

BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2023

Questionnaire

SOMMAIRE

2 GRILLE DE LECTURE

2 CRITÈRE D'INCLUSION ET SIGNALÉTIQUE

- 2 Inclusion
- 3 Lieu de résidence
- 3 Description du foyer
- 3 Situation professionnelle

4 SANTÉ GÉNÉRALE

4 DIABÈTE

4 BIEN-ÊTRE

5 CHANGEMENT CLIMATIQUE

5 TABAC

- 5 Prévalence
- 6 Sevrage tabagique
- 7 Évaluation « Moi(s) sans tabac 2022 »
- 7 E-Cigarette

8 CANNABIS

9 ALCOOL

- 9 Consommation d'alcool
- 10 Notoriété des repères et risques

10 SANTÉ MENTALE

- 10 Troubles anxieux
- 11 Épisode dépressif caractérisé

13 CONDUITES SUICIDAIRES

14 SÉDENTARITÉ

15 VACCINATION

- 15 Adhésion à la vaccination
- 15 Pratiques vaccinales DTP et ROR

17 ANTIBIORÉSISTANCE

17 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

18 PRÉVENTION DE LA CANICULE

18 PRATIQUE À RISQUES D'ACCIDENTS

19 USAGE D'INTERNET

19 LITTÉRATIE

19 SOUTIEN SOCIAL

20 CARACTÉRISTIQUES

- 20 Profession
- 22 Statut migratoire
- 22 Ressources
- 23 Logement
- 23 Équipement téléphonique

24 FIN DU QUESTIONNAIRE

GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire du Baromètre de Santé publique France 2023 est présenté dans son intégralité. Administré par téléphone, 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^(?) Infobulle

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 infobulles apportaient une précision sur un mot, sur un item de réponse ou sur une question. Elles n'étaient pas lues par les enquêteurs mais étaient précisées uniquement en cas de difficultés à répondre.

Les items spécifiques à la non-réponse « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ne sont pas indiqués dans ce questionnaire lorsqu'ils n'étaient pas cités par les enquêteurs. Ils pouvaient néanmoins être codés si nécessaire par les enquêteurs quelle que soit la question posée.

CRITÈRE D'INCLUSION ET SIGNALÉTIQUE

Nous allons aborder tout au long du questionnaire des sujets sur votre santé. Il est important que vous puissiez y répondre le plus librement possible, sans être gêné(e) par votre entourage.

Nous allons débuter par quelques questions destinées à mieux vous connaître. Ces informations sont indispensables pour nous aider à établir le lien entre le profil des personnes et leur santé.

INCLUSION

SEXÉ

Vous êtes :

1. Un homme
2. Une femme

ÂGE

Quel est votre âge ?

Âge révolu au 1^{er} janvier 2023.

→ MINIMUM 18 – MAXIMUM 85

DEP

Dans quel département résidez-vous ?

Si vous avez plusieurs résidences, indiquez l'endroit où vous vivez le plus souvent (résidence principale).

→ LISTE DÉROULANTE DES DÉPARTEMENTS
(NUMÉRO ET LIBELLÉ)

999. Vous vivez à l'étranger

SI RÉSIDE DANS UN DÉPARTEMENT DE FRANCE HEXAGONALE

LOG1

Votre logement est :

Les logements individuels mobiles sont à mettre dans maison individuelle (péniche, caravane, etc.).

1. Une maison individuelle
2. Un appartement dans un immeuble
3. Un autre type de logement (chambre d'hôtel, foyer, maison de retraite / Ehpad, prison, caserne)

INCLUSION DE TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 85 ANS,
RÉSIDANT DANS UN DÉPARTEMENT DE FRANCE HEXAGONALE
ET DONT LE LOGEMENT CORRESPOND À UNE MAISON
INDIVIDUELLE OU UN APPARTEMENT DANS UN IMMEUBLE.

LIEU DE RÉSIDENCE

CP

Pouvez-vous indiquer le code postal et la commune du logement où vous résidez ?

→ [LISTE DÉROULANTE DES COMMUNES \(CODE POSTAL ET LIBELLÉ\)](#)

SI NE SOUHAITE PAS INDICER SON CODE POSTAL

PARIS

Résidez-vous dans l'agglomération parisienne^(?) Paris (75), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94) ?

1. Oui
2. Non

SI NE RÉSIDE PAS DANS L'AGGLOMERATION PARISIENNE

TUU

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

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

DESCRIPTION DU FOYER

DF1

Habituellement, vivez-vous seul(e) dans votre logement ?

Veuillez compter toutes les personnes qui vivent avec vous la plupart du temps, même si elles sont absentes actuellement.

1. Oui
2. Non

SI NE VIT PAS SEUL(E)

DF2

Qui vit avec vous dans votre logement ?

Plusieurs réponses possibles. Citer, s'arrêter dès que l'interviewé(e) identifie sa réponse.

1. Vos enfants / les enfants de votre partenaire
2. Votre partenaire (époux(se), conjoint(e), etc.)
3. Votre père / votre beau-père
4. Votre mère / votre belle-mère
5. Vos frères (ou demi-frères ou beaux-frères) / vos sœurs (ou demi-sœurs ou belles-sœurs)
6. Vos grands-parents
7. Vos petits-enfants
8. D'autres personnes de votre famille
9. D'autres personnes (ami(e), colocataire, pensionnaire, sous-locataire, etc.)

SI NE VIT PAS SEUL(E)

DF3

Parmi les personnes qui vivent dans votre logement, y compris vous-même, combien ont :

1. Moins de 14 ans ?
2. Entre 14 et 17 ans ?
3. Entre 18 et 85 ans ?
4. Plus de 85 ans ?

SITUATION PROFESSIONNELLE

DIP

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

Citer et s'arrêter dès que l'interviewé identifie sa réponse.

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études primaires
3. BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB
4. CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent^(?) brevet de compagnon, etc.
5. Brevet supérieur, professionnel, de technicien ou d'enseignement ou diplôme équivalent
6. Baccalauréat technologique ou professionnel ou diplôme équivalent
7. Baccalauréat d'enseignement général
8. Capacité en droit, DAEU, ESEU
9. Bac+2^(?) BTS, DUT, Deug, Deust, diplôme santé/social de niveau bac+2 ou diplôme équivalent
10. Bac+3 ou Bac+4^(?) licence, licence pro, BUT, maîtrise, diplôme santé/social de niveau bac+3/4 ou diplôme équivalent
11. Bac+5^(?) master, DESS, DEA, diplôme d'une grande école ou doctorat de santé
12. Doctorat de recherche hors santé

PCS1

Actuellement, quelle est votre situation principale vis-à-vis du travail ?

Si concerné(e) par plusieurs situations, demander l'activité qui prend le plus de temps.

1. En emploi
2. En études, formation ou stage
3. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
4. Retraité(e), préretraité(e) ou retiré(e) des affaires
5. Femme ou homme au foyer
6. Inactif(ve) pour invalidité^(?) incapacité de travailler en raison d'un handicap ou d'un problème de santé durable
7. Dans une autre situation d'inactivité

SI N'EST PAS EN EMPLOI**PCS2**

Avez-vous déjà travaillé **[SI EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE]** < au moins à mi-temps pendant au moins 6 mois > ?

