

QUESTIONNAIRE



BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2021

Questionnaire / Volet DROM

SOMMAIRE

2 GRILLE DE LECTURE

2 SIGNALÉTIQUE ET DESCRIPTION DU FOYER

3 PESTICIDES

3 CHLORDÉCONE

4 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

4 TABAC

4 Prévalence

6 Sevrage tabagique

6 Grossesse et tabagisme

7 E-cigarette

8 CANNABIS

8 ALCOOL

8 Consommation

10 Consommation pendant la grossesse

10 Notoriété des repères et risques

10 VACCINATION

13 SANTÉ GÉNÉRALE

14 RECOURS ET RENONCEMENTS AUX SOINS

14 DIABÈTE

15 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

16 COVID-19

18 SANTÉ MENTALE

18 Épisode dépressif caractérisé

21 Conduites suicidaires

22 ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

23 ALIMENTATION

25 LOGEMENT

25 CARACTÉRISTIQUES

25 Statut migratoire

25 Situation professionnelle

27 Niveau d'éducation

28 Situation financière perçue

28 Revenus

28 Équipement téléphonique

28 Commune de résidence

29 FIN DU QUESTIONNAIRE

GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire du Baromètre de Santé publique France 2021 - DROM est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes indiquées sur l'écran des enquêteurs ainsi que les conditions des questions.

THÈME

SOUS-THÈME

CONDITIONS DE LA QUESTION

NOM DE LA QUESTION

Intitulé de la question

Consignes données aux enquêteurs

→ **REMARQUE**

1. Sous-question 1
2. Sous-question 2
1. Item de réponse 1
2. Item de réponse 2
- n. Item de réponse n

Les items de réponse apparaissant entre crochets ne sont pas lus par les enquêteurs.

Des items spécifiques à la non-réponse « Ne sait pas » ou « Refus » ne sont pas indiqués dans ce questionnaire mais pourraient être codés si nécessaire par les enquêteurs quelle que soit la question posée.

SIGNALÉTIQUE ET DESCRIPTION DU FOYER

RSDEPN

Dans quel département résidez-vous ?

1. Guadeloupe
2. Martinique
3. Guyane
4. La Réunion

RS1

Sexe de l'interviewé(e)

1. Homme
2. Femme

QAGE

Quel est votre âge ?

Il s'agit de l'âge révolu.

→ **MINIMUM 18 – MAXIMUM 85**

CF1

Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

En cas de doute : si la personne a plusieurs domiciles, prendre celui que la personne considère comme son domicile principal ; à défaut, celui dans lequel la personne réside le plus souvent.

SI PLUSIEURS PERSONNES, POSER CF4 À RS5 (RECUEIL DU PRÉNOM, NON CONSERVÉ)

Pour chacune des N personnes qui composent votre foyer, je vais vous demander son sexe et son âge.

CF4

Quel est le sexe de...

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER < prénom > ?

1. Homme
2. Femme

CF5

Quel est l'âge de...

SI DEUX PERSONNES DANS LE FOYER la deuxième personne qui compose votre foyer ?

SI PLUS DE DEUX PERSONNES DANS LE FOYER < prénom > ?

Si moins d'un an, coder 0.

RS5

Pour chaque personne qui habite chez vous, dites-moi qui elle est par rapport à vous. Qui < Prénom + âge – CF5 > est-il/elle par rapport à vous ?

Citer si nécessaire.

1. Votre père
2. Votre mère
3. Votre beau-père
4. Votre belle-mère
5. Votre frère
6. Votre demi-frère
7. Votre sœur
8. Votre demi-sœur
9. Votre grand-père
10. Votre grand-mère
11. Votre conjoint(e)/petit(e) ami(e)/fiancé(e)/concubin(e)/compagnon/compagne
12. Votre fils
13. Le fils de votre conjoint(e)
14. Votre fille
15. La fille de votre conjoint(e)
16. Votre petit-fils
17. Votre petite-fille
18. Votre gendre (ami/compagnon de votre fils/fille)
19. Votre belle-fille (amie/compagne de votre fils/fille)
20. Un ou une ami(e)
21. Un(e) colocataire
22. Autre (Préciser)

SI FEMME DE MOINS DE 51 ANS

ENCEINT1

Êtes-vous enceinte ?

1. Oui
2. Non

LABOUR1

Quelle est actuellement votre situation professionnelle ?
Vous êtes...

Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.

Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.

Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré(e), coder item 1.

S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite entre ces deux activités, coder item 3.

Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder item 4.

1. en emploi ?
2. apprenti(e) ou en stage rémunéré ?
3. étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ?
4. au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ?
5. retraité(e) ou pré-retraité(e) ?
6. femme ou homme au foyer ?
7. autre situation (congé longue durée, personne handicapée, etc.) ?

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

PESTICIDES

Nous allons commencer par parler des pesticides.

PEST1

Concernant les éventuels effets des pesticides sur la santé, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

1. Bien informé(e)
2. Mal informé(e)
3. Vous n'en avez jamais entendu parler

SI DÉCLARE ÊTRE BIEN OU MAL INFORMÉ(E) OU NSP

PEST2

Considérez-vous que les pesticides présentent un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des populations en général ?

1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout

SI RÉSIDE EN GUYANE

PEST3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous vous-même utilisé...

Cela n'inclut pas les pesticides utilisés dans un cadre professionnel.

SOUS-QUESTION 2 *Cela inclut les anti-puces donnés en comprimés aux animaux.*

SOUS-QUESTION 4 *Cela n'inclut pas les produits ménagers tels que l'eau de javel ou le vinaigre blanc. Si a utilisé uniquement des produits ménagers, coder Non.*

1. des produits pour lutter contre les maladies de vos plantes ou les mauvaises herbes ?
2. des produits pour lutter contre les parasites comme les tiques, les puces ou les poux, pour vous-même, l'un des membres de votre foyer ou pour un animal de compagnie ?
3. des produits pour lutter contre les insectes comme les moustiques ou les araignées, contre les rongeurs ou les nuisibles du jardin ?
4. des produits pour lutter contre les moisissures ou les champignons ?

1. Oui
2. Non

SI RÉSIDE EN GUADELOUPE OU MARTINIQUE ET SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

CHLORDÉCONE

CHLOR2

Concernant les éventuels effets de la chlordécone sur la santé, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

1. Bien informé(e)
2. Mal informé(e)
3. Vous n'en avez jamais entendu parler

SI DÉCLARE ÊTRE BIEN OU MAL INFORMÉ(E) OU NSP

CHLOR3

Considérez-vous que la chlordécone présente un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque du tout pour la santé des populations en général ?

1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout

SI DÉCLARE ÊTRE BIEN OU MAL INFORMÉ(E) OU NSP

CHLOR4

Lorsque vous vous posez des questions sur la chlordécone et ses effets sur la santé, où cherchez-vous de l'information ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Sur Internet
2. Auprès de votre médecin (ou d'un médecin)
3. Auprès de vos proches (parents, famille, amis...)
4. Auprès d'associations (Jafa, etc.)
5. Auprès de l'Agence régionale de santé
6. Auprès d'une autre source d'information (préciser)
7. [Non concerné(e) : ne cherche jamais d'information sur la chlordécone]

CHLOR5

Avez-vous, chez vous ou ailleurs, un jardin dans lequel vous faites pousser des fruits, des légumes ou des légumes racines ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT POUSSER DES FRUITS, LÉGUMES OU LÉGUMES RACINES

CHLOR6

Selon vous, le sol de votre jardin est-il pollué ?

1. Oui
2. Non

CHLOR7

Seriez-vous intéressé(e) par une recherche de Chlordécone dans votre sang, si cette analyse était remboursée par la Sécurité sociale ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Nous allons maintenant évoquer d'autres thèmes en lien avec l'environnement.

SENV1N

Concernant les éventuels effets sur la santé < Affichage sous-question >, avez-vous le sentiment d'être bien informé(e), mal informé(e) ou vous n'en avez jamais entendu parler ?

Intérieur = intérieur du logement.

1. de la qualité de l'air intérieur
 2. **SI RÉSIDE À LA RÉUNION** des polluants dans l'alimentation
 3. des événements climatiques extrêmes comme par exemple **SI GUYANE OU LA RÉUNION** < les canicules, les cyclones > **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE** < les ouragans >, les tempêtes ou les inondations
 4. **SI GUYANE** des métaux lourds comme par exemple le plomb ou le mercure
 5. **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE OU LA RÉUNION** des sols pollués par une activité industrielle
 6. de la qualité de l'eau du robinet
 7. des maladies transmises par les rongeurs
1. Bien informé(e)
 2. Mal informé(e)
 3. Vous n'en avez jamais entendu parler

Maintenant pour chacun de ces thèmes, dites-moi si selon vous il présente un risque pour la santé.

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU THÈME < SOUS-QUESTION SENV1 >

SENV2N

Considérez-vous que < Affichage sous-question >, présente un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible ou pas de risque de tout pour la santé des populations en général ?

Intérieur = intérieur du logement.

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. la qualité de l'air intérieur
 2. **SI RÉSIDE À LA RÉUNION** les polluants dans l'alimentation
 3. les événements climatiques extrêmes comme par exemple **SI GUYANE OU LA RÉUNION** < les canicules, les cyclones > **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE** < les ouragans >, les tempêtes ou les inondations
 4. **SI GUYANE** les métaux lourds comme par exemple le plomb ou le mercure
 5. **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE OU LA RÉUNION** les sols pollués par une activité industrielle
 6. la qualité de l'eau du robinet
 7. les maladies transmises par les rongeurs
1. Un risque très élevé
 2. Un risque plutôt élevé
 3. Un risque plutôt faible
 4. Pas de risque du tout

SENV4

Vous personnellement, pour améliorer la qualité de votre environnement ou de votre santé, quelles sont les mesures que vous prenez déjà ?

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. Vous prenez en compte les émissions polluantes lors de l'achat de matériaux de bricolage, de construction ou de décoration (peintures, vernis, etc.)
 2. Vous pratiquez le tri des déchets
1. Systématiquement
 2. Souvent
 3. Parfois
 4. Jamais
 5. [Non concerné(e)]

TABAC

PRÉVALENCE

TA1

Nous allons maintenant parler du tabac.

Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.

Si répond « La cigarette électronique uniquement », répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.
Si la personne dit être enceinte et s'être arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.

