



* Q S 0 2 2 0 1 *



cohorte
CONSTANCES
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL

2022

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.

Vous informer



- Lisez le **journal**,



- Abonnez-vous à la **newsletter**,



- Consultez le **site Internet** de la cohorte :

<https://www.constances.fr>



- Suivez les **réseaux sociaux**

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

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 « RGPD » (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016) 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).

S2022

AQ_MODVIE_RefDoc

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 :

▪ 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

3. Si vous occupez actuellement un emploi :

→ ▪ Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ? Pas du tout Très

A B C D E F G H
13.AQ_SANTE_FatigPhys

→ ▪ Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ? Pas du tout Très

A B C D E F G H
14.AQ_SANTE_FatigNerf

II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ? kg

15.AQ_SANTE_Poids

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

16.AQ_HANDICAP_Limit

→ 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

19.AQ_FEMME_Enceinte



* Q S 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

1.AQ_SANTE_CovEu

→ 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	2.AQ_SANTE_CovD202003Av <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	3.AQ_SANTE_Cov202003Av <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Entre mars et juin 2020	4.AQ_SANTE_CovD20200306En <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	5.AQ_SANTE_Cov20200306En <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ En juillet ou août 2020	6.AQ_SANTE_CovD20200708En <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	7.AQ_SANTE_Cov20200708En <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Entre septembre et décembre 2020	8.AQ_SANTE_CovD20200912En <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	9.AQ_SANTE_Cov20200912En <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Entre janvier et juin 2021	10.AQ_SANTE_CovD20210106En <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	11.AQ_SANTE_Cov20210106En <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Entre juillet et décembre 2021	12.AQ_SANTE_CovD20210712En <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	13.AQ_SANTE_Cov20210712En <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Entre janvier 2022 et aujourd'hui	14.AQ_SANTE_CovD2022AtNow <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	15.AQ_SANTE_Cov2022AtNow <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
→ Je ne sais pas à quelle période	16.AQ_SANTE_CovDQdNsp <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	17.AQ_SANTE_CovQdNsp <input type="checkbox"/> ₄	<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) ?

18.AQ_SANTE_CovInfOxygene ₁ Oui ₂ Non

→ ▪ Êtes-vous resté(e) plus d'une nuit à l'hôpital à cause de votre infection ?

19.AQ_SANTE_CovInfPlus1Nuit ₁ Oui ₂ Non

→ ▪ Avez-vous été admis(e) en réanimation ?

20.AQ_SANTE_CovReanime ₁ Oui ₂ Non

→ ▪ Avez-vous été admis(e) en rééducation/soins de suite/convalescence ?

21.AQ_SANTE_CovAdmSoins 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

22.AQ_SANTE_Cov1Injection

→ Si oui :

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

23.AQ_SANTE_CovInjNbDose

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

24.AQ_SANTE_CovVacPfizer

Pfizer ® / BioNTech ® (Comirnaty)

27.AQ_SANTE_CovVacJohn

Johnson & Johnson ® (Janssen)

25.AQ_SANTE_CovVacModerna

Moderna ® (Spikevax)

28.AQ_SANTE_CovVacAutre

Autre(s)

26.AQ_SANTE_CovVacAstra

AstraZeneca ® (Vaxzevria)

29.AQ_SANTE_CovVacNsp

Je ne sais pas



* Q S 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	1.AQ_CESD_Q01
<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	2.AQ_CESD_Q02
<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	3.AQ_CESD_Q03
<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	4.AQ_CESD_Q04
<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	5.AQ_CESD_Q05
<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	6.AQ_CESD_Q06
<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	7.AQ_CESD_Q07
<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	8.AQ_CESD_Q08
<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	9.AQ_CESD_Q09
<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	10.AQ_CESD_Q10
<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	11.AQ_CESD_Q11
<i>J'ai été heureux(se)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	12.AQ_CESD_Q12
<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	13.AQ_CESD_Q13
<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	14.AQ_CESD_Q14
<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	15.AQ_CESD_Q15
<i>J'ai profité de la vie</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	16.AQ_CESD_Q16
<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	17.AQ_CESD_Q17
<i>Je me suis senti(e) triste</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	18.AQ_CESD_Q18
<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	19.AQ_CESD_Q19
<i>J'ai manqué d'entrain</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	20.AQ_CESD_Q20



IV. ALIMENTATION

11. Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?

