYVIE_ConjSitForm ₁ Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...

17.AQ_FOYVIE_ConjSitEmpl 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)

18.AQ_FOYVIE_ConjSitDem ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

19.AQ_FOYVIE_ConjSitRetr ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

20.AQ_FOYVIE_ConjSitSant ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

21.AQ_FOYVIE_ConjSitFoy ₁ Sans activité professionnelle

22.AQ_FOYVIE_ConjSitAut ₁ Autre, précisez :

23.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs



XI. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES AVANT VOS 18 ANS

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

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

- ₁ Avec vos deux parents 1.AQ_AV18_VecuParent
- ₁ Avec votre mère seule 2.AQ_AV18_VecuMere
- ₁ Avec votre mère et sa/son conjoint 3.AQ_AV18_VecuMerConj
- ₁ Avec votre père seul 4.AQ_AV18_VecuPere
- ₁ Avec votre père et sa/son conjoint 5.AQ_AV18_VecuPerConj
- ₁ Avec vos grands-parents ou avec un autre membre de la famille 6.AQ_AV18_VecuGdParent
- ₁ En institution ou en pensionnat 7.AQ_AV18_VecuInstitu
- ₁ En famille d'accueil 8.AQ_AV18_VecuFamAccueil

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

- ₁ Moins de 3 mois 9.AQ_AV18_VecuNoFamTps
- ₂ Entre 3 mois et 1 an
- ₃ Entre 1 et 2 ans
- ₄ Entre 2 et 5 ans
- ₅ Entre 5 et 10 ans
- ₆ Plus de 10 ans

- ₁ Autre, précisez : 11.AQ_AV18_VecuAutrePs
- ₁ Autre, précisez : 10.AQ_AV18_VecuAutre

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

- ₁ Oui 12.AQ_AV18_ParentSep
- ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? 13.AQ_AV18_ParentSepAg ans ₁ Cela s'est produit avant ma naissance 14.AQ_AV18_ParentSepAgN
- ₂ Non
- ₃ Je ne suis pas concerné(e)
- ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e)

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) 15.AQ_AV18_MereDcd
- ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? 16.AQ_AV18_MereDcdAg ans ₁ Cela s'est produit lors de ma naissance 17.AQ_AV18_MereDcdAgN

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) 18.AQ_AV18_PereDcd
- ➔ Si oui, quel âge aviez-vous ? 19.AQ_AV18_PereDcdAg ans ₁ Cela s'est produit avant ma naissance 20.AQ_AV18_PereDcdAgN

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) 21.AQ_AV18_Hopital

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) 22.AQ_AV18_ParentTrv

- Votre famille avait régulièrement des difficultés financières ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) 23.AQ_AV18_DifFinanc



* Q S 0 2 0 1 6 *

Avant vos 18 ans :

65. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui souffrait de dépression, d'une pathologie mentale, ou qui était suicidaire ?

- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 1.AQ_AV18_VecAvecDep

66. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui avait une consommation excessive d'alcool ou une dépendance à l'alcool ?

- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 2.AQ_AV18_VecAvecAlcool

67. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui consommait des drogues illicites ou qui avait une consommation excessive de médicaments (en dehors d'un encadrement médical) ?

- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 3.AQ_AV18_VecAvecDrogue

68. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui a été condamné à de la prison (ou autre type d'établissement correctionnel) avec ou sans aménagement de peine ?

- ₁ Jamais ₂ 1 personne ₃ Plusieurs personnes ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 4.AQ_AV18_VecAvecPrison

69. À quelle fréquence vos parents ou d'autres adultes du foyer se donnaient-ils des gifles, des coups de poing, des coups de pied ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 5.AQ_AV18_ParentFreqCoupEux

70. À quelle fréquence un parent ou un autre adulte du foyer vous a-t-il frappé(e), battu(e), donné des coups de pieds ou blessé(e) physiquement ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 6.AQ_AV18_ParentFreqCoupMoi

71. Combien de fois un parent ou un autre adulte du foyer vous a-t-il crié dessus, insulté(e) ou rabaissé(e) ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 7.AQ_AV18_ParentFreqCrieMoi

72. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait subir des attouchements sexuels ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 8.AQ_AV18_QlqFreqSexMoi

73. Combien de fois quelqu'un a-t-il tenté d'obtenir que vous lui fassiez des attouchements sexuels ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 9.AQ_AV18_QlqFreqSexLui

74. Combien de fois quelqu'un vous a-t-il forcé(e) à avoir des rapports sexuels ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 10.AQ_AV18_QlqFreqForceSex

75. Avez-vous été victime d'autres violences physiques ou psychologiques ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois ₃ Plus d'1 fois ₄ Je ne sais pas, je ne suis pas certain(e) ₅ Je ne souhaite pas répondre
- 11.AQ_AV18_Victime

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Si vous souhaitez nous contacter, n'hésitez pas à utiliser les différents moyens mis à votre disposition (n° vert, mail, adresse postale), indiqués en page 1.