1. Oui
2. Non

**SI FUMEUR/FUMEUSE, POSER SOUS-QUESTIONS 1 À 5
POSER SOUS-QUESTION 6 À TOUS**

TA2

Fumez-vous...

Cigarettes tubées = tabac à rouler.

1. du tabac à rouler ?
 2. des cigarettes en paquet ?
 3. des cigarillos ?
 4. des cigares ?
 5. la pipe ?
 6. la chicha ou le narguilé ?
1. Oui
 2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NSP

TA3

Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

Si la personne dit qu'elle a (déjà) fumé, coder Oui.

1. Oui
2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE MAIS A DÉJÀ FUMÉ

TA4

Avez-vous fumé...

« Occasionnellement » = quelle que soit la durée.

Si la personne répond « Occasionnellement et quotidiennement pendant moins de six mois », coder item 3.

Si la personne répond « Occasionnellement et quotidiennement pendant plus de six mois », coder item 4.

1. juste une ou deux fois pour essayer ?
2. occasionnellement ?
3. quotidiennement pendant moins de six mois ?
4. quotidiennement pendant plus de six mois ?

SI FUMEUR/FUMEUSE OU FUME LA CHICHA OU LE NARGUILÉ

TA5

Fumez-vous tous les jours ?

Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE DE TABAC À ROULER

TA61

Combien de cigarettes roulées fumez-vous en moyenne ?

Si nécessaire, préciser « cigarettes de tabac à rouler ».

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Attention, si fume soit des cigarettes roulées soit des cigarettes en paquet selon les jours, répartir la quantité totale entre les deux types. Par exemple, si fume 20 cigarettes par jour, parfois roulées parfois en paquet, coder 10 et 10.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARETTES EN PAQUET

TA62

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne **SI FUME DU TABAC À ROULER < sans compter le tabac à rouler > ?**

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an.

Attention, si fume soit des cigarettes roulées soit des cigarettes en paquet selon les jours, répartir la quantité totale entre les deux types. Par exemple, si fume 20 cigarettes par jour, parfois roulées parfois en paquet, coder 10 et 10.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARES

TA63

Combien de cigares fumez-vous en moyenne ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an.

Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CIGARILLOS

TA64

Combien de cigarillos fumez-vous en moyenne ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an.

Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE DE CHICHA**TA65**

Combien de fois fumez-vous la chicha, le narguilé en moyenne...

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple 15).

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an. Si moins d'une fois par an, coder 0.

1. par jour ?
2. par semaine ?
3. par mois ?
4. par an ?

SI FUMEUR QUOTIDIEN DE 18 À 75 ANS**TA8**

Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Si ne fume pas de cigarettes (mais uniquement cigares, pipes...), la question porte sur le produit du tabac fumé.

1. Dans les 5 premières minutes
2. Entre 6 et 30 minutes
3. Entre 31 et 60 minutes
4. Après 60 minutes
5. Vous ne fumez pas le matin

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS**SEVRAGE TABAGIQUE****SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS****TA11AQ**

Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

Saisir la réponse [jours/semaines/mois/années].

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) AYANT ARRÊTÉ IL Y A MOINS D'UNE SEMAINE**TA131**

Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine **SI A ARRÊTÉ IL Y A MOINS D'UNE SEMAINE < avant la tentative en cours >** ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ARRÊTÉ DE FUMER AU MOINS UNE SEMAINE**TA132**

À quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ?

Saisir le nombre puis l'unité [jours/semaines/mois/années].

Il s'agit de la fin de la dernière tentative d'arrêt.

Si cite une date, convertir en jours, semaines, mois ou années.

Si la réponse est « Il y a 2 ans et demi », coder 30 mois ; « 2 mois et demi », coder 10 semaines.

SI FUMEUR/FUMEUSE**TA15**

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE AYANT ENVIE D'ARRÊTER**TA16**

Avez-vous le projet d'arrêter...

Si NSP, coder item 4.

1. dans le mois à venir ?
2. dans les six prochains mois ?
3. dans les douze prochains mois ?
4. dans un avenir non déterminé ?

SI FEMME ENCEINTE OU SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS**GROSSESSE ET TABAGISME****SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS ET PAS ENCEINTE****TAG1**

Lors de votre dernière grossesse, fumiez-vous quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 2 SI N'A JAMAIS FUMÉ**

1. Oui
2. Non
3. [Pas de grossesse : enfant adopté]

SI FEMME ENCEINTE ET FUME**TAG1B**

Fumiez-vous quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 2 SI N'A JAMAIS FUMÉ**

1. Oui
2. Non

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS ET FUMAIT QUAND ELLE A APPRIS SA GROSSESSE**TAG2**

Avez-vous arrêté quand vous l'avez appris ?

1. Oui, immédiatement
2. Oui, pendant la grossesse
3. Non

SI A ARRÊTÉ DE FUMER PENDANT SA GROSSESSE**TAG2B**

À quel trimestre de votre grossesse avez-vous arrêté de fumer ?

1. Premier trimestre
2. Deuxième trimestre
3. Troisième trimestre

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS N'AYANT PAS ARRÊTÉ DE FUMER PENDANT SA GROSSESSE OU SI ENCEINTE ET FUME

TAG2C

Avez-vous diminué votre consommation de tabac durant votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS AYANT DIMINUÉ SA CONSOMMATION DE TABAC

TAG2D

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour, par semaine ou par mois pendant votre grossesse ?

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise. Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois

SI MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS AYANT ARRÊTÉ DE FUMER QUAND ELLE A APPRIS SA GROSSESSE ET NON-FUMEUSE ACTUELLEMENT

TAG3

Avez-vous recommencé à fumer après votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME ENCEINTE OU MÈRE D'UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS NON ADOPTÉ

TAG4

SI ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous suivent durant votre grossesse...

SI PAS ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous ont suivie durant votre dernière grossesse...

vous ont-ils informée de l'impact éventuel de la consommation de tabac sur votre grossesse et sur votre enfant ?

1. Oui
2. Non

SI A FUMÉ OU FUME PENDANT SA GROSSESSE

TAG5

Et vous ont-ils donné l'un des conseils suivants concernant votre consommation de tabac ?

Si besoin, préciser « Le médecin, la sage-femme ou la personne qui vous suit ».

Prendre la réponse la plus « dure » : si répond 1 et 2, coder 1 ; si répond 2 et 3, coder 2.

1. Arrêter totalement de fumer
2. Diminuer votre consommation
3. Aucun conseil particulier
4. [Diminuer si n'arrive pas à arrêter]
5. [Diminuer en vue d'arrêter]

SI ÂGÉ(É) DE 18 À 75 ANS

E-CIGARETTE

Nous allons maintenant parler de la cigarette électronique.

ECIG11

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?

1. Oui
2. Non

SI N'A PAS ESSAYÉ

ECIG12

En avez-vous déjà pris ne serait-ce qu'une bouffée ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

ECIG3

Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG3B

Quel type de cigarette électronique utilisez-vous ?

1. Avec nicotine
2. Sans nicotine
3. Les deux

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG3C

Depuis combien de temps utilisez-vous la cigarette électronique ?

Saisir le nombre puis l'unité (jours/semaines/mois/années).

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG5

À quelle fréquence utilisez-vous la cigarette électronique ?

1. Tous les jours
2. Au moins une fois par semaine
3. Moins d'une fois par semaine

SI A ESSAYÉ ET N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT

ECIG6

Avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique de manière quotidienne pendant au moins un mois ?

1. Oui
2. Non

SI EX-FUMEUR/FUMEUSE AYANT ARRÊTÉ IL Y A MOINS DE DIX ANS UTILISANT ACTUELLEMENT LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU L'AYANT DÉJÀ UTILISÉE QUOTIDIENNEMENT AU MOINS UN MOIS

ECIG93

La cigarette électronique vous a-t-elle aidé(e) à arrêter de fumer ?

1. Oui, et sans autre aide
2. Oui, combinée à d'autres aides
3. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG94

Avez-vous envie d'arrêter de vapoter ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 65 ANS

CANNABIS

Nous allons maintenant parler du cannabis, **SI LA RÉUNION** < appelé aussi Zamal > **SI GUYANE** < appelé aussi Kali, Maka ou Zaion > **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE** < appelé aussi herbe, joint, ou shit >. Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes.

DI13

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

Si répond « du haschisch », « de la marijuana », « de l'herbe », « un joint » ou « du shit », coder Oui. Si la personne le demande, le CBD (Cannabidiol) ne doit pas être comptabilisé.

Si précise en consommer autrement qu'en le fumant (tisane, gâteau...), coder Oui : tous les modes de consommations sont à prendre en compte.

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS CONSOMMÉ DE CANNABIS

DI14

En avez-vous déjà goûté ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS

DI15

L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

DI18

Et l'avez-vous fait au cours des trente derniers jours ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ DU CANNABIS AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS

DI121

Combien de fois au cours des trente derniers jours avez-vous consommé du cannabis ?

Attention, on parle du nombre de jours. Pour les personnes déclarant en consommer plusieurs fois par jour tous les jours, coder 30. Si NSP, relancer par « Approximativement ».

ALCOOL

Parlons maintenant des boissons alcoolisées.

CONSUMMATION

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS

AL11

Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS BU DE BOISSONS ALCOOLISÉES

AL12

Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS MÊME PEU ALCOOLISÉES

AL13A

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu...

Si « Jamais » cité spontanément, coder directement item 5.

1. du vin (blanc, rosé, rouge) ?
2. de la bière ?
3. des alcools forts de type rhum, whisky, vodka, **SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE** < cognac > **SI LA RÉUNION** < bourbognac > **SI GUYANE** < cachaça >, etc. ?
4. d'autres alcools de type champagne, liqueur, cidre, panaché, porto, **SI GUYANE** < cachiri, palombe > **SI LA RÉUNION** < anisette >, etc. ?
1. Tous les jours
2. Une ou plusieurs fois par semaine
3. Une ou plusieurs fois par mois
4. Moins souvent
5. Jamais

POUR CHAQUE TYPE D'ALCOOL, SI A RÉPONDU « UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE »

AL13B

Et est-ce plutôt...

1. quatre à six fois par semaine ?
2. deux ou trois fois par semaine ?
3. une fois par semaine ?

POUR CHAQUE TYPE D'ALCOOL, SI A RÉPONDU « UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS »

AL13C

Et est-ce plutôt...

1. deux ou trois fois par mois ?
2. une fois par mois ?