1. Oui
2. Non

SANTÉ GÉNÉRALE**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^(?) une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer au moins 6 mois ou de caractère durable

1. Oui
2. Non

SG3

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), mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout

SG4

Actuellement, êtes-vous obligé(e) de rester toute la journée au lit ou dans un fauteuil^(?) roulant ou non ?

1. Oui
2. Non

SG5

À cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste ou votre médecin traitant ?

1. Oui
2. Non

DIABÈTE**DIAB1**

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de diabète ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME DÉCLARANT UN DIABÈTE**DIAB2**

Était-ce uniquement pendant une grossesse (diabète gestationnel) ?

1. Oui
2. Non

SI HOMME ET DIABÈTE OU FEMME ET DIABÈTE NON EXCLUSIVEMENT GESTATIONNEL**DIAB3**

À quel âge vous a-t-on dit que vous étiez atteint de diabète **[SI FEMME]** < (hors diabète gestationnel) > ?

→ MINIMUM 1 - MAXIMUM ÂGE

SI HOMME ET DIABÈTE OU FEMME ET DIABÈTE NON EXCLUSIVEMENT GESTATIONNEL**DIAB4**

Actuellement, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par des comprimés ou des injections d'insuline (ou d'aGLP1) ?

1. Oui
2. Non

SI NON DIABÈTE**DIAB5**

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous vous aviez « un pré-diabète » ou « un petit diabète » ?

1. Oui
2. Non

BIEN-ÊTRE

Nous allons maintenant parler de votre vie en général.

BE1

Sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente la pire vie possible et 10 la meilleure vie possible, où vous situez-vous actuellement ?

→ MINIMUM 1 - MAXIMUM 10

BE2

Toujours sur une échelle allant de 0 à 10, où pensez-vous vous situer dans 5 ans ?

→ MINIMUM 1 - MAXIMUM 10

CHANGEMENT CLIMATIQUE

Nous allons maintenant parler de l'environnement en lien avec la santé.

CC1

Selon vous, parmi les propositions suivantes, qu'est-ce qui impacte le plus votre santé ?

→ ORDRE ALÉATOIRE DES ITEMS

1. La qualité de l'air
2. L'exposition aux substances chimiques
3. Le changement climatique

CC2

Durant ces 2 dernières années, avez-vous été confronté(e) à :

1. une inondation^(?) débordement d'un cours d'eau, remontée d'une nappe phréatique, etc. ?
 2. une tempête ?
 3. une canicule ?
 4. une sécheresse ?
 5. un feu de forêt ?
1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI CONFRONTÉ(E) À UNE INONDATION OU UNE TEMPÈTE OU UNE CANICULE OU UNE SÉCHERESSE OU UN FEU DE FORÊT

CC3

Vous avez déclaré avoir été confronté(e) à <ÉVÉNEMENT(S) VÉCU(S) CC2> dans les 2 dernières années.

En avez-vous souffert physiquement ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ CONFRONTÉ(E) À UNE INONDATION OU UNE TEMPÈTE OU UNE CANICULE OU UNE SÉCHERESSE OU UN FEU DE FORÊT

CC4

En avez-vous souffert psychologiquement ?

1. Oui
2. Non

CC5

Pensez-vous être confronté(e) à un événement climatique extrême^(?) inondation, tempête, canicule, sécheresse, feu de forêt dans les 2 prochaines années ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE ÊTRE CONFRONTÉ(E) À UN ÉVÉNEMENT DANS LES 2 PROCHAINES ANNÉES

CC6

Pensez-vous que vous en souffrirez physiquement ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE ÊTRE CONFRONTÉ(E) À UN ÉVÉNEMENT DANS LES 2 PROCHAINES ANNÉES

CC7

Pensez-vous que vous en souffrirez psychologiquement ?

1. Oui
2. Non

TABAC

Nous allons maintenant parler du tabac.

PRÉVALENCE

TA1

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

Cela n'inclut pas la cigarette électronique.

1. Oui
2. Non

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

TA2

Fumez-vous :

1. du tabac à rouler (ou cigarettes tubées) ?
 2. des cigarettes en paquet ?
 3. des cigarillos ?
 4. des cigares ?
 5. la pipe ?
 6. la chicha ou le narguilé ?
1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NSP

TA3

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

1. Oui
2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE MAIS A DÉJÀ FUMÉ**TA4**

Vous avez fumé :

1. Juste une ou deux fois pour essayer
2. Occasionnellement
3. Quotidiennement pendant moins de 6 mois
4. Quotidiennement pendant plus de 6 mois

SI FUMEUR/FUMEUSE D'AU MOINS DEUX TYPES DE PRODUITS**TA5**

Fumez-vous tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE, SOUS-QUESTION POSÉE SELON PRODUIT CONSOMMÉ**TA6**

À quelle fréquence fumez-vous :

1. du tabac à rouler (ou cigarettes tubées) ?
2. des cigarettes en paquet ?
3. des cigarillos ?
4. des cigares ?
5. la chicha ou le narguilé ?
6. Tous les jours
7. Une ou plusieurs fois par semaine
8. Une ou plusieurs fois par mois
9. Moins d'une fois par mois

SI FUME DU TABAC À ROULER**TA7**

Combien de cigarettes roulées ou tubées fumez-vous en moyenne [SI TOUS LES JOURS] < par jour > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE] < par semaine > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS] < par mois > [SI MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS] < par an > ?

SI FUME DES CIGARETTES EN PAQUET**TA8**

Combien de cigarettes [SI FUME DU TABAC À ROULER] < en paquet > fumez-vous en moyenne [SI TOUS LES JOURS] < par jour > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE] < par semaine > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS] < par mois > [SI MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS] < par an > ?

SI FUME DES CIGARES**TA9**

Combien de cigares fumez-vous en moyenne [SI TOUS LES JOURS] < par jour > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE] < par semaine > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS] < par mois > [SI MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS] < par an > ?

SI FUME DES CIGARILLOS**TA10**

Combien de cigarillos fumez-vous en moyenne [SI TOUS LES JOURS] < par jour > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE] < par semaine > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS] < par mois > [SI MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS] < par an > ?

SI FUME LA CHICHA OU LE NARGUILÉ**TA11**

Combien de fois [SI TOUS LES JOURS] < par jour > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE] < par semaine > [SI UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS] < par mois > [SI MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS] < par an > fumez-vous la chicha, le narguilé en moyenne ?

SEVRAGE TABAGIQUE**SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS****TA12**

Quand avez-vous arrêté de fumer ?

Saisir l'année et le mois (mois non obligatoire si l'arrêt a eu lieu avant 2022).

SI ARRÊT EN 2023 SANS PRÉCISION SUR LE MOIS D'ARRÊT OU SI ARRÊT DANS LE MOIS EN COURS OU MOIS DERNIER**TA13**

Vous avez donc arrêté de fumer en TA12. Plus précisément, depuis combien de jours, ou semaines [SI ARRÊT EN 2023 SANS PRÉCISION SUR LE MOIS] < ou mois > avez-vous arrêté de fumer ?