Tout à fait Pas du tout

A B C D E F G H

1.AQ_ALIM_Equilib

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)

2.AQ_ALIM_RepasOu

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

₁ Oui ₂ Non

3.AQ_ALIM_Regime

➔ 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

4.AQ_ALIM_RegProf

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



* Q S 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.) *	1.AQ_ALIM_FreqConsDess <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	2.AQ_ALIM_FreqConsDessPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Produits laitiers et desserts allégés (à 0 %, 20 %, etc.)	3.AQ_ALIM_FreqConsPLaitAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	4.AQ_ALIM_FreqConsPLaitALPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Fromages *	5.AQ_ALIM_FreqConsFromS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	6.AQ_ALIM_FreqConsFromSPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Fromages allégés	7.AQ_ALIM_FreqConsFromAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	8.AQ_ALIM_FreqConsFromALPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Pain blanc, biscottes	9.AQ_ALIM_FreqConsPainB <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	10.AQ_ALIM_FreqConsPainBPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes	11.AQ_ALIM_FreqConsPainC <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	12.AQ_ALIM_FreqConsPainCPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Céréales pour le petit-déjeuner	13.AQ_ALIM_FreqConsCereal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	14.AQ_ALIM_FreqConsCerealPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule, etc.)	15.AQ_ALIM_FreqConsPate <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	16.AQ_ALIM_FreqConsPatePJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Riz complet ou brun, pâtes complètes, etc.	17.AQ_ALIM_FreqConsRiz <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	18.AQ_ALIM_FreqConsRizPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.)	19.AQ_ALIM_FreqConsLegSec <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	20.AQ_ALIM_FreqConsLegSecPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Légumes crus (crudités) ou cuits	21.AQ_ALIM_FreqConsLegCru <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	22.AQ_ALIM_FreqConsLegCruPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Fruits frais (y compris fruits pressés)	23.AQ_ALIM_FreqConsFruif <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	24.AQ_ALIM_FreqConsFruifPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute, etc.) *	25.AQ_ALIM_FreqConsPlaC <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	26.AQ_ALIM_FreqConsPlaCPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Plats cuisinés du commerce allégés	27.AQ_ALIM_FreqConsPlaCAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	28.AQ_ALIM_FreqConsPlaCALPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Plats de restauration rapide (hamburgers, kebabs, sandwiches, pizzas, quiches, etc.)	29.AQ_ALIM_FreqConsFast <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	30.AQ_ALIM_FreqConsFastPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés, etc.)	31.AQ_ALIM_FreqConsAIFrit <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	32.AQ_ALIM_FreqConsAIFritPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs	33.AQ_ALIM_FreqConsBisSal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	34.AQ_ALIM_FreqConsBisSalPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries	35.AQ_ALIM_FreqConsPatis <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	36.AQ_ALIM_FreqConsPatisPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. *	37.AQ_ALIM_FreqConsBisc <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	38.AQ_ALIM_FreqConsBiscPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. allégés	39.AQ_ALIM_FreqConsBiscAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	40.AQ_ALIM_FreqConsBiscALPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)	41.AQ_ALIM_FreqConsBeurM <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	42.AQ_ALIM_FreqConsBeurMPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Huile (assaisonnement ou cuisson)	43.AQ_ALIM_FreqConsHuil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	44.AQ_ALIM_FreqConsHuilPJ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6



* Q S 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 zéro	1.AQ_ALIM_FreqConsSodaAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	2.AQ_ALIM_FreqConsSodaALPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Café	3.AQ_ALIM_FreqConsCafe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	4.AQ_ALIM_FreqConsCafePJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Thé	5.AQ_ALIM_FreqConsThe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	6.AQ_ALIM_FreqConsThePJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Jus ou nectar de fruits du commerce	7.AQ_ALIM_FreqConsJus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	8.AQ_ALIM_FreqConsJusPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Soda (Orangina, Schweppes, etc.), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea, etc.) *	9.AQ_ALIM_FreqConsSodaA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	10.AQ_ALIM_FreqConsSodaAPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Boisson énergisante (Red bull, Monster, etc.) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs)	11.AQ_ALIM_FreqConsEnergy <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4	12.AQ_ALIM_FreqConsEnergyPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

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

- 13.AQ_ALIM_NbSucre
- 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 cuillères à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.)

- 14.AQ_ALIM_NbSucreAL
- 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 15.AQ_ALIM_MangeSale

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
- 17.AQ_ALIM_Magarin 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 18.AQ_ALIM_TypHuil 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 19.AQ_ALIM_FreqFruitSsCoq 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 20.AQ_ALIM_FruitSsCoqNbPj

➔ Précisez le nombre de portions par jour :



* Q S 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 ?