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

AL14

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, les jours où vous buvez, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Si besoin, relancer par : « Le plus souvent, les jours où vous buvez de l'alcool ».

Si hésitation entre deux nombres de verres, prendre le plus élevé.

Si un demi-verre, coder 1 ; si « Une gorgée », coder 0.

Rhum/Alcools forts : bouteille plate de 20 cl (« rhum pile plate ») = 8 verres ; bouteille de 75 cl = 30 verres ; bouteille d'1L = 40 verres.

Vin : bouteille de 75 cl = 7 verres.

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

AL15

SI FEMME ENCEINTE Depuis que vous savez que vous êtes enceinte,

SINON Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence vous est-il arrivé de boire six verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion ?

1. Jamais
2. Moins d'une fois par mois
3. Une fois par mois
4. Une fois par semaine
5. Tous les jours ou presque

SI BOIS AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS

AL125

Lorsque vous buvez au moins six verres, est-ce plutôt...

L'objectif est d'obtenir le lieu principal. Plusieurs réponses possibles.

1. chez vous ?
2. chez une autre personne ?
3. dans un bar/pub/restaurant ?
4. dans une discothèque/un concert ?

5. dans un lieu à l'extérieur où vous apportez de l'alcool comme une plage ou un parc... ?

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS ET NON FEMME ENCEINTE OU ÂGÉ(E) DE 76 À 85 ANS

AL7J1

Avez-vous bu une boisson alcoolisée au cours des sept derniers jours ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS

AL7J2

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous bu une boisson alcoolisée ?

Saisir le nombre de jours. Si « Tous les jours », noter 7.

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU MOINS DEUX JOURS

AL7J3

Lors de ces < nombre de jours – AL7J2 > jours, avez-vous bu...

1. plus d'alcool l'un de ces jours ?
2. à peu près autant chaque jour ?

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR OU SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION

AL7J4

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR Quel jour de la semaine était-ce (week-end compris) ?

SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION Quel est le jour de la semaine passée où vous avez consommé le plus de boissons alcoolisées (week-end compris) ?

Ne pas citer.

1. Lundi
2. Mardi
3. Mercredi
4. Jeudi
5. Vendredi
6. Samedi
7. Dimanche

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS

AL7J5A

SI A CONSOMMÉ AUTANT CHAQUE JOUR, TOUS LES JOURS Hier, **SI A CONSOMMÉ AUTANT CHAQUE JOUR, PAS TOUS LES JOURS** La dernière fois que vous avez bu,

SI A CONSOMMÉ PLUS UN JOUR < Jour de la semaine – AL7J4 > dernier, combien de verres de boissons alcoolisées avez-vous bus, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Si un demi-verre, coder 1.

Rhum/Alcools forts : bouteille plate de 20 cl (« rhum pile plate ») = 8 verres ; bouteille de 75 cl = 30 verres ; bouteille d'1L = 40 verres.

Vin : bouteille de 75 cl = 7 verres.

SI A BU PLUS UN DES JOURS DE CONSOMMATION**AL7J6**

Et les autres jours de la semaine où vous avez bu, en moyenne, combien de verres avez-vous bus par jour ?

Si un demi-verre, coder 1.

*Rhum/Alcools forts : bouteille plate de 20 cl (« rhum pile plate ») = 8 verres ; bouteille de 75 cl = 30 verres ; bouteille d'1 L = 40 verres.
Vin : bouteille de 75 cl = 7 verres.*

SI FEMME ENCEINTE OU SI MÈRE D'ENFANT DE CINQ ANS OU MOINS**CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE****SI MÈRE D'UN ENFANT DE CINQ ANS OU MOINS NON ENCEINTE****ALGR01**

Lors de votre dernière grossesse, et après que vous ayez su que vous étiez enceinte, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 4 SI N'A JAMAIS CONSOMMÉ D'ALCOOL**

1. Une fois par semaine ou plus souvent
2. Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
3. Uniquement pour les grandes occasions
4. Jamais

SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL LORS DE SA DERNIÈRE GROSSESSE**ALGR02**

En général, combien de verres de boissons alcoolisées avez-vous bus les jours où vous en avez bus ?

Saisir le nombre de verres ou indiquer « Seulement quelques gorgées ».

ALGR03

SI FEMME ENCEINTE Le médecin ou la sage-femme qui vous suivent durant votre grossesse...

SINON Le médecin ou la sage-femme qui vous ont suivie durant votre dernière grossesse...

vous ont-ils informée de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur votre grossesse et sur votre enfant ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS, NON FEMMES ENCEINTES**NOTORIÉTÉ DES REPÈRES ET RISQUES****SI A CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS****ALCR4**

Avez-vous envie de réduire votre consommation d'alcool ?

1. Oui
2. Non

Nous allons maintenant aborder les risques pour la santé liés à la consommation d'alcool en général, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool.

ALCR2

À votre avis, sur une journée, quel est le nombre maximum de verres d'alcool à ne pas dépasser, pour limiter les risques pour sa santé ?

Saisir le nombre de verres par jour.

ALCR3

À votre avis, combien de jours par semaine peut-on boire de l'alcool sans prendre trop de risques pour sa santé ?

Saisir le nombre de jours par semaine.

ALCR1

Dites-moi si vous êtes d'accord avec la proposition : la consommation de boissons alcoolisées peut augmenter le risque de cancer ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

VACCINATION

Pour continuer, je vais vous poser quelques questions sur la vaccination.

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS**VA1**

Êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

1. Très
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout favorable

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 75 ANS**VA2**

Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

1. Oui
2. Non
3. [Oui, à toutes les vaccinations en général]

SI DÉFAVORABLE À CERTAINES VACCINATIONS**VA3**

Lesquelles ?

Ne pas citer. Relancer autant que nécessaire (sauf pour item de réponse 28) par « À quelles autres vaccinations êtes-vous défavorable en particulier ? ». Si « Hépatite » citée seule, relancer par « Laquelle ? » ; si la personne interrogée cite spontanément « Vaccin contre le cancer du col de l'utérus », coder item 4.

Si l'enquêté(e) dit être opposé(e) à un ou plusieurs vaccins COVID (Astrazeneca par exemple), relancer par « Uniquement à ce(s) vaccin(s) ou à tous les vaccins contre le COVID ? » Si « Oui », à tous les vaccins COVID », coder item 1 « COVID-19 », si « Non », coder item 27 « Autres vaccinations » et saisir en clair le(s) vaccin(s) spécifique(s).

1. COVID-19 - Coronavirus
2. Grippe - Grippe saisonnière
3. Hépatite B
4. HPV – Papillomavirus
5. BCG - Tuberculose
6. Choléra
7. Coqueluche
8. DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
9. DTPC (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche)/Tétravalent
10. Fièvre jaune
11. Gastroentérite (Rotavirus)
12. Grippe A(H1N1)
13. Hépatite A
14. Hexavalent (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-Hib-VHB)
15. Méningite (sans précision) (Haemophilus influenzae B)
16. Méningocoque/méningite à méningocoque C
17. Oreillons
18. Pentavalent (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-Hib)
19. Pneumocoque
20. Poliomyélite
21. ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)
22. Rougeole
23. Rubéole
24. Tétanos
25. Varicelle
26. Variole
27. Autres vaccinations (préciser)
28. [À toutes, aux vaccinations en général]

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 0 À 3 ANS

VA5

Avez-vous entendu parler des vaccinations obligatoires pour les enfants, mises en place depuis le 1^{er} janvier 2018 ?

1. Oui, et vous savez de quoi il s'agit
2. Oui, mais vous ne savez pas précisément de quoi il s'agit
3. Non

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 0 À 3 ANS

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, onze vaccins sont **SI SAIT DE QUOI IL S'AGIT < donc >** désormais obligatoires contre trois auparavant.

SI PARENT D'ENFANT(S) DE 0 À 3 ANS

VA6

Aujourd'hui, pensez-vous que l'obligation de réaliser ces onze vaccins soit une bonne mesure ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 35 ANS OU (GUYANE ET ÂGÉ(E) DE 75 ANS OU MOINS) OU PARENT DE FILLE DE 11 À 19 ANS OU FEMME DE 18 À 27 ANS OU ÂGÉ(E) DE 65 À 75 ANS

Nous allons maintenant aborder certaines vaccinations.

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 35 ANS

VA10

Êtes-vous vacciné(e) contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (vaccination ROR) ?

Si la personne déclare « Je ne sais pas si je le suis encore », coder item 1.

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS VACCINÉ(E) CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS, LA RUBÉOLE

VA11

Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas vacciné(e) contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas qu'il/elle devait être vacciné(e)
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. A déjà eu l'une de ces maladies
16. Autres raisons (préciser)

SI RÉSIDE EN GUYANE**VA13N**

Êtes-vous vacciné(e) contre la fièvre jaune ?

Ne pas relancer si la personne déclare « Je ne sais pas si je le suis encore » et coder Oui.

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS VACCINÉ(E) CONTRE LA FIÈVRE JAUNE ET SI PAS OPPOSÉ(E) À TOUTES LES VACCINATIONS**VA14N**

Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas vacciné(e) contre la fièvre jaune ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles.

Une seule relance : « Avez-vous une autre raison ? » ; si doute, valider la réponse.

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ne connaît pas le lieu où la vaccination est effectuée
5. Centre de vaccination trop difficile d'accès (horaires, distance, déplacement)
6. La maladie n'est pas grave
7. La maladie n'est pas fréquente
8. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
9. Ce vaccin n'est pas efficace
10. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
11. Peur de la piqûre
12. Oubli, ne prend pas le temps
13. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
14. Ne sait pas qu'il/elle devait être vacciné(e)
15. Opposé(e) à cette vaccination
16. Opposé(e) à toutes les vaccinations
17. Le vaccin n'était ou n'est pas disponible
18. Autres raisons (préciser)

SI PARENT DE FILLE(S) DE 11 À 19 ANS OU SI FEMME DE 18 À 27 ANS**VA15**

Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination HPV contre les papillomavirus ?

1. Oui
2. Non

SI N'EN A PAS ENTENDU PARLER**VA16**

Il s'agit de la vaccination contre les virus responsables du cancer du col de l'utérus, en avez-vous déjà entendu parler ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLÉ DE LA VACCINATION HPV ET SI PARENT DE FILLE(S) DE 11 À 19 ANS**VA17**

POUR CHAQUE FILLE DE 15 À 18 ANS Selon vous, < Prénom de la fille – CF2 >, < âge de la fille – CF5 > est-elle vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV ?