SI FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) OU SI ARRÊT AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE**TA14**

Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine [SI ARRÊT DERNIÈRE SEMAINE] < avant la tentative en cours > ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ARRÊTÉ DE FUMER VOLONTAIREMENT UNE SEMAINE

TA15

En quelle année avez-vous essayé d'arrêter de fumer
la dernière fois ? (année et mois)

Saisir l'année et le mois (mois non obligatoire si l'arrêt a eu lieu avant 2022).

SI FUMEUR/FUMEUSE

TA16

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE AYANT ENVIE D'ARRÊTER

TA17

Vous avez le projet d'arrêter :

1. Dans le mois à venir
2. Dans les 6 prochains mois
3. Dans les 12 prochains mois
4. Dans un avenir non déterminé

ÉVALUATION « MOIS SANS TABAC 2022 »

SI FUMEUR/FUMEUSE OU AYANT ARRÊTÉ DANS L'ANNÉE

MST1

Au cours du dernier trimestre 2022, il y a eu la campagne « Mois sans tabac ». En avez-vous entendu parler, que ce soit à la télé, à la radio, sur internet, dans la presse ou par un autre canal ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE « MOIS SANS TABAC »

MST2

À quelle fréquence avez-vous vu ou entendu la campagne « Mois sans tabac » au dernier trimestre 2022 ?

1. Tous les jours
2. Pas tous les jours mais au moins une fois par semaine
3. Moins d'une fois par semaine

SI A ENTENDU PARLER DE « MOIS SANS TABAC »

MST3

Vous êtes-vous inscrit(e) en ligne à l'évènement « Mois sans tabac » en 2022 ?

1. Oui
2. Non

SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE AYANT ARRÊTÉ ENTRE OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2022 OU FUMEUR/FUMEUSE AYANT TENTÉ D'ARRÊTER ENTRE OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2022

MST4

Avez-vous essayé d'arrêter de fumer au moins 24 heures entre octobre et décembre dernier ?

1. Oui
2. Non

SI A ENTENDU PARLER DE « MOIS SANS TABAC » ET SI A ESSAYÉ D'ARRÊTER DE FUMER ENTRE OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2022

MST5

Vous avez déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer entre octobre et décembre dernier.

Cette tentative d'arrêt était-elle en lien avec la campagne « Mois sans tabac » ?

1. Oui
2. Non

E-CIGARETTE

SI FUMEUR/FUMEUSE OU ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE QUOTIDIEN(NE) PENDANT AU MOINS SIX MOIS

Nous allons maintenant parler de la cigarette électronique.

ECIG1

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?

1. Oui
2. Non

SI N'A PAS ESSAYÉ

ECIG2

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

ECIG3

Utilisez-vous une cigarette électronique actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

ECIG4

Quel type de cigarette électronique utilisez-vous ?

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

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG5**

Depuis combien de temps utilisez-vous une cigarette électronique ?

1. Plusieurs jours
2. Plusieurs semaines
3. Plusieurs mois
4. Plusieurs années

SI UTILISE ACTUELLEMENT

Depuis combien de [SI UTILISE DEPUIS PLUSIEURS JOURS] < jours > [SI UTILISE DEPUIS PLUSIEURS SEMAINES] < semaines > [SI UTILISE DEPUIS PLUSIEURS MOIS] < mois > [SI UTILISE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES] < années > exactement ?

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG6**

À quelle fréquence utilisez-vous une cigarette électronique ?

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

SI A DÉJÀ ESSAYÉ ET N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT**ECIG7**

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ UTILISÉ DE MANIÈRE QUOTIDIENNE OU SI UTILISE ACTUELLEMENT, ET A ARRÊTÉ DE FUMER IL Y A MOINS DE DIX ANS**ECIG8**

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

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

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG9**

Avez-vous envie d'arrêter la cigarette électronique ?

1. Oui
2. Non

CANNABIS

Nous allons maintenant parler du cannabis (ou haschisch, marijuana, herbe, joint, shit). Pour rappel, vos réponses sont anonymes.

DI1

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

Cela n'inclut pas le CBD ou cannabidiol.

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS CONSOMMÉ DE CANNABIS**DI2**

En avez-vous déjà goûté^(?) C'est-à-dire si vous avez essayé juste une fois, que vous l'ayez fumé ou ingéré ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS**DI3**

En avez-vous consommé au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

SI A CONSOMMÉ OU GOÛTÉ DU CANNABIS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS**DI4**

En avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours ?

1. Oui
2. Non

Si a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours

DI5

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous consommé du cannabis ?

ALCOOL

Nous allons maintenant parler des boissons alcoolisées.

CONSOMMATION D'ALCOOL

AL1

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

AL2

Avez-vous tout de même 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 ALCOOLISÉES OU PEU ALCOOLISÉES

AL3

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu :

1. du vin^(?) blanc, rosé, rouge
 2. de la bière^(?) avec alcool
 3. des alcools forts^(?) vodka, pastis, whisky, punch, etc.
 4. d'autres alcools comme du cidre, du champagne, du porto, etc. ?
1. Tous les jours ?
 2. Une ou plusieurs fois par semaine ?
 3. Une ou plusieurs fois par mois ?
 4. Moins souvent ?
 5. Jamais ?
 8. Vous ne savez pas ?
 9. Vous ne souhaitez pas répondre ?

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

AL4

Vous avez déclaré boire < TYPE D'ALCOOL BU UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE AL3 > une ou plusieurs fois par semaine. 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 »

AL5

Vous avez déclaré boire < TYPE D'ALCOOL BU UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR MOIS AL3 > une ou plusieurs fois par mois. Est-ce plutôt :

1. Deux ou trois fois par mois
2. Une fois par mois

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS ALCOOLISÉES OU PEU ALCOOLISÉES

AL6

Avez-vous bu une boisson alcoolisée au cours des 7 derniers jours ?

1. Oui
2. Non

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

AL7

Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous bu une boisson alcoolisée ?

SI A BU DE L'ALCOOL PLUSIEURS JOURS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

AL8

Lors de ces < NOMBRE DE JOURS AL7 > jours, avez-vous bu :

1. Plus d'alcool l'un de ces jours
2. À peu près autant chaque jour

SI A BU DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR OU A BU PLUS D'ALCOOL UN JOUR DES 7 DERNIERS JOURS

AL9

[SI A BU UN SEUL JOUR] < Quel jour de la semaine était-ce ? >

[SI A BU PLUS D'ALCOOL UN JOUR DES 7 DERNIERS JOURS]

< Quel est le jour de la semaine passée où vous avez consommé le plus de boissons alcoolisées ? >

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

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS**AL10**

Nous allons parler du nombre de verres que vous avez bus. Un verre standard correspond aux doses fournies dans les bars et restaurants (25 cl de bière, 12 cl de vin, 2,5 cl d'alcool fort).