1.AQ_ACTPHY_NbjIntense

2.AQ_ACTPHY_NbjIntenseN

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)

3.AQ_ACTPHY_NbhIntense

4.AQ_ACTPHY_NbhIntenseNSP

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

3.AQ_ACTPHY_NbhIntenseH

3.AQ_ACTPHY_NbhIntenseM

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 ?

5.AQ_ACTPHY_NbjModere

6.AQ_ACTPHY_NbjModereN

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)

7.AQ_ACTPHY_NbhModere

8.AQ_ACTPHY_NbhModereNSP

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

7.AQ_ACTPHY_NbhModereH

7.AQ_ACTPHY_NbhModereM

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 ?

9.AQ_ACTPHY_NbjMarche

10.AQ_ACTPHY_NbjMarcheN

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)

11.AQ_ACTPHY_NbhMarcheJour

12.AQ_ACTPHY_NbhMarcheJourN

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

11.AQ_ACTPHY_NbhMarcheJourH

11.AQ_ACTPHY_NbhMarcheJourM

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 ?

13.AQ_ACTPHY_NbhAssis

14.AQ_ACTPHY_NbhAssisN

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

13.AQ_ACTPHY_NbhAssisH

13.AQ_ACTPHY_NbhAssisM



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 :

₂ De cigarettes : De cigarillos : ₃
₄ De pipes : De cigares : ₅

26. **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) : cigarette ₈
₉ De ml (si rechargeables) : ml ₁₀

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

₁₁ 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

₁₂

➔ Si oui, à quelle concentration ?



₁₃

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 ₁₄

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

₁₅ 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.



* Q S 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 1ère 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)	<input type="checkbox"/> 1.AQ_COMPORT_AlcJAucune	<input type="checkbox"/> 2.<>_AlcLJBierNbV	<input type="checkbox"/> 3.<>_AlcLJVinNbV	<input type="checkbox"/> 4.<>_AlcLJFortNbV	<input type="checkbox"/> 5.<>_AlcLJApeNbV	<input type="checkbox"/> 6.<>_AlcLJPremNbV	<input type="checkbox"/> 7.<>_AlcLJCockNbV
Vendredi	<input type="checkbox"/> 8.AQ_COMPORT_AlcVAucune	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> E2	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> G2
Samedi	<input type="checkbox"/> 15.AQ_COMPORT_AlcSAucune	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> E3	<input type="checkbox"/> F3	<input type="checkbox"/> G3
Dimanche	<input type="checkbox"/> 22.AQ_COMPORT_AlcDAucune	<input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> E4	<input type="checkbox"/> F4	<input type="checkbox"/> G4

* 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 29.AQ_COMPORT_AlcDejSoul12m

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

B2=9.AQ_COMPORT_AlcVBierNbV

C2=10.AQ_COMPORT_AlcVVinNbV

D2=11.AQ_COMPORT_AlcVFortNbV

E2=12.AQ_COMPORT_AlcVApeNbV

F2=13.AQ_COMPORT_AlcVPremNbV

G2=14.AQ_COMPORT_AlcVCockNbV

B3=16.AQ_COMPORT_AlcSBierNbV

C3=17.AQ_COMPORT_AlcSVinNbV

D3=18.AQ_COMPORT_AlcSFortNbV

E3=19.AQ_COMPORT_AlcSApeNbV

F3=20.AQ_COMPORT_AlcSPremNbV

G3=21.AQ_COMPORT_AlcSCockNbV

B4=23.AQ_COMPORT_AlcDBierNbV

C4=24.AQ_COMPORT_AlcDVinNbV

D4=25.AQ_COMPORT_AlcDFortNbV

E4=26.AQ_COMPORT_AlcDApeNbV

F4=27.AQ_COMPORT_AlcDPremNbV

G4=28.AQ_COMPORT_AlcDCockNbV

30.AQ_COMPORT_AlcDense

! 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

31.AQ_COMPORT_AlcNbFois

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

32.AQ_COMPORT_AlcNbVerre

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

33.AQ_COMPORT_AlcNbFois6Ver



VIII. SITUATION PROFESSIONNELLE ET ECONOMIQUE

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

1.AQ_FOYVIE_SitForm Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...