1. Oui
2. Non

SI AU MOINS UNE FILLE NON VACCINÉE CONTRE LES HPV ET SI PAS OPPOSÉ(E) À TOUTES LES VACCINATIONS**VA18**

Pour quelles raisons votre fille < Prénom de la fille – CF2 >, < âge de la fille – CF5 > n'est-elle pas vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

→ QUESTION POSÉE POUR UNE SEULE FILLE. SI PLUSIEURS NON VACCINÉES, LA PLUS ÂGÉE EST SÉLECTIONNÉE

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risques
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas que sa fille devait être vaccinée
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. Le frottis/le dépistage suffit
16. Le vaccin n'était ou n'est pas disponible
17. Autres raisons (préciser)

SI FEMME DE 18 À 27 ANS ET A ENTENDU PARLÉ DE LA VACCINATION HPV**VA17F**

Êtes-vous vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV ?

1. Oui
2. Non

SI NON VACCINÉE CONTRE LES HPV ET SI NON OPPOSÉE À TOUTES LES VACCINATIONS**VA18F**

Pour quelles raisons (n'êtes-vous pas vaccinée contre les papillomavirus appelés HPV) ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

1. N'est pas allée voir un médecin pour cela/pas suivie par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. La maladie n'est pas grave
5. La maladie n'est pas fréquente
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concernée/pas à risques
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps
11. Cela ne l'intéresse pas, ne la préoccupe pas
12. Ne sait pas qu'elle devait être vaccinée
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. Le frottis/le dépistage suffit
16. Le vaccin n'était ou n'est pas disponible
17. Autres raisons (préciser)

SI ÂGÉ(E) DE 65 À 85 ANS

VA19

Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe lors la dernière campagne de vaccination **SI GUADELOUPE, MARTINIQUE OU GUYANE < entre octobre 2020 et janvier 2021 > **SI LA RÉUNION** < entre avril et septembre 2020 > ?**

1. Oui
2. Non
3. [Dit être vacciné(e) avec de l'homéopathie]

SI N'A PAS ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LA GRIPPE

VA20

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas été vacciné(e) contre la grippe ?

Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles. Relancer une seule fois par « Avez-vous une autre raison ? ». Si doute sur le codage de la réponse, valider l'item avec l'interviewé(e).

1. N'est pas allé(e) voir un médecin pour cela/pas suivi(e) par un médecin
2. Son médecin ne lui a pas proposé ce vaccin
3. Son médecin lui a déconseillé/contre-indiqué ce vaccin
4. Ces maladies ne sont pas graves
5. Ces maladies ne sont pas fréquentes
6. Ce vaccin n'est pas utile/nécessaire – ne se sent pas concerné(e)/pas à risque
7. Ce vaccin n'est pas efficace
8. Ce vaccin est dangereux – peur d'effets secondaires
9. Peur de la piqûre
10. Oubli, ne prend pas le temps

11. Cela ne l'intéresse pas, ne le/la préoccupe pas
12. Ne sait pas qu'il/elle devait être vacciné(e)
13. Opposé(e) à cette vaccination
14. Opposé(e) à toutes les vaccinations
15. N'a pas reçu le bon
16. Impossible de se le procurer, en rupture.
17. Autres raisons (préciser)

SANTÉ GÉNÉRALE

Nous allons maintenant parler de votre santé, que ce soit de votre santé physique ou de votre moral.

SG1

Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

SG2

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

« Chronique » signifie que le problème de santé dure depuis au moins six mois.

1. Oui
2. Non

SG3

Êtes-vous limité(e), depuis au moins six 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), mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout

SGTAILLE

Quelle est votre taille ?

Noter la réponse en cm. Exemple : si 1m80 saisir 180.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

→ **MINIMUM 70 – MAXIMUM 250**

SGPOIDS

SI ENCEINTE Quel était votre poids avant votre grossesse ?

SINON Quel est votre poids ?

Noter la réponse en kg. Si la personne hésite, ne pas relancer mais saisir le plus grand poids.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

→ **MINIMUM 20 – MAXIMUM 250**

RECOURS ET RENONCEMENTS AUX SOINS

SG4

Quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour vous-même pour la dernière fois ?

1. Il y a moins de 12 mois
2. Il y a 12 mois ou plus
3. [Vous n'avez jamais consulté de médecin généraliste]

COUV2

Avez-vous une couverture maladie complémentaire ?

Si besoin, préciser : une mutuelle, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale.

Si personne en invalidité sans complémentaire mais pour qui tout est pris en charge, coder item 4.

Si caisse de retraite ou courtier d'assurance, coder item 1.

1. Oui, une mutuelle, une assurance complémentaire ou une institution de prévoyance
2. Oui, la complémentaire santé solidarité CSS, anciennement CMU-C
3. Non, aucune couverture maladie complémentaire
4. [Oui, mais ne sait pas laquelle]

RENONC1

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer à des soins pour vous-même pour des raisons financières ?

Si nécessaire : consultations chez un médecin, soins dentaires, lunettes, etc.

1. Oui
2. Non

DIABÈTE

Pour continuer, je vais vous poser quelques questions concernant le diabète.

DIAB1

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez diabétique ?

Si diabète gestationnel, coder Non et l'indiquer dans le commentaire en fin de questionnaire.

1. Oui
2. Non

SI MÉDECIN N'A PAS DIT QUE LA PERSONNE ÉTAIT DIABÉTIQUE

DIAB2

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez « un petit diabète » ou un début de diabète mais pas trop grave ?

Si diabète gestationnel, coder non et l'indiquer dans le commentaire en fin de questionnaire.

1. Oui
2. Non

SI MÉDECIN A DIT QUE LA PERSONNE AVAIT UN PETIT DIABÈTE

DIAB3

Depuis combien de temps un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez ce « petit diabète » ou ce début de diabète ? Était-ce il y a...

Si la personne indique 2 ans, coder « Entre 2 et 5 ans ».

1. moins de 6 mois ?
2. entre 6 mois et 1 an ?
3. entre 1 et 2 ans ?
4. entre 2 et 5 ans ?
5. plus de 5 ans ?

SI MÉDECIN A DIT QUE LA PERSONNE AVAIT UN PETIT DIABÈTE

DIAB4

Pour votre « petit diabète » ou début de diabète, vous a-t-on prescrit ou avez-vous recours à...

Plusieurs réponses possibles.

1. un régime alimentaire ?
2. de l'activité physique ?
3. une mesure régulière de votre glycémie (taux de sucre dans le sang) ?
4. des plantes (**SI LA RÉUNION** < Zerbaz pei ou > rimèd razyé ou rimèd péyi ou rimèd kréol) ?
5. un traitement par comprimés ?
6. [Rien – Aucun recours]

SI MÉDECIN A PRESCRIT UN TRAITEMENT PAR COMPRIMÉS

DIAB5

Concernant les comprimés qui vous ont été prescrits, ...

1. vous les prenez ?
2. vous les avez arrêtés ?
3. vous ne les avez jamais pris ?

SI MÉDECIN A DIT QUE LA PERSONNE ÉTAIT DIABÉTIQUE

DIAB6

Depuis combien de temps un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous étiez diabétique ? C'était il y a...

1. moins de 5 ans ?
2. entre 5 et 10 ans ?
3. plus de 10 ans ?

SI MÉDECIN A DIT QUE LA PERSONNE ÉTAIT DIABÉTIQUE

DIAB7

Actuellement, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par comprimés ou injections d'insuline ?

Si indique que c'est par injection d'un autre produit que l'insuline (analogue du GLP1), coder oui.

1. Oui
2. Non

SI TRAITÉ(E) PAR COMPRIMÉS OU INJECTIONS D'INSULINE

DIAB8

Vous est-il déjà arrivé d'arrêter de prendre votre traitement ?

1. Oui
2. Non

S'IL LUI ARRIVE D'ARRÊTER LE TRAITEMENT

DIAB9

Pour quelles raisons ?

Plusieurs réponses possibles. Relancer jusqu'au « c'est tout ».

1. Il y avait trop d'effets secondaires, vous ne le tolériez pas
2. Le traitement n'était pas efficace
3. Vous n'en aviez plus besoin, car vous aviez perdu du poids
4. Vous étiez en rupture, vous n'aviez plus de médicaments
5. Vous l'aviez oublié
6. Vous aviez changé de médecin
7. Pour une autre raison (préciser)

SI DÉCLARE NE PAS ÊTRE TRAITÉ(E) PAR COMPRIMÉS OU INJECTIONS D'INSULINE

DIAB10

Actuellement, pour votre diabète avez-vous recours à...

Plusieurs réponses possibles.

1. un régime alimentaire ?
2. de l'activité physique ?
3. des plantes (SI LA RÉUNION < Zerbaz pei ou > rimèd razyé ou rimèd péyi ou rimèd kréol) ?
4. une mesure régulière de votre glycémie (taux de sucre dans le sang) ?
5. autres pratiques (préciser) ?
6. [Rien – Aucun recours]

SI DÉCLARE NE PAS ÊTRE TRAITÉ(E) PAR COMPRIMÉS OU INJECTIONS D'INSULINE

DIAB11

Dans le passé, vous est-il déjà arrivé de prendre des comprimés ou des injections d'insuline pour traiter votre diabète ?

1. Oui
2. Non

SI A PRIS DES COMPRIMÉS OU DES INJECTIONS D'INSULINE DANS LE PASSÉ

DIAB12

Était-ce ...

1. des comprimés ?
2. des injections d'insuline ?
3. les deux ?

SI A PRIS DES COMPRIMÉS OU DES INJECTIONS D'INSULINE DANS LE PASSÉ

DIAB13

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté votre traitement pour votre diabète ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Il y avait trop d'effets secondaires, vous ne le tolériez pas
2. Le traitement n'était pas efficace
3. Vous n'en aviez plus besoin, car vous avez été opéré(e) d'une chirurgie bariatrique
4. **SI FEMME** Vous n'en aviez plus besoin, car c'était uniquement pendant votre grossesse
5. Vous n'en aviez plus besoin, car vous aviez perdu du poids suite à un régime
6. Pour une autre raison (préciser)

SI N'A PAS PRIS DE COMPRIMÉS OU DES INJECTIONS D'INSULINE DANS LE PASSÉ

DIAB14

Votre médecin vous a-t-il déjà prescrit des comprimés ou des injections d'insuline ?