[SI A BU DE L'ALCOOL PLUSIEURS JOURS ET AUTANT CHAQUE JOUR] < La dernière fois que vous avez bu, >

[SI A BU DE L'ALCOOL UN SEUL JOUR OU A BU PLUS D'ALCOOL UN JOUR DES 7 DERNIERS JOURS] < Jour AL9 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 la personne a bu moins d'un verre standard, veuillez compter 1.

SI A BU PLUS D'ALCOOL UN JOUR DES 7 DERNIERS JOURS**AL11**

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

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS**AL12**

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

1. Oui
2. Non

NOTORIÉTÉ DES REPÈRES ET RISQUES**ALCR1**

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

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 99

ALCR2

Selon vous, combien de jours par semaine peut-on boire de l'alcool sans prendre trop de risque pour sa santé ?

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 7

SANTÉ MENTALE**TROUBLES ANXIEUX**

Nous allons aborder votre ressenti de ces derniers jours.

TAX1

Vous vous sentez tendu(e) ou énervé(e) :

1. La plupart du temps
2. Souvent
3. De temps en temps
4. Jamais

TAX2

Vous avez une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait vous arriver :

1. Oui, très nettement
2. Oui, mais ça n'est pas trop grave
3. Un peu, mais cela ne vous inquiète pas
4. Pas du tout

TAX3

Vous vous faites du souci :

1. Très souvent
2. Assez souvent
3. Occasionnellement
4. Très occasionnellement
5. Jamais

TAX4

Vous pouvez rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et vous sentir décontracté(e) :

1. Oui, quoi qu'il arrive
2. Oui, en général
3. Rarement
4. Jamais

TAX5

Vous éprouvez des sensations de peur et avez l'estomac noué :

1. Jamais
2. Parfois
3. Assez souvent
4. Très souvent

TAX6

Vous avez la bougeotte et n'arrivez pas à tenir en place :

1. Oui, tout à fait
2. Oui, un peu
3. Non, pas tellement
4. Non, pas du tout

TAX7

Vous éprouvez des sensations soudaines de panique :

1. Très souvent
2. Assez souvent
3. Pas très souvent
4. Jamais

ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

EDC1

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

SI DÉPRIMÉ(E)

EDC2

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 PRATIQUEMENT TOUTE LA JOURNÉE

EDC3

Pendant ces deux semaines, vous aviez ce sentiment :

1. Chaque jour
2. Presque chaque jour
3. Moins souvent

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC4

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

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC5

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

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC6

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. Vous avez pris et perdu du poids

SI A PRIS DU POIDS OU A PRIS ET PERDU DU POIDS

EDC7

Combien avez-vous pris de kilos ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SI A PERDU DU POIDS OU A PRIS ET PERDU DU POIDS

EDC8

Combien avez-vous perdu de kilos ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC9

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

EDC10

Pendant ces deux semaines, ces difficultés à dormir arrivaient :

1. Chaque nuit
2. Presque chaque nuit
3. Moins souvent

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC11

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC12

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

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC13**

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(E) (OU NSP) OU PAS DÉPRIMÉ(E) TOUTE LA JOURNÉE (OU NSP) OU DÉPRIMÉ(E) MOINS SOUVENT (OU NSP)**EDC14**

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

SI PERTE D'INTÉRÊT**EDC15**

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, vous ressentiez 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**EDC16**

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

1. Chaque jour
2. Presque chaque jour
3. Moins souvent

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC17**

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

1. Oui
2. Non

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC18**

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. Vous avez pris et perdu du poids

SI A PRIS DU POIDS OU A PRIS ET PERDU DU POIDS**EDC19**

Combien avez-vous pris de kilos ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SI A PERDU DU POIDS OU A PRIS ET PERDU DU POIDS**EDC20**

Combien avez-vous perdu de kilos ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 30

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC21**

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**EDC22**

Pendant ces deux semaines, ces difficultés à dormir arrivaient :

1. Chaque nuit
2. Presque chaque nuit
3. Moins souvent

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC23**

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1. Oui
2. Non

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR**EDC24**

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

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC25

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(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR OU SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC26

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

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR OU SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC27

Durant cette période d'au moins 2 semaines, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

1. Oui
2. Non

SI LES ACTIVITÉS ACTUELLES ONT ÉTÉ PERTURBÉES

EDC28

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

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Un peu

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR OU SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR ET EN EMPLOI, EN ÉTUDES, EN FORMATION OU AU CHÔMAGE

EDC29

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous cessé de travailler < [SI EN ÉTUDES, EN FORMATION] ou cessé votre formation > à cause de ces problèmes ?

1. Oui
2. Non

SI A CESSÉ DE TRAVAILLER À CAUSE DE CES PROBLÈMES

EDC30

Combien de jours avez-vous cessé de travailler [SI EN ÉTUDES, EN FORMATION] < ou cessé votre formation > à cause de ces problèmes ?

Si n'a pas du tout travaillé, indiquez 365 jours.

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 365

CONDUITES SUICIDAIRES

Nous allons maintenant parler plus précisément des pensées suicidaires.

SUI1

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER

SUI2

Était-ce plutôt en rapport avec :

Plusieurs réponses possibles.

1. Des raisons professionnelles
2. **SI EN ÉTUDES, EN FORMATION** Des raisons liées à la scolarité
3. Des raisons sentimentales
4. Des raisons familiales
5. Des raisons de santé
6. Des raisons financières
7. D'autres raisons (précisez)

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER

SUI3

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

SUI4

À qui en avez-vous parlé ?

Plusieurs réponses possibles.

1. À un(e) professionnel(le) de santé
2. À une personne faisant partie d'un groupe d'aide, d'une association
3. À un membre de votre famille
4. À un(e) ami(e)
5. À un(e) collègue de travail
6. À un(e) assistant(e) sociale
7. À quelqu'un d'autre (précisez)

SUI5

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

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE**SUI6**

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 50

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE**SUI7**

Suite à votre **[SI PLUSIEURS TENTATIVES OU NSP]**

< dernière > tentative, êtes-vous allé(e) à l'hôpital ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ PENSÉ À SE SUICIDER OU SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Si vous ou une personne de votre entourage en ressentez le besoin, il est possible de se faire aider en cas de pensées suicidaires ou en cas de détresse en appelant le 3114, numéro national de prévention du suicide (ligne ouverte 24h/24, 7j/7).

Il est aussi possible de consulter le site internet du ministère chargé de la Santé.

SÉDENTARITÉ**SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE**

Nous allons maintenant parler du temps que vous passez assis tout au long de la journée. Pensez à toutes les situations où vous êtes assis(e) : au travail, pour regarder la télévision, lire, manger, en voiture, dans les transports, etc.

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE**SED1**

Combien de temps passez-vous assis(e) en moyenne au cours d'une journée ordinaire ?

Ne pas compter le temps passé à dormir; saisir heures et/ou minutes.

SI NE SAIT PAS OU NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE AU TEMPS PASSÉ ASSIS(E) PAR JOUR**SED2**

À combien d'heures estimez-vous ce temps ?