2.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 :

3.AQ_FOYVIE_SitEmplPs

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

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

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

↳ Précisez le motif :

7.AQ_FOYVIE_SitSantPs

8.AQ_FOYVIE_SitFoy Sans activité professionnelle

9.AQ_FOYVIE_SitAut Autre, précisez :

10.AQ_FOYVIE_SitAutPs

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

11.AQ_FOYVIE_AvecCouple Oui Non

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

12.AQ_FOYVIE_ConjSitForm Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...

13.AQ_FOYVIE_ConjSitEmpl 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)

14.AQ_FOYVIE_ConjSitDem Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

15.AQ_FOYVIE_ConjSitRetr Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

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

17.AQ_FOYVIE_ConjSitFoy Sans activité professionnelle

18.AQ_FOYVIE_ConjSitAut Autre, précisez :

19.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs

! 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)



* Q S 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 1.AQ_VIETRAV_TeleTrav
- 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** :

→ 2.AQ_VIETRAV_TeleTravTemp

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

3.AQ_VIETRAV_Num

→ 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)

→ 4.AQ_VIETRAV_NumTransp

- ₁ De transports (Uber...)

→ 5.AQ_VIETRAV_NumLivr

- ₁ De livraison (Deliveroo...)

→ 6.AQ_VIETRAV_NumPart

- ₁ De services aux particuliers (TaskRabbit...)

→ 7.AQ_VIETRAV_NumCrow

- ₁ De crowdfunding (ou financement participatif)

→ 8.AQ_VIETRAV_NumMicro

- ₁ De microtravail (Mechanical Turk d'Amazon (AMT)...)

→ 9.AQ_VIETRAV_NumAutre

- ₁ Autre(s), précisez :

10.AQ_VIETRAV_NumAutrePs

• Quel est votre statut d'emploi ?

→ 11.AQ_VIETRAV_NumStatut

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

→ 12.AQ_VIETRAV_NumPSource

- 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 13.AQ_FOYVIE_SitPrf1An
- 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) 14.AQ_FOYVIE_SitProfConf
- 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
- 15.AQ_FOYVIE_RevenuMont



* Q S 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

1.AQ_FOYVIE_RevenuNbPers

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

2.AQ_FOYVIE_OrigResRvProf

Revenus professionnels

3.AQ_FOYVIE_OrigResChom

Indemnités ou allocations de chômage

4.AQ_FOYVIE_OrigResRetr

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...

5.AQ_FOYVIE_OrigResAssMal

Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail, maternité ou paternité ou adoption

6.AQ_FOYVIE_OrigResAlloc

1 Allocation(s) : familiales, au logement, de solidarité / insertion, pension d'invalidité, rente d'incapacité...

7.AQ_FOYVIE_OrigResBourse

Bourse, aide pour financer ses études

8.AQ_FOYVIE_OrigResProch

Aide régulière de la famille ou de proches

9.AQ_FOYVIE_OrigResCapit

1 Revenus du capital (loyers, dividendes...)

10.AQ_FOYVIE_OrigResSsRev

Sans revenus personnels ou uniquement ceux de votre conjoint(e)

11.AQ_FOYVIE_OrigResAut

1 Autre, précisez :

12A.AQ_FOYVIE_OrigResAutPs

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

13A.AQ_FOYVIE_ActSitFinanc

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

14.AQ_FOYVIE_SoinNonFinA

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)

15.AQ_FOYVIE_SoinNonFinE

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

16.AQ_FOYVIE_DifFinanc

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

17.AQ_FOYVIE_SitFinanc

1 Meilleure

2 Identique

3 Moins bonne

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

18.AQ_FOYVIE_SitFinancModif

1 Oui

2 Non

3 Je ne sais pas



* Q S 0 2 2 1 6 *

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

- ₁ Très confiant(e)
- ₂ Assez confiant(e)
- ₃ Pas très confiant(e)
- ₄ Pas confiant(e) du tout

1.AQ_FOYVIE_SitFinConf

IX. ÉVÉNEMENTS DE VIE

51. 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 (adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union...) | <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a gravement affecté celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu de la sphère familiale (insultes, agressions, brutalités physiques, harcèlement...) |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Aucun des événements ci-dessus | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s), précisez : | |

X. DIVERS

52. Un autre membre de votre foyer fait-il partie de la cohorte Constances ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e) ₄ Je ne souhaite pas répondre

→ Si oui, s'agit-il (plusieurs réponses possibles) :

- ₁ De votre conjoint(e)
- ₁ D'un de vos enfants
- ₁ D'un de vos parents
- ₁ Autre

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.