1. Oui, mais vous ne les avez jamais pris
2. Oui, mais vous les avez arrêtés
3. Non

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Pour continuer, je vais vous poser quelques questions sur l'hypertension artérielle.

HTA2B

A-t-on pris votre tension au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

HTA3

Un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez de l'hypertension ?

1. Oui
2. Non

HTA4

Vous a-t-on déjà prescrit un médicament (ou plusieurs) contre l'hypertension artérielle ?

1. Oui
2. Non

SI UN MÉDICAMENT CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE A ÉTÉ PRESCRIT

HTA5

Actuellement, prenez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle ?

1. Oui
2. Non

SI SOUFFRE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU PREND ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT**HTA9**

Pour votre hypertension artérielle, êtes-vous suivi(e) par votre médecin traitant ?

1. Oui
2. Non

SI SOUFFRE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU PREND ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT**HTA10**

Pour votre hypertension artérielle, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste (cardiologue, neurologue, endocrinologue, néphrologue) ?

1. Oui
2. Non

SI EST SUIVI(E) PAR UN SPÉCIALISTE**HTA11**

Ce spécialiste est-il un cardiologue ?

1. Oui
2. Non

HTA12

Avez-vous, dans votre foyer, un appareil mesurant la pression artérielle ?

Il s'agit de la possession d'un appareil (même s'il ne marche pas) : tensiomètre ou appareil d'automesure.

1. Oui
2. Non

SI A UN APPAREIL MESURANT LA PRESSION ARTÉRIELLE**HTA13**

Transmettez-vous les résultats à votre médecin (traitant ou spécialiste) ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne s'en sert pas]

HTA14

Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) sur l'hypertension artérielle et ses conséquences ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SI SOUFFRE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU PREND ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT**HTA15**

Pour votre hypertension artérielle, un professionnel de santé vous a-t-il conseillé de modifier votre mode de vie (régime alimentaire, activité physique, réduction de la consommation d'alcool) ?

1. Oui
2. Non

SI PREND ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE**HTA17**

Nous allons aborder le traitement antihypertenseur que vous prenez actuellement ; le tolérez-vous bien ?

1. Oui
2. Non

SI PREND ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE**HTA18**

Vous arrive-t-il de ne pas le prendre ?

1. Exceptionnellement
2. Quelques fois par mois
3. Plusieurs fois par semaine
4. [Jamais, je le prends systématiquement]

SI NE PREND PAS SYSTÉMATIQUEMENT SON TRAITEMENT CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE**HTA19**

S'il vous arrive de ne pas prendre votre traitement est-ce le plus souvent...

Plusieurs réponses possibles.

1. un oubli ?
2. pour diminuer des effets secondaires ?
3. parce que vous pensez qu'il n'est pas efficace ?
4. parce que vous pensez que vous n'en avez pas besoin ?
5. parce que vous prenez par ailleurs beaucoup d'autres médicaments ?
6. par lassitude vis-à-vis de la prise quotidienne de médicaments ?
7. pour une autre raison (préciser) ?

COVID-19

Compte tenu du contexte actuel marqué par l'épidémie de COVID-19, nous souhaiterions vous poser quelques questions sur votre vécu de cette épidémie.

COV1

Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des symptômes ou des signes de maladie qui vous ont fait penser au Coronavirus (COVID-19) ?

1. Oui, une fois
2. Oui, plusieurs fois
3. Non

SI A DÉJÀ EU DES SYMPTÔMES**COV2**

Quand était-ce **SI PLUSIEURS FOIS** < la dernière fois > ?

Demander uniquement le mois/l'année.

1. En année **2020 À 2021**
2. En mois **1 À 12**

SI A DÉJÀ EU DES SYMPTÔMES

COV3

Avez-vous été testé(e) pour le Coronavirus suite ...

SI SYMPTÔMES UNE SEULE FOIS à ces symptômes ?

SI SYMPTÔMES PLUSIEURS FOIS aux derniers symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI PLUSIEURS FOIS DES SYMPTÔMES ET N'A PAS ÉTÉ TESTÉ(E) POUR LES DERNIERS SYMPTÔMES

COV4

Aviez-vous déjà été testé(e) pour le Coronavirus lors des précédents symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI N'A PAS EU DE SYMPTÔMES

COV4BIS

Avez-vous déjà été testé(e) pour le Coronavirus ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI TESTÉ(E) SUITE AUX SYMPTÔMES OU AUX DERNIERS SYMPTÔMES

COV5

Quel était le résultat de ce test ?

Si déclare avoir fait plusieurs tests pour ces symptômes, coder 1 si l'un a été positif.

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Positif
2. Négatif

SI (PLUSIEURS SYMPTÔMES MAIS NON TESTÉ(E) POUR LE DERNIER MAIS DÉJÀ TESTÉ(E) POUR DE PRÉCÉDENTS) OU SI (PLUSIEURS SYMPTÔMES MAIS TESTÉ(E) NÉGATIF/NÉGATIVE POUR LE DERNIER)

COV5BIS

Aviez-vous déjà eu un test positif suite à de précédents symptômes ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI PERSONNE TESTÉ(E) SANS SYMPTÔMES

COV5TER

Avez-vous déjà eu un test positif ?

Si la personne dit avoir réalisé une sérologie (prise de sang), ne pas considérer que la personne a été testée. Si la personne dit avoir réalisé un test salivaire, considérer que la personne a été testée.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ(E) POSITIF/POSITIVE

COV6

Connaissez-vous le lieu où vous avez pu être contaminé(e) ?

On parle de la contamination pour laquelle vous avez été testé positif/positive.

1. Oui, vous en êtes sûr(e)
2. Oui, mais vous n'en êtes pas tout à fait sûr(e)
3. Non, pas vraiment

SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION

COV7

Parmi les lieux suivants, quels sont ceux, selon vous, où vous avez pu être contaminé(e) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Sur votre lieu d'études
2. Sur votre lieu de travail
3. Chez vous, chez des amis ou de la famille
4. Lors d'une activité sportive
5. Dans un lieu de culte
6. En faisant vos courses, dans un commerce (où vous étiez comme client(e))
7. Lors d'un rassemblement sportif ou d'un concert
8. Lors d'une activité culturelle (théâtre, cinéma, bibliothèque)
9. Dans les transports en commun
10. En allant vous faire soigner (hôpital, cabinet médical ou paramédical, laboratoire)
11. Dans un restaurant ou un bar
12. Dans un autre lieu (préciser)

SI CONTAMINATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

COV10

Plus précisément, concernant votre contamination professionnelle, sur quel lieu selon-vous, avez-vous été contaminé(e) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Dans un bureau
2. À un guichet (endroit où vous accueillez des clients)
3. Sur un lieu de soins (hôpital, cabinet médical ou paramédical, laboratoire)
4. Dans un lieu de restauration (où vous travaillez)
5. Dans un atelier, un garage (où vous travaillez)
6. À la machine à café ou à la cafétéria de votre entreprise

7. Dans un magasin, au marché (où vous travaillez)
8. Lors d'un séminaire, d'un congrès
9. Dans un autre lieu (préciser)

**SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION, POSER POUR CHACUN DES LIEUX CITÉS EN COV7
POSER COV8 ET COV9 DANS LA FOULÉE**

COV8

En dehors de vous-même, combien de personnes étaient présentes < sur le lieu - COV7 > lors de la contamination ?

1. Une seule autre personne
2. Entre 2 et 4 personnes
3. Entre 5 et 10 personnes
4. Entre 11 et 20 personnes
5. Entre 21 et 50 personnes
6. Plus de 50 personnes
7. Aucune autre personne

SI CONNAÎT LE LIEU DE CONTAMINATION, POSER POUR CHACUN DES LIEUX CITÉS EN COV7

COV9

La contamination < sur le lieu - COV7 > a-t-elle eu lieu...

1. en extérieur ?
2. en intérieur non aéré (fenêtres fermées) ?
3. en intérieur aéré (fenêtres ouvertes) ?

SI A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ POSITIF/POSITIVE

COV11

Avez-vous été hospitalisé(e) en raison du coronavirus ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ HOSPITALISÉ(E)

COV12

Avez-vous été admis(e) en réanimation au cours de cette hospitalisation ?

1. Oui
2. Non

COV13

Connaissez-vous des personnes qui ont eu des symptômes du Coronavirus dans votre entourage proche ?

Si nécessaire, on entend par entourage proche : la famille, les amis, les collègues. Si la personne le demande : ne pas prendre en compte les patients, les élèves ou les clients.

1. Oui
2. Non

SI A UN PROCHE AVEC SYMPTÔMES DE CORONAVIRUS

COV14

Certaines de ces personnes ont-elles été hospitalisées pour le Coronavirus ?

1. Oui
2. Non

SI A UN PROCHE AVEC SYMPTÔMES DE CORONAVIRUS

COV15

Certaines de ces personnes sont-elles décédées du Coronavirus ?

1. Oui
2. Non

Depuis mars 2020, des mesures restrictives ont été mises en place pour faire face à l'épidémie de COVID-19.

COV17

Selon vous, cette période a-t-elle eu un impact négatif sur...

1. votre moral ?
2. votre état de santé ?
3. votre situation financière ?
4. **SI TRAVAILLE, EN APPRENTISSAGE OU AU CHÔMAGE** votre situation professionnelle ?
5. **SI ÉTUDIANT(E)** votre scolarité ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout

SANTÉ MENTALE

Nous allons maintenant parler de votre moral.

ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

SM2

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant lesquelles vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle est sous antidépresseurs]

SI DÉPRIMÉ(E) OU SOUS ANTI-DÉPRESSEURS (DANS CE CAS CONSIDÉRÉ(E) COMME DÉPRIMÉ(E))

SM21

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses. Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé(e), sans espoir durait généralement...

1. toute la journée ?
2. pratiquement toute la journée ?
3. environ la moitié de la journée ?
4. moins de la moitié de la journée ?

SI DÉPRIMÉ(E) TOUTE LA JOURNÉE OU PRATIQUÉMENT TOUTE LA JOURNÉE

SM22

(Pendant ces deux semaines) Aviez-vous ce sentiment...

1. chaque jour ?
2. presque chaque jour ?
3. moins souvent ?