1. Moins de 3 heures
2. Entre 3 heures et moins de 7 heures
3. Entre 7 heures et moins de 9 heures
4. 9 heures ou plus

SI ESTIME LE TEMPS ASSIS À PLUS DE DEUX HEURES**SED3**

Vous semble-t-il possible de réduire le temps que vous passez assis(e) dans la journée ?

1. Oui, tout à fait
2. Oui, plutôt
3. Non, plutôt pas
4. Non, pas du tout

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE**SED4**

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

1. Tous les quarts d'heure
2. Toutes les demi-heures
3. Toutes les heures
4. Toutes les 2 heures
5. Moins souvent
6. Vous ne vous levez pas

SI ESTIME SON TEMPS PASSÉ ASSIS À PLUS DE DEUX HEURES ET SE LÈVE MOINS SOUVENT QUE TOUTES LES DEUX HEURES**SED5**

Vous semble-t-il possible de vous lever pour marcher un peu au moins toutes les 2 heures lorsque vous restez assis(e) pendant un temps prolongé ?

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

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE**SED6**

De manière générale, pensez-vous que vous restez trop longtemps assis(e) pendant la journée ?

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE**SED7**

À votre avis, lorsqu'on reste assis longtemps, au bout de combien de temps est-il recommandé de se lever pour marcher un peu ?

1. Tous les quarts d'heure
2. Toutes les demi-heures
3. Toutes les heures
4. Toutes les 2 heures
5. Moins souvent

Nous allons maintenant évoquer le temps que vous passez devant un écran tout au long de la journée. Pensez bien à **tous les types d'écran**: le smartphone, l'ordinateur, la télévision, la tablette, la console de jeux.

SI EN EMPLOI, EN ÉTUDES OU EN FORMATION

SED8

Combien de temps passez-vous en moyenne devant un écran chaque jour dans le cadre de votre [SI EN EMPLOI] < activité professionnelle > [SI EN ÉTUDES OU EN FORMATION] < formation > ?

Saisir heures et/ou minutes.

SED9

Combien de temps passez-vous en moyenne devant un écran chaque jour [SI EN EMPLOI] < en dehors de votre activité professionnelle > [SI EN ÉTUDES OU EN FORMATION] < en dehors de votre activité scolaire ou de formation > ?

Pensez bien à toutes les situations: dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs. Saisir heures et/ou minutes.

VACCINATION

Nous allons poursuivre avec des questions sur la vaccination.

ADHÉSION À LA VACCINATION

VA1

Êtes-vous favorable à la vaccination en général ?

1. Très favorable
2. Plutôt favorable
3. Plutôt pas favorable
4. Pas du tout favorable
8. Vous ne savez pas

VA2

Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

1. Oui
2. Non

VA3

À quelles vaccinations en particulier êtes-vous défavorable ?

Relancer autant que nécessaire.

→ **TEXTE LIBRE – MAXIMUM 150 CARACTÈRES**

PRATIQUES VACCINALES DTP ET ROR

PVA1

Êtes-vous à jour de la vaccination contre le DTP^(?) si vous pensez être vacciné contre l'une de ces trois maladies, indiquer « oui, vous en êtes sûr » ou « oui, probablement » c'est-à-dire la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ?

1. Oui, vous en êtes sûr(e)
2. Oui, probablement
3. Non, probablement pas
4. Non, certainement pas
7. Vous n'avez jamais été vacciné(e) contre le DTP
8. Vous ne savez pas si vous êtes à jour

SI A DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LE DTP

PVA2

À quel âge avez-vous reçu votre dernier rappel de vaccination DTP^(?) diphtérie, tétanos, poliomyélite ?

→ **AFFICHAGE DES MODALITÉS SELON L'ÂGE**

1. Avant 15 ans
2. Entre 15 et 24 ans
3. Entre 25 et 34 ans
4. Entre 35 et 44 ans
5. Entre 45 et 54 ans
6. Entre 55 et 64 ans
7. Entre 65 et 74 ans
8. 75 ans ou plus
98. Vous ne savez pas

SI A DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LE DTP

PVA3

Qui vous a vacciné lors de votre dernier rappel de vaccination DTP^(?) diphtérie, tétanos, poliomyélite ?

1. Un(e) médecin généraliste
2. Un(e) infirmier(ère) libéral(é)
3. Un(e) pharmacien(ne)
4. Un(e) médecin ou un(e) infirmier(ère) de médecine du travail
5. Un(e) médecin ou un(e) infirmier(ère) dans un centre de vaccination
6. Un autre professionnel de santé
8. Vous ne savez pas

SI ÂGÉ(E) DE 25 ANS OU PLUS**PVA4**

Depuis que vous avez [SI ÂGÉ DE 25 À 44 ANS] « 25 ans », [SI ÂGÉ DE 45 À 64 ANS] « 45 ans », [SI ÂGÉ DE 65 À 74 ANS] « 65 ans », [SI ÂGÉ DE 75 À 85 ANS] « 75 ans », un médecin ou un autre professionnel de santé vous a-t-il recommandé de faire votre rappel contre le

DTP^(?) diphthérie, tétanos, poliomyélite ?

1. Oui
2. Non
3. Vous ne voyez pas de médecin ou d'autre professionnel de santé

SI N'EST PAS À JOUR DE LA VACCINATION DTP OU NE SAIT PAS ET QU'UN MÉDECIN A RECOMMANDÉ DE FAIRE UN RAPPEL**PVA5**

Pourquoi n'avez-vous pas fait votre rappel DTP^(?) diphthérie, tétanos, poliomyélite ?

1. Vous l'avez refusé quand le médecin ou le professionnel vous l'a proposé
2. Vous n'avez pas pris le temps de le faire
3. Vous ne savez pas

SI N'EST PAS À JOUR DE LA VACCINATION DTP OU NE SAIT PAS**PVA6**

Vous déclarez ne pas être à jour de la vaccination DTP^(?) diphthérie, tétanos, poliomyélite ou ne pas savoir si vous l'êtes, est-ce pour une des raisons suivantes ?

1. Vous jugez que ces maladies ne sont pas graves
2. Vous jugez que ces maladies ne sont pas fréquentes
3. Vous jugez que ce vaccin n'est pas efficace
4. Vous jugez que ce vaccin présente des effets secondaires
5. Oui
6. Non
7. Vous ne savez pas
8. Vous ne souhaitez pas répondre

SI ÂGÉ(E) DE 18 À 40 ANS**PVA7**

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

1. Oui, vous en êtes sûr(e)
2. Oui, probablement
3. Non, probablement pas
4. Non, certainement pas
5. Vous ne savez pas

SI NON VACCINÉ(E) CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS, LA RUBÉOLE**PVA8**

Un médecin ou un professionnel de santé vous a-t-il recommandé, à vous ou à vos parents, de vous faire vacciner contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccination ROR) ?

1. Oui
2. Non
3. Vous ne voyez pas de médecin ou d'autre professionnel de santé
4. Vous ne savez pas

SI UN MÉDECIN A RECOMMANDÉ LA VACCINATION**PVA9**

Concernant cette vaccination ROR^(?) rougeole, oreillons, rubéole, pourquoi ne vous êtes-vous pas fait vacciner ?

1. Vous avez refusé ou vos parents ont refusé quand le médecin ou le professionnel vous l'a proposé
2. Vous ou vos parents n'avez pas pris le temps de la faire
3. Vous ne savez pas

SI NON VACCINÉ(E) CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS, LA RUBÉOLE**PVA10**

Vous déclarez ne pas être à jour de la vaccination ROR^(?) rougeole, oreillons, rubéole ou ne pas savoir si vous l'êtes, est-ce pour une des raisons suivantes ?

1. Vous jugez que ces maladies ne sont pas graves
2. Vous jugez que ces maladies ne sont pas fréquentes
3. Vous jugez que ce vaccin n'est pas efficace
4. Vous jugez que ce vaccin présente des effets secondaires
5. Oui
6. Non
7. Vous ne savez pas
8. Vous ne souhaitez pas répondre

ANTIBIORÉSISTANCE

Nous allons parler des antibiotiques.

ANTIB1

Selon vous, est-ce que les antibiotiques sont efficaces contre le rhume ou la grippe ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas

ANTIB2

Avez-vous déjà entendu parler de la résistance aux antibiotiques ?

1. Oui et vous voyez précisément de quoi il s'agit
2. Oui mais vous ne voyez pas bien de quoi il s'agit
3. Non
8. Vous ne savez pas

ANTIB3

Concernant la résistance aux antibiotiques, vous diriez que c'est...

1. Votre organisme qui devient résistant
2. La bactérie qui devient résistante
8. Vous ne savez pas

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Nous allons maintenant aborder plusieurs thèmes en lien avec l'environnement.

SENV1

Avez-vous déjà entendu parler des légionnelles ?

1. Oui
2. Non

SENV2

Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) sur les éventuels effets sur la santé des thèmes suivants ?

1. **[SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DES LÉGIONNELLES]**
les légionnelles
2. l'amiante
3. les pollens
4. la qualité de l'eau du robinet
5. la radioactivité
6. l'utilisation de produits de bricolage ou de décoration^(?) peinture, vernis, etc.

1. Oui
2. Non
3. Vous n'en avez jamais entendu parler
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SIA DÉJÀ ENTENDU PARLER DES EFFETS SUR LA SANTÉ DE LA THÉMATIQUE

SENV3

Selon vous, quel niveau de risque ces thèmes présentent-ils pour la santé des Français en général ?

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. les légionnelles
2. l'amiante
3. les pollens
4. la qualité de l'eau du robinet
5. la radioactivité
6. l'utilisation de produits de bricolage ou de décoration^(?) peinture, vernis, etc.
1. Un risque très élevé
2. Un risque plutôt élevé
3. Un risque plutôt faible
4. Pas de risque du tout
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SENV4

Quelles sont les mesures que vous prenez pour améliorer la qualité de votre environnement ou de votre santé ?

→ **ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS**

1. Vous privilégiez les transports en commun, la bicyclette, la marche à pied ou pratiquez le covoiturage
2. Vous prenez en compte les émissions polluantes lors de l'achat de matériaux de bricolage ou de décoration^(?) peinture, vernis, etc.
3. Vous pratiquez le tri des déchets
4. Vous boycottez les entreprises qui polluent ou ne respectent pas l'environnement
5. Vous consommez des aliments issus de l'agriculture biologique
6. Vous aérez votre logement pendant 5 à 10 minutes par jour
1. Systématiquement
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais

SENV5

Pour améliorer la qualité de votre environnement ou de votre santé, vous impliquez-vous dans la vie de votre commune, participez-vous à des réunions d'information ou avez-vous un engagement associatif ?

1. Oui
2. Non

PRÉVENTION DE LA CANICULE

Nous allons maintenant parler de la canicule en particulier.

CAN1

Au cours de cet été, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu des messages concernant la prévention des risques liés à la canicule ?

1. Oui
2. Non

SI A VU, LU OU ENTENDU DES MESSAGES DE PRÉVENTION LIÉS À LA CANICULE

CAN2

Ces messages ont-ils eu un impact sur votre comportement lors de la dernière canicule ?

1. Oui, tout à fait
2. Oui, plutôt
3. Non, plutôt pas
4. Non, pas du tout

CAN3

Selon vous, les symptômes suivants sont-ils liés aux fortes chaleurs ?

→ ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS

1. Avoir des maux de tête
 2. Avoir des crampes musculaires les pollens
 3. Tenir des propos incohérents
 4. Connaître une fatigue inhabituelle
 5. Avoir de la fièvre^(?) température supérieure à 38 °C
 6. Avoir des vertiges ou nausées
1. Oui
 2. Non
 8. Vous ne savez pas

CAN4

Selon vous, les catégories de personnes suivantes courrent-elles des risques pour leur santé pendant les périodes de fortes chaleurs ?

→ ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS

1. Les femmes enceintes
 2. Les sportifs
 3. Les personnes travaillant à l'extérieur ou au soleil
 4. Les personnes présentant une maladie chronique
 5. Les personnes faisant un régime amaigrissant
1. Oui
 2. Non
 8. Vous ne savez pas
 9. Vous ne souhaitez pas répondre

CAN5

En cas de fortes chaleurs, limitez-vous les efforts physiques ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ BU DES BOISSONS ALCOOLISÉES OU PEU ALCOOLISÉES

CAN6

En cas de fortes chaleurs, limitez-vous votre consommation d'alcool ?

1. Oui
2. Non

PRATIQUE À RISQUES D'ACCIDENTS

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE

ACC1

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait du vélo ?

Ne prenez pas en compte les vélos d'appartement.

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU VÉLO

ACC2

La dernière fois que vous avez fait du vélo, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU VÉLO

ACC3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous chuté à vélo ou eu un accident de vélo ?

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS OBLIGÉ(E) DE RESTER AU LIT OU DANS UN FAUTEUIL TOUTE LA JOURNÉE

ACC4

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait de la trottinette électrique, du monoroue, de l'hoverboard ou un équivalent^(?) autres engins de déplacement personnel motorisé ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DE LA Trottinette ÉLECTRIQUE, DU MONOROUÉ, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC5

La dernière fois que vous avez fait de la trottinette électrique, du monoroué, de l'hoverboard ou un équivalent^(?) autres engins de déplacement personnel motorisé, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DE LA Trottinette ÉLECTRIQUE, DU MONOROUÉ, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC6

Au cours des douze derniers mois, avez-vous chuté ou eu un accident de trottinette électrique, de monoroué, d'hoverboard ou équivalent^(?) autres engins de déplacement personnel motorisé ?

1. Oui
2. Non

USAGE D'INTERNET

Nous souhaitons maintenant parler de votre usage d'internet.

INT1

Au cours des trois derniers mois, en moyenne, vous avez utilisé internet :

1. Plusieurs fois par jour
2. Une fois par jour
3. Une ou plusieurs fois par semaine
4. Une ou plusieurs fois par mois
5. Moins d'une fois par mois
6. Jamais
7. Vous n'avez pas accès à internet

INT2

Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé ?