SI A DÉPRIMÉ CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR, POSER SM23 À SM30

SM23

Toujours pendant ces deux semaines, aviez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non

SM24

(Pendant ces deux semaines) Vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SM25

(Pendant ces deux semaines) Avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids
3. Votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé(e) dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
5. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle faisait un régime]

SI A PRIS DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM25A

Combien avez-vous pris de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 30**

SI A PERDU DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS

SM25B

Combien avez-vous perdu de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 30**

SM26

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI A EU PLUS DE DIFFICULTÉS QUE D'HABITUDE À DORMIR

SM27

(Pendant ces deux semaines) Ces difficultés à dormir arrivaient-elles...

1. chaque nuit ?
2. presque chaque nuit ?
3. moins souvent ?

SM28

(Toujours pendant ces deux semaines) Avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SM29

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bons à rien. (Pendant ces deux semaines) Avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SM30

Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI PAS DÉPRIMÉ(É) (OU NSP) OU PAS DÉPRIMÉ(É) TOUTE LA JOURNÉE (OU NSP) OU DÉPRIMÉ(É) MOINS SOUVENT (OU NSP)

SM31

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant lesquelles vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1. Oui
2. Non
3. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle est sous antidépresseurs]

SI PERTE D'INTÉRÊT OU SOUS ANTIDÉPRESSEURS

SM32

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour la plupart des choses était la plus intense.

Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

1. toute la journée ?
2. pratiquement toute la journée ?
3. environ la moitié de la journée ?
4. moins de la moitié de la journée ?

SI PERTE D'INTÉRÊT TOUTE LA JOURNÉE OU PRATIQUEMENT TOUTE LA JOURNÉE**SM33**

(Pendant ces deux semaines) Ressentiez-vous cette perte d'intérêt...

1. chaque jour ?
2. presque chaque jour ?
3. moins souvent ?

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR, POSER SM34 À SM40**SM34**

Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SM35

Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1. Vous avez pris du poids
2. Vous avez perdu du poids
3. Non, votre poids n'a pas changé
4. [L'interviewé(e) dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
5. [L'interviewé(e) dit spontanément qu'il/elle faisait un régime]

SI A PRIS DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS**SM35A**

Combien avez-vous pris de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 - MAXIMUM 30**

SI A PERDU DU POIDS OU DIT SPONTANÉMENT AVOIR PRIS ET PERDU DU POIDS**SM35B**

Combien avez-vous perdu de kilos ?

Saisir la réponse en kg.

Toujours sur cette période de deux semaines.

→ **MINIMUM 1 - MAXIMUM 30**

SM36

(Pendant ces deux semaines) Avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1. Oui
2. Non

SI A EU PLUS DE DIFFICULTÉS QUE D'HABITUDE À DORMIR**SM37**

(Pendant ces deux semaines) Ces difficultés à dormir arrivaient-elles...

1. chaque nuit ?
2. presque chaque nuit ?
3. moins souvent ?

SM38

(Toujours pendant ces deux semaines) Avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SM39

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bons à rien. (Pendant ces deux semaines) Avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SM40

Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(É) CHAQUE JOUR OU PRESQUE, OU SI A PERDU INTÉRÊT TOUTE LA JOURNÉE OU PRESQUE, POSER SM41 À SM44**SM41**

Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

1. Oui
2. Non

SM42

Durant cette période d'au moins deux semaines, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

1. Oui
2. Non

SI LES ACTIVITÉS HABITUELLES ONT ÉTÉ PERTURBÉES**SM42B**

Dans quelle mesure vos activités habituelles ont-elles été perturbées ?

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Un petit peu

SI ACTIF/ACTIVE (CHÔMEUR/CHÔMEUSE OU NON) OU ÉTUDIANT(IE)**SM43**

Au cours des douze derniers mois, avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

1. Oui
2. Non

SI A CESSÉ DE TRAVAILLER À CAUSE DE CES PROBLÈMES

SM44

Combien de jours avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

Saisir le nombre de jours.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 365**

CONDUITES SUICIDAIRES

Nous souhaiterions aborder un autre sujet.

SUI1

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question », et coder Refus.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER

SUI4

En avez-vous parlé à quelqu'un ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER ET EN A PARLÉ À QUELQU'UN

SUI5

À qui en avez-vous parlé ?

Plusieurs réponses possibles ; relancer par « En avez-vous parlé à une autre personne ? »

1. Un professionnel de santé
2. Une personne faisant partie d'un groupe d'aide, d'une association
3. Un membre de votre famille
4. Un ou une ami(e)
5. Un ou une collègue de travail
6. Une assistante sociale
7. Un homme de foi
8. Autre (préciser)

SUI6

Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI7

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Saisir le nombre de fois.

→ **MINIMUM 1 – MAXIMUM 50**

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI8

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de

SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide.

SI A FAIT UNE SEULE TENTATIVE DE SUICIDE votre tentative de suicide.

Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne souhaite pas en parler]

SI LA TENTATIVE DE SUICIDE N'A PAS EU LIEU AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS OU NSP

SUI8B

Quel âge aviez-vous lors de cette **SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE** < dernière > tentative ?

Saisir l'âge.

→ **MINIMUM 5 – MAXIMUM ÂGE**

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI9

Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir après votre **SI A FAIT PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE** < dernière > tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET SI SOUHAITE EN PARLER

SUI10

Suite à votre tentative de suicide, êtes-vous allé(e) à l'hôpital ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ À L'HÔPITAL SUITE À SA TENTATIVE DE SUICIDE

SUI10B

Avez-vous été hospitalisé(e) pendant au moins une nuit ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ À L'HÔPITAL SUITE À SA TENTATIVE DE SUICIDE

SUI10C

Après votre sortie de l'hôpital, avez-vous bénéficié d'un suivi ?

1. Oui
2. Non

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

Nous allons parler d'activité physique. Cela inclut toutes les activités que vous faites au travail, dans votre maison ou votre jardin, pour vos déplacements, ou encore pendant votre temps libre. Nous distinguerons les activités intenses des activités modérées.

APS1

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques intenses ? Il s'agit d'activités physiques qui vous ont demandé un effort physique important et qui vous ont fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement.

Si nécessaire : « Comme bêcher son jardin, faire du jogging, du step, jouer au football... ». Inclure un effort physique peu important mais ressenti comme intense par la personne (entraînant une respiration difficile du fait d'un problème de santé par exemple).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

Noter le nombre de jours par semaine. Si moins d'un jour, coder 0.

SI A PRATiqué AU MOINS UN JOUR DES ACTIVITÉS PHYSIQUES INTENSES

APS2

En moyenne, combien de temps avez-vous pratiqué ces activités au cours d'une journée ?

Il s'agit de la durée moyenne quotidienne et non de la durée totale sur la semaine. Si la réponse donnée est supérieure à deux heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée de pratique.

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

1. En heure(s)
2. En minute(s)

APS3

Au cours des sept derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques modérées ? Il s'agit d'activités physiques qui vous ont demandé un effort physique modéré et qui vous ont fait respirer un peu plus difficilement que normalement.

Si nécessaire : « Comme faire du vélo, de la marche rapide ou passer l'aspirateur ». Inclure toute activité sportive citée ouvertement même si la personne déclare ne pas forcément respirer plus difficilement (natation, aquagym, footing...). Inclure les activités physiques réalisées dans le cadre d'une rééducation (kiné).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

Noter le nombre de jours par semaine. Si moins d'un jour, coder 0.

SI A PRATiqué AU MOINS UN JOUR DES ACTIVITÉS PHYSIQUES MODÉRÉES

APS4

En moyenne, combien de temps avez-vous pratiqué ces activités au cours d'une journée ?

Il s'agit de la durée moyenne quotidienne et non de la durée totale sur la semaine. Si la réponse donnée est supérieure à trois heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée de pratique.

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

1. En heure(s)
2. En minute(s)

APS5

Au cours des sept derniers jours, avez-vous réalisé des activités de renforcement musculaire, comme par exemple porter des charges lourdes, faire des exercices de musculation, du travail avec des poids ou des abdos-fessiers ?

Inclure les activités de renforcement musculaire en piscine (aquagym) et les activités de type pilates, yoga... Inclure les activités de renforcement musculaire réalisées dans le cadre d'une rééducation (kiné).

Si indique que l'activité est différente suite aux mesures sanitaires, relancer sur les sept derniers jours.

1. Oui
2. Non

SI A RÉALISÉ DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT MUSCULAIRE

APS5B

Combien y a-t-il eu de jours où vous avez réalisé de telles activités ?

Si nécessaire, préciser « nombre de jours parmi les sept derniers jours ».

APS6

En moyenne, combien de temps passez-vous assis(e) un jour de semaine (hors week-end) ? Considérez bien toutes les situations où il vous arrive d'être assis(e) : SI EN EMPLOI, APPRENTI(E) OU EN STAGE RÉMUNÉRÉ < au travail, > dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs.

Inclure le temps passé en position allongée ou semi-allongée (en dehors du temps de sommeil) comme lire ou regarder la télévision, couché(e) sur son canapé.

Si la réponse donnée est supérieure à 18 heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée en dehors du temps de sommeil (confirmation ou modification de la réponse).

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ». Si déclare une mobilité réduite ou être en fauteuil roulant, coder l'item spécifique.

1. En heure(s)
2. En minute(s)
3. [Déclare une mobilité réduite/fauteuil roulant]

APS7

S'il vous arrive de rester longtemps assis(e), à quelle fréquence vous levez-vous pour marcher un peu ?

Ne pas citer.

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 8 SI DÉCLARE UNE MOBILITÉ RÉDUITE EN APS6**

1. Plus souvent que toutes les demi-heures (toutes les 10 minutes, tous les quarts d'heure)
2. Toutes les demi-heures
3. Toutes les heures
4. Entre 1 heure et 2 heures (si dit 1h30 par exemple)
5. Toutes les 2 heures
6. Moins souvent
7. Vous ne vous levez pas
8. [Déclare une mobilité réduite/fauteuil roulant]

APS9

Combien de temps passez-vous en moyenne devant un écran chaque jour **SI EN EMPLOI, APPRENTI(E) OU EN STAGE RÉMUNÉRÉ < hors activités professionnelles > ?** Considérez bien tous les types d'écran tels que la télévision, l'ordinateur, la tablette, le smartphone et toutes les situations, c'est-à-dire dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs.

Si la réponse donnée est supérieure à 18 heures, préciser au répondant qu'il s'agit de la durée moyenne sur une journée (confirmation ou modification de la réponse).

Si NSP, relancer par « Donnez une réponse même approximative ».

Si déclare ne pas avoir d'écran, coder l'item spécifique.