1. Oui
2. Non
3. Vous n'utilisez pas internet

SI UTILISE INTERNET

INT3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé internet pour envoyer des messages sur les réseaux sociaux^(?) Youtube, Snapchat, Instagram, Tiktok, Facebook, Twitter (X), etc. ou pour envoyer des courriels ?

1. Oui
2. Non
3. Vous n'utilisez pas internet

SI UTILISE INTERNET

INT4

Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé internet sur votre téléphone portable (smartphone) ?

1. Oui
2. Non
3. Vous n'utilisez pas internet

LITTÉRATIE

SI UTILISE INTERNET AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS (OU NE SAIT PAS)

LIT1

Lorsque vous cherchez des informations en lien avec la santé sur internet, dans quelle mesure est-il facile pour vous de :

1. choisir les bons mots ou les bonnes formulations pour trouver les informations que vous cherchez
2. trouver précisément l'information que vous cherchez
3. comprendre les informations trouvées
4. juger de la fiabilité des informations trouvées
5. déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées
6. consulter plusieurs sites pour comparer les informations qu'ils proposent sur un même sujet
7. déterminer si les informations trouvées sont pertinentes dans votre cas
8. utiliser les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé
9. Vous ne savez pas
10. Vous ne souhaitez pas répondre

SOUTIEN SOCIAL

Nous allons maintenant parler de votre entourage.

PS1

Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ?

1. Aucune
2. Une ou deux
3. Trois à cinq
4. Six ou plus

PS2

Votre entourage montre-t-il de l'intérêt pour ce que vous faites ?

1. Oui, beaucoup d'intérêt
2. Oui, un certain intérêt
3. Vous ne pouvez pas le dire avec certitude
4. Non, peu d'intérêt
5. Non, pas du tout d'intérêt

PS3

Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ?

1. Très facilement
2. Facilement
3. C'est possible
4. Difficilement
5. Très difficilement

CARACTÉRISTIQUES

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

PROFESSION**SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ****PCS3**

Vous avez indiqué [SI TRAVAILLE] < que vous travaillez actuellement > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < que vous avez déjà travaillé >.

[SI TRAVAILLE] < Dans cet emploi, quelle est votre profession ? > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < Dans votre dernier emploi, quelle était votre profession ? >

Saisissez le libellé de sa profession et sélectionnez-le dans la liste déroulante. Si vous ne le trouvez pas, cliquez sur « Vous n'avez pas trouvé dans la liste ».

SI PROFESSION N'EST PAS TROUVÉE DANS LA LISTE**PCS4**

Votre profession n'est pas dans la liste. Pouvez-vous me décrire votre profession de la manière la plus précise et complète possible ?

→ **TEXTE LIBRE – MAXIMUM 150 CARACTÈRES**

SI LIBELLÉ FLOU**PCS5**

Pouvez-vous décrire en quelques mots en quoi consiste votre travail ?

→ **TEXTE LIBRE – MAXIMUM 150 CARACTÈRES**

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ**PCS6**

Dans votre emploi, [SI TRAVAILLE] < êtes-vous : > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < étiez-vous : >

1. À votre compte (y compris gérant(e) de société ou chef(fe) d'entreprise salariée(e))
2. Salarié(e) de la fonction publique (État, territoriale ou hospitalière)
3. Salarié(e) d'une entreprise (y compris d'une association ou de la Sécurité sociale)
4. Salarié(e) d'un particulier
5. Vous [SI TRAVAILLE] < travaillez > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < travailliez >, sans être rémunéré(e), avec un membre de votre famille

SI A SON COMPTE**PCS7**

En vous comptant, combien de personnes [SI TRAVAILLE] < travaillent > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < travaillaient > dans votre entreprise ?

1. Vous [SI TRAVAILLE] < travaillez > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < travailliez > seul(e)
2. Entre 2 et 10 personnes
3. Entre 11 et 49 personnes
4. 50 personnes ou plus

SI SALARIÉ(E) DE LA FONCTION PUBLIQUE**PCS8**

Dans cet emploi, vous [SI TRAVAILLE] < êtes > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < étiez > :

1. Manœuvre, ouvrier(ère) spécialisé(e)
2. Ouvrier(ère) qualifié(e)
3. Technicien(ne)
4. Agent(e) de catégorie C de la fonction publique
5. Agent(e) de catégorie B de la fonction publique
6. Agent(e) de catégorie A de la fonction publique

SI SALARIÉ(E) D'UNE ENTREPRISE**PCS9**

Dans cet emploi, vous [SI TRAVAILLE] < êtes > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < étiez > :

1. Manœuvre, ouvrier(ère) spécialisé(e)
2. Ouvrier(ère) qualifié(e), technicien(ne) d'atelier
3. Employé(e) de bureau, de commerce, de services
4. Agent(e) de maîtrise (y compris administrative ou commerciale)
5. Technicien(ne)
6. Ingénieur(e), cadre d'entreprise
7. Dans une autre situation

SI SALARIÉ(E) DE LA FONCTION PUBLIQUE, D'UNE ENTREPRISE OU D'UN PARTICULIER

PCS10

Dans cet emploi, vous **[SI TRAVAILLE] < êtes > [SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < étiez >** :

1. Fonctionnaire
2. En contrat à durée indéterminée (CDI)
3. Agent à statut (SNCF, EDF...)
4. En contrat à durée déterminée (CDD)
5. En mission d'intérim ou de travail temporaire
6. En contrat d'alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation...)
7. Dans un autre contrat à durée limitée (saisonnier, vacances, pige...)
8. Dans une autre situation

SI N'A JAMAIS TRAVAILLÉ ET (ÂGÉ(E) DE 30 ANS OU MOINS OU NE VIT PAS SEUL)

CDF

[SI ÂGÉ(E) DE 30 ANS OU MOINS ET VIT SEUL] < Parmi vos parents > [SI ÂGÉ(E) DE PLUS DE 30 ANS OU NE VIT PAS SEUL] < Dans votre foyer^(?) il s'agit des personnes avec qui vous partagez votre budget >, qui a le plus haut revenu ?

Si plusieurs personnes ont les mêmes revenus, indiquez la personne la plus âgée.

1. Vous
2. Votre père
3. Votre mère
4. Votre conjoint
5. Une autre personne

SI LE PLUS HAUT REVENU N'EST PAS LA PERSONNE INTERROGÉE

PCS1CDF

Actuellement, quelle est sa situation principale vis-à-vis du travail ?

Si la personne est concernée par plusieurs situations, veuillez donner l'activité qui vous prend le plus de temps.

Si la personne est en congé (maladie, parental, adoption ou formation) depuis moins de six mois, veuillez répondre « en emploi ».

Si la personne aide un membre de sa famille sans être rémunérée, veuillez répondre « en emploi ».

Si la personne est en formation rémunérée par Pôle Emploi, répondre « au chômage ».