1. En heure(s)
2. En minute(s)
3. [N'a pas d'écran]

NOY

Savez-vous nager ?

Si une personne déclare savoir nager mais assistée de quelqu'un, coder « Non ».

1. Non
2. Oui, suffisamment pour nager seul environ 10 mètres
3. Oui, suffisamment pour nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes
4. [NSP / Je n'ai jamais essayé]

ALIMENTATION

Nous allons maintenant parler de votre alimentation.

ALI1

Habituellement, en dehors des pommes de terre et **SI GUADELOUPE, MARTINIQUE OU GUYANE < des légumes pays (banane plantain, igname ...) > SI LA RÉUNION < des bananes carrées, des ignames, du manioc, des patates douces >**, mangez-vous des légumes chaque jour ?

Les crudités et les soupes sont compris. Les légumes secs et le manioc ne sont pas compris.

Les tomates, le maïs, les petits pois, les brèdes sont considérés comme des légumes.

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR

ALI2

Combien en mangez-vous par jour ?

On parle de portions (crudités, accompagnement d'un plat, soupe...). Si dit en manger en entrée et dans le plat principal, coder 2.

Les tomates, le maïs, les petits pois sont considérés comme des légumes.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR

ALI3

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES CHAQUE JOUR** 4 à 6 fois par semaine
2. **SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES CHAQUE JOUR** Au moins 4 fois par semaine
3. 2 à 3 fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI4

Habituellement, consommez-vous des fruits chaque jour ?

Si la personne le demande, cela n'inclut pas les jus de fruits.

Les compotes, salades de fruits et les tartes aux fruits sont comprises.

SI LA RÉUNION Comptabiliser chaque prise où la personne mange au minimum 3-4 goyaviers. Si mange un seul goyavier par prise, ne pas comptabiliser.

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES FRUITS CHAQUE JOUR

ALI5

Combien en mangez-vous par jour ?

On parle de portions (un fruit, une compote ou une salade de fruits...). Si dit en manger dans le plat principal et en dessert, coder 2.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR

ALI6

SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FRUITS CHAQUE

JOUR Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE FRUITS CHAQUE JOUR** Quatre à six fois par semaine
2. **SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FRUITS CHAQUE JOUR** Au moins quatre fois par semaine
3. Deux à trois fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI7

Habituellement, consommez-vous des féculents complets - comme du pain complet, des pâtes complètes ou du riz complet - chaque jour ?

Si la personne dit spontanément « Semi-complets », considérer comme complet. Le riz brun est considéré comme du riz complet.

1. Oui
2. Non

SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE JOUR

ALI8

SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR

Combien en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FÉCULENTS COMPLETS

CHAQUE JOUR Approximativement, combien en mangez-vous ?

1. **SI NE MANGE PAS DE FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR** Quatre à six fois par semaine
2. **SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES FÉCULENTS COMPLETS CHAQUE JOUR** Au moins quatre fois par semaine
3. Deux à trois fois par semaine
4. Une fois par semaine ou moins
5. Jamais

ALI10

Habituellement, mangez-vous des légumes secs - comme des lentilles, haricots secs, haricots blancs, pois chiches, pois d'angole - chaque semaine ?

Le foyou est un légume sec également. Comptabiliser les légumes secs quel que soit leur mode de conservation : conserves, surgelés...

1. Oui
2. Non

SI MANGE DES LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE

ALI11

Combien en mangez-vous par semaine ?

Ne pas citer.

1. Une fois par semaine
2. Deux fois par semaine
3. Trois fois par semaine
4. Quatre fois par semaine et plus

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE OU NE SAIT PAS SI EN MANGE CHAQUE SEMAINE

ALI12

SI NE MANGE PAS DE LÉGUMES SECS CHAQUE SEMAINE Combien de fois en mangez-vous ?

SI NE SAIT PAS S'IL/SI ELLE MANGE DES LÉGUMES SECS CHAQUE

SEMAINE Approximativement, combien de fois en mangez-vous ?

1. Deux à trois fois par mois
2. Une fois par mois ou moins
3. Jamais

ALI9

Habituellement, consommez-vous des boissons sucrées, c'est-à-dire du jus de fruits, des nectars ou des sodas même light, tous les jours ?

Les fruits pressés, les jus faits maison sont considérés comme des boissons sucrées.

Il s'agit de boissons sucrées fraîches sans alcool : on ne compte pas les verres d'alcool et les boissons chaudes, donc pas les vins chauds.

1. Oui
2. Non

SI CONSOMME DES BOISSONS SUCRÉES TOUS LES JOURS

ALI9B

Combien de verres en consommez-vous par jour ?

Ne pas citer. Si la personne déclare spontanément boire des canettes ou de très grands verres (supérieurs à 250 ml), cela compte double ; par exemple, 1 canette, coder 2. Si la personne déclare boire 1 litre ou plus de boissons sucrées dans la journée, coder 5 verres par jour et plus.

1. Un
2. Deux
3. Trois
4. Quatre
5. Cinq par jour et plus

BOUT

Habituellement, consommez-vous de l'eau en bouteille ?

Si nécessaire « plutôt que de l'eau du robinet ». Cela ne concerne pas la préparation des repas (uniquement le fait de boire).

1. Systématiquement
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais

LOGEMENT

Nous allons terminer par quelques questions vous concernant, vous et votre foyer.

LOG1B

Dans quel type de logement résidez-vous ?

SI LA RÉUNION

1. Une maison individuelle en dur
2. Une case en bois-sous-tôle
3. Un appartement dans un immeuble collectif
4. Un appartement chez un particulier / dans une maison (étage, rez-de-chaussée, etc.)

SI GUADELOUPE OU MARTINIQUE OU GUYANE

5. Une maison individuelle (en bois ou en dur)
6. Un appartement dans un immeuble collectif
7. Un Bas de Villa / un Haut de Villa / un appartement chez un particulier
8. **SI GUYANE** Un Carbet (en paille/ en feuilles de bananier/ ou en bois)

LOG2

Votre logement dispose-t-il...

1. **SI GUYANE** de l'eau courante ?
 2. **SI DISPOSE DE L'EAU COURANTE** de l'eau chaude ?
 3. de WC à l'intérieur ?
 4. d'une baignoire ou d'une douche ?
1. Oui
 2. Non

CARACTÉRISTIQUES

STATUT MIGRATOIRE

PAY1

Êtes-vous né(e) en France métropolitaine, dans un DOM/TOM ou dans un pays étranger ?

Si né(e) dans un TOM, coder 3.

1. France métropolitaine
2. DOM (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Mayotte)
3. TOM ou Pays étranger

SI EST NÉ(E) DANS LES DOM/TOM OU À L'ÉTRANGER

PAY1B

SI EST NÉ(E) DANS LES DOM Dans quel DOM êtes-vous né(e) ?

SI EST NÉ(E) À L'ÉTRANGER OU DANS UN TOM Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

SI EST NÉ(E) EN MÉTROPOLE OU À L'ÉTRANGER

PAY2

En quelle année êtes-vous arrivé(e) **SI GUADELOUPE** < en Guadeloupe > **SI MARTINIQUE** < en Martinique > **SI GUYANE** < en Guyane > **SI LA RÉUNION** < à la Réunion > ?

PAY4

Quelle est votre nationalité ?

Si double nationalité, relancer par : « Êtes-vous français(e) de naissance ou par acquisition ? »

Les Français(es) par réintégration sont des personnes qui ont perdu leur nationalité française (par exemple en raison du mariage avec un(e) étranger/étrangère ou de l'acquisition par mesure individuelle d'une nationalité étrangère, ou alors par l'effet de l'accession à l'indépendance des anciens territoires français) et à qui elle a été restituée. Ce sont essentiellement des Algérien(ne)s dont les ascendant(e)s né(e)s avant 1962 ont opté pour la nationalité française au moment de l'indépendance.

1. Française de naissance
2. Française par acquisition/réintégration
3. Étrangère

SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous m'avez dit au début de notre entretien que vous étiez < situation professionnelle – LABOUR1 >.

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT

LABOUR2

Avez-vous déjà travaillé **SI ÉTUDIANT(E)** < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?

1. Oui
2. Non

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

STATUS1

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT Exercez-vous votre profession en tant que...

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT Parlons du dernier emploi que vous avez exercé. Exercez-vous cette profession en tant que...

Si free-lance ou auto-entrepreneur coder item 2.

Salarié(e) = de l'État, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs particuliers, stages rémunérés.

Si chef d'entreprise salarié, coder item 3.

1. exploitant agricole (agriculteur indépendant) ?
2. indépendant ou à votre compte (artisans, commerçants, libéral, auto-entrepreneur...) ?
3. chef d'entreprise, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
4. salarié(e) (autre que chef d'entreprise) ?
5. vous travaillez pour un membre de votre famille sans être rémunéré(e) ?

SI SALARIÉ(E)**PUB****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Vous êtes salarié(e)...**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Vous étiez salarié(e)...*Si l'interviewé(e) cite EDF, la Poste, SNCF, Sécurité sociale, coder item 4.**Si l'interviewé(e) cite Éducation nationale, La défense, coder item 1.*

1. de l'État ?
2. d'une collectivité territoriale ou locale ?
3. des hôpitaux publics ou du secteur public social et médico-social ?
4. d'une entreprise privée ou publique, d'un artisan ou d'une association ?
5. d'un ou de plusieurs particuliers ?

SI SALARIÉ(E)**CPF****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT** Dans cet emploi, êtes-vous classé(e) comme...**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT** Dans cet emploi, étiez-vous classé(e) comme...*Si ouvrier spécialisé, qualifié, hautement qualifié, technicien d'atelier, coder item 1.**Si aide-soignante, gardienne d'enfants, agent de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire volontaire, coder item 2.**Si instituteur, professeur des écoles, assistante sociale, sous-officier, infirmière, coder item 3.**Si professeur, officier, coder item 4.*

1. manœuvre ou ouvrier/ouvrière ?
2. employé(e) de bureau, de commerce, personnel de service ou personnel de catégorie C ou D de la fonction publique ?
3. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, technicien(ne), VRP (non-cadre) ou personnel de catégorie B de la fonction publique ?
4. ingénieur, cadre, directeur/directrice général(e) ou personnel de catégorie A de la fonction publique ?
5. autre ?

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVILLÉ**JOB0****SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT POUR UN MEMBRE DE SA FAMILLE SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle est la profession de la personne que vous aidez ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT MAIS A TRAVILLÉ POUR UN MEMBRE DE SA FAMILLE SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle était la profession de la personne que vous aidiez ?**SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT EN ÉTANT RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle est votre profession actuelle ?**SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT MAIS A TRAVILLÉ EN ÉTANT RÉMUNÉRÉ(E)** Quelle était votre dernière profession ?*Noter en majuscules et sans accents ni caractères spéciaux.**Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche de paie en clair. Si la personne a plusieurs emplois, demander la principale profession actuelle.**Si enseignant, préciser aussi le type d'établissement (maternelle, primaire, lycée professionnel, lycée général, supérieur, hors Éducation nationale).**Si militaire, préciser le grade.**Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse, agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef, mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.***SI APPRENTI(E), ÉTUDIANT(E), AU FOYER OU DANS UNE AUTRE SITUATION D'INACTIVITÉ OU SI N'A JAMAIS TRAVILLÉ****CDF****SI PERSONNE DE 30 ANS OU MOINS VIVANT SEULE** Parmi vos parents, qui a le plus haut revenu ?**SINON** Dans votre foyer, qui a le plus haut revenu ?*Si vit seul(e) ou en colocation, demander « parmi vos parents ».**Si revenu équivalent, prendre la personne la plus âgée. Si même âge, demander le référent.**Si NSP, demander qui est la personne référente (minimiser au maximum les NSP).*→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUÉMENT 1 SI PERSONNE DE PLUS DE 30 ANS VIVANT SEULE**

1. Vous
2. Père
3. Mère
4. Conjoint(e)
5. Autre (préciser)

SI LA PERSONNE INTERROGÉE N'A PAS LE PLUS HAUT REVENU DU FOYER**LABCDF****Quelle est actuellement sa situation professionnelle ? Est-il /elle...***Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.**Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.**Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré(e), coder item 1.**S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite entre ces deux activités, coder item 3.**Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder item 4.*

1. en emploi ?
2. apprenti(e) ou en stage rémunéré ?
3. étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ?
4. au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ?
5. retraité(e) ou pré-retraité(e) ?
6. femme ou homme au foyer ?
7. autre situation (congé longue durée, personne handicapée, etc.) ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU N'OCCUPE PAS D'EMPLOI ET N'EST PAS APPRENTI(E)

LAB2CDF

A-t-il/elle déjà travaillé **SI ÉTUDIANT(E)** < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?

1. Oui
2. Non

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

STACDF

SI TRAVAILLE Exerce-t-il/elle une activité professionnelle en tant que...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Parlons du dernier emploi qu'il/elle a exercé. Exerçait-il/elle une activité professionnelle en tant que...

Si free-lance ou auto-entrepreneur, coder item 1.

Salarié(e) = de l'État, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs particuliers, stages rémunérés.

Si chef d'entreprise salarié, coder item 2.

1. indépendant ou à son compte ?
2. chef d'entreprise, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
3. salarié(e) (autre que chef d'entreprise) ?
4. il/elle travaille pour un membre de votre famille sans être rémunéré(e) ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU EST SALARIÉE

PUBCDF

SI TRAVAILLE Il/elle est salarié(e)...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Il/elle était salarié(e)...

Si l'interviewé(e) cite EDF, la Poste, SNCF, Sécurité sociale, coder item 4.

Si l'interviewé(e) cite Éducation nationale, La défense, coder item 1.

1. de l'État ?
2. d'une collectivité territoriale ou locale ?
3. des hôpitaux publics ou du secteur public social et médico-social ?
4. d'une entreprise privée ou publique, d'un artisan ou d'une association ?
5. d'un ou de plusieurs particuliers ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU EST SALARIÉE

CPFDCF

SI TRAVAILLE Dans cet emploi, est-il/elle classée comme...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Dans cet emploi, était-il/elle classée comme...

Si ouvrier spécialisé, qualifié, hautement qualifié, technicien d'atelier, coder item 1.

Si aide-soignante, gardienne d'enfants, agent de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire volontaire, coder item 2.

Si instituteur, professeur des écoles, assistante sociale, sous-officier, infirmière, coder item 3.

Si professeur, officier, coder item 4.

1. manœuvre ou ouvrier/ouvrière ?
2. employé de bureau, de commerce, personnel de service ou personnel de catégorie C ou D de la fonction publique ?
3. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, technicien(ne), VRP (non cadre) ou personnel de catégorie B de la fonction publique ?
4. ingénieur, cadre, directeur/directrice général(e) ou personnel de catégorie A de la fonction publique ?
5. autre ?

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

JOBOCDF

SI TRAVAILLE Quelle est plus précisément sa profession actuelle ?

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ Quelle était plus précisément sa dernière profession ?

Noter en majuscules et sans accents ni caractères spéciaux.

Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche de paie.

Si la personne a plusieurs emplois, demander la principale profession actuelle.

Si enseignant, préciser aussi le type d'établissement (maternelle, primaire, lycée professionnel, lycée général, supérieur, hors Éducation nationale).

Si militaire, préciser le grade.

Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse, agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef, mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.

NIVEAU D'ÉDUCATION

DIP2

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

Citer si nécessaire.

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études primaires
3. CAP (Certificat d'aptitude professionnelle), brevet de compagnon
4. Brevet des collèges, BEPC (Brevet d'études du premier cycle)
5. BEP (Brevet d'enseignement professionnel)
6. Brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, Capacité en droit.
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel
8. Baccalauréat d'enseignement général
9. Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
10. Bac + 3 (Licence), DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier/d'infirmière

11. Bac + 4 (maîtrise, master1)
12. Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, master2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, etc.
13. Autre diplôme (préciser)

SITUATION FINANCIÈRE PERÇUE

ISTS4

Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre foyer, financièrement...

Marquer un temps entre « ça va » et « c'est juste ».

1. vous êtes à l'aise ?
2. ça va ?
3. c'est juste ?
4. vous y arrivez difficilement ?
5. vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation) ?

REVENUS

Pour terminer, nous allons vous poser quelques questions qui seront exploitées uniquement à des fins statistiques.

RSREV1

SI UNE SEULE PERSONNE DANS LE FOYER La somme de vos revenus nets par mois, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

SI PLUSIEURS PERSONNES DANS LE FOYER La somme des revenus nets par mois de l'ensemble des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

Si besoin, cela inclut les allocations, rentes et tous types de bénéfiques. Pour les colocations, il ne faut pas compter les colocataires en dehors du ménage (conjoint, enfants s'ils vivent ensemble).

1. Inférieure
2. Supérieure (ou égale)

RSREV2

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

S'arrêter dès que l'interviewé(e) identifie sa tranche.

SI REVENUS <1 500 EUROS/MOIS, poser items 1 à 6.

SI REVENUS >1 500 EUROS/MOIS, poser items 7 à 12.

1. Moins de 230 euros par mois
2. De 230 à moins de 380 euros par mois
3. De 380 à moins de 600 euros par mois
4. De 600 à moins de 1 000 euros par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 euros par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 euros par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 euros par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 euros par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 euros par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 euros par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 euros par mois
12. Plus de 7 600 euros par mois

ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

RSNBMOB

Vous personnellement, de combien de numéros de téléphone mobile disposez-vous à titre privé ou professionnel **SI APPELÉ(E) SUR MOBILE < y compris celui sur lequel je vous appelle > ?**

Si nécessaire : « Nous avons besoin de savoir quelle était votre probabilité d'être appelé(e) (si deux numéros, vous avez deux fois plus de chances d'être appelé(e)). »

RSNBFIX

De combien de numéros de téléphone fixe dispose-t-on dans votre foyer

SI APPELÉ(E) SUR FIXE < y compris celui sur lequel je vous appelle > ?

Relancer si nécessaire : « On entend par numéros de téléphone fixe les numéros des abonnés France Télécom et les numéros de téléphonie fixe illimitée du type Freebox ou Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus). »

SI DISPOSE DE PLUS DE DEUX NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE

CTRLFIX

Vous m'avez dit disposer de < nombre de numéros – RSNBFIX > numéros de téléphone fixe.

Attention, nous parlons ici de numéros de téléphone et non pas du nombre des téléphones que vous possédez. Est-ce correct ?

Relancer si nécessaire : « On entend par numéros de téléphone fixe les numéros des abonnés France Télécom et les numéros de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels » (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus).

SI DISPOSE D'AU MOINS UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE

RSNBCL

SI UN SEUL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE Votre numéro de téléphone fixe commence-t-il...

SI PLUSIEURS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE Parmi vos < nombre de numéros – RSNBFIX > numéros de téléphone fixe, combien commencent...

par 01, 02, 03, 04 ou 05 (selon votre région) ?

Nous parlons ici des numéros de téléphone fixe classiques (France Télécom et autres opérateurs).

Si le répondant a un numéro de téléphone commençant par 09, coder 0.

Si « Oui », coder 1, si « Non », coder 0.

→ **RÉPONSE CODÉE AUTOMATIQUEMENT 1 SI ÉCHANTILLON FIXE ET UN SEUL NUMÉRO**

COMMUNE DE RÉSIDENCE

GE09

Dans quelle commune résidez-vous ?

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question » et coder Refus.

SI REFUSE DE DONNER LA COMMUNE

GE011

Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous résidez ?

Si NSP, relancer par « Même approximativement ».

1. Moins de 2 000 habitants
2. De 2 000 à 20 000 habitants
3. De 20 000 à 100 000 habitants
4. De 100 000 habitants à 200 000 habitants
5. Plus de 200 000 habitants

FIN DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est maintenant terminé.

Conformément à la loi applicable, vous disposez de droits relatifs à vos données personnelles tels que le droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression ou de limitation du traitement de vos données.

En outre, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière et vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant par courriel à : dpo.france@ipsos.com ou par courrier à : Ipsos – Data Protection Officer - 35 rue du Val de Marne, 75013 Paris.

Vos données seront conservées par Ipsos pendant douze mois suivant la fin de l'étude.

En cas de non-conformité, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, la CNIL.

Pour plus d'informations, consulter la section Droit des interviewés du site internet Ipsos : <https://www.ipsos.com/fr-fr>

Notre entretien est terminé. Au nom de Santé publique France, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Je vous souhaite une bonne soirée.

(Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de Santé publique France, je vous invite à aller consulter le site internet www.santepubliquefrance.fr).

COM1

Enquêteur, avez-vous des commentaires à rajouter ?

1. Oui (préciser)
2. Non