1. En emploi
2. En études, formation ou stage
3. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
4. Retraité(e), préretraité(e) ou retiré(e) des affaires
5. Femme ou homme au foyer
6. Inactif(ve) pour invalidité
7. Dans une autre situation d'inactivité^(?) incapacité de travailler en raison d'un handicap ou d'un problème de santé durable

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU N'EST PAS ACTUELLEMENT EN EMPLOI

PCS2CDF

Avait-elle déjà travaillé **[SI PERSONNE AU PLUS HAUT REVENU EN ÉTUDES, EN FORMATION] < au moins à mi-temps pendant au moins six mois > ?**

1. Oui
2. Non

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

PCS3CDF

[SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE ACTUELLEMENT] < Dans cet emploi, quelle est sa profession ? > [LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < Dans son dernier emploi, quelle était sa profession ? >

Saisissez le libellé de sa profession et sélectionnez-le dans la liste déroulante. Si vous ne le trouvez pas, cliquez sur « Vous n'avez pas trouvé dans la liste ».

SI PROFESSION DE LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU N'EST PAS TROUVÉE DANS LA LISTE

PCS4CDF

La profession n'est pas dans la liste. Pouvez-vous me décrire sa profession de la manière la plus précise et complète possible ?

→ **TEXTE LIBRE – MAXIMUM 150 CARACTÈRES**

SI LIBELLÉ FLOU

PCS5CDF

Pouvez-vous décrire en quelques mots en quoi consiste son travail ?

→ **TEXTE LIBRE – MAXIMUM 150 CARACTÈRES**

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

PCS6CDF

Dans cet emploi, [SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE ACTUELLEMENT] < est-il/elle : > [LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < était-il/elle : >

1. À son compte (y compris gérant(e) de société ou chef(fe) d'entreprise salariée(e))
2. Salarié(e) de la fonction publique (État, territoriale ou hospitalière)
3. Salarié(e) d'une entreprise (y compris d'une association ou de la Sécurité sociale)
4. Salarié(e) d'un particulier
5. Il/elle **[SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE ACTUELLEMENT] < travaille > [SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < travaillait >**, sans être rémunéré(e), avec un membre de sa famille

SI SALARIÉ(E) DE LA FONCTION PUBLIQUE**PCS8CDF**

Dans cet emploi, [SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE ACTUELLEMENT] < est-il/elle : >
 [LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < était-il/elle : >

1. Manœuvre, ouvrier(ère) spécialisé(e)
2. Ouvrier(ère) qualifié(e)
3. Technicien(ne)
4. Agent(e) de catégorie C de la fonction publique
5. Agent(e) de catégorie B de la fonction publique
6. Agent(e) de catégorie A de la fonction publique

SI SALARIÉ(E) D'UNE ENTREPRISE**PCS9CDF**

Dans cet emploi, [SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU TRAVAILLE ACTUELLEMENT] < est-il/elle : >
 [LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT REVENU A DÉJÀ TRAVAILLÉ] < était-il/elle : >

1. Manœuvre, ouvrier(ère) spécialisé(e)
2. Ouvrier(ère) qualifié(e), technicien(ne) d'atelier
3. Employé(e) de bureau, de commerce, de services
4. Agent(e) de maîtrise (y compris administrative ou commerciale)
5. Technicien(ne)
6. Ingénieur(e), cadre d'entreprise
7. Dans une autre situation

STATUT MIGRATOIRE**SM1**

Où êtes-vous né(e) ?

1. En France métropolitaine
2. Dans un DROM^(?) Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Mayotte ou une COM^(?) Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Wallis-et-Futuna, Polynésie française, Nouvelle-Calédonie
3. À l'étranger

SI EST NÉ(E) DANS UN DROM OU UNE COM**SM2**

Dans quel DROM ou COM êtes-vous né(e) ?

LISTE DES DROM/COM

971. Guadeloupe
972. Martinique
973. Guyane
974. La Réunion
975. Saint-Pierre-et-Miquelon
976. Mayotte
977. Saint-Barthélemy
978. Saint-Martin
984. Terres australes et antarctiques françaises
986. Wallis-et-Futuna
987. Polynésie française
988. Nouvelle-Calédonie
989. Clipperton

SI EST NÉ(E) À L'ÉTRANGER**SM3**

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

Renseignez les premières lettres puis sélectionnez le pays.

SM4

Quelle est votre nationalité ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Française
2. Étrangère

RESSOURCES

Nous allons maintenant parler de vos ressources.

RS1

Actuellement, dans votre foyer, vous diriez que financièrement :

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste, il faut faire attention
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dette

RS2

[SI VIT SEUL(E)] < La somme de vos revenus nets par mois après prélèvement des impôts, en incluant les allocations, est-elle inférieure OU supérieure à 1 500 euros par mois ? >

[SI NE VIT PAS SEUL(E)] < La somme des revenus nets par mois après prélèvement des impôts de l'ensemble des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure OU supérieure à 1 500 euros par mois ? >

[SI NE VIT PAS SEUL(E)] Comptez toutes les personnes avec qui vous partagez votre budget.

1. Inférieure
2. Supérieure (ou égale)

RS3

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

S'arrêter dès que l'interviewé identifie sa tranche.

1. Moins de 230 € par mois
2. De 230 à moins de 380 € par mois
3. De 380 à moins de 600 € par mois
4. De 600 à moins de 1000 € par mois
5. De 1000 à moins de 1200 € par mois
6. De 1200 à moins de 1500 € par mois
7. De 1500 à moins de 2000 € par mois
8. De 2000 à moins de 2400 € par mois
9. De 2400 à moins de 3000 € par mois
10. De 3000 à moins de 4500 € par mois
11. De 4500 à moins de 7600 € par mois
12. 7600 € ou plus par mois

LOGEMENT

LOG2

Vous êtes :

1. Propriétaire de votre logement
2. Locataire ou sous-locataire de votre logement
3. Logé gratuitement, par exemple chez des parents, des amis ou votre employeur

LOG3

Combien de pièces d'habitation compte votre logement ?

Ne comptez pas les pièces telles qu'entrée, couloir, salle de bains, buanderie, W.C., véranda. Comptez la cuisine seulement si elle fait plus de 12 m².

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 99

LOG4

Au cours de l'hiver 2022-2023, dans votre logement, avez-vous souffert du froid pendant au moins 24 heures ?

1. Oui
2. Non

LOG5

Au cours de l'été dernier, dans votre logement, avez-vous souffert de la chaleur pendant au moins 24 heures ?

1. Oui
2. Non

ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

Nous avons quelques questions concernant votre utilisation du téléphone.

NBMOB

Vous, personnellement, de combien de lignes de téléphones mobiles disposez-vous à titre privé ou professionnel **[SI APPELÉ(E) SUR MOBILE]** < y compris le numéro suivant **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** > ?

Si nécessaire : nous avons besoin de savoir quelle était votre probabilité d'être appelé (si 2 numéros vous avez 2 fois plus de chance d'être appelé).

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 10

NBFIX

De combien de lignes de téléphones fixes, dispose-t-on dans votre foyer **[SI APPELÉ(E) SUR FIXE]** < y compris le numéro suivant **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** > ?

Si nécessaire : On entend par ligne de téléphone FIXE les lignes des abonnés Orange (France Télécom) et les lignes de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox... que vous utilisez pour recevoir des appels en excluant les numéros exclusivement dédiés aux fax et modems.

Si la personne indique que le numéro sur lequel on l'appelle est son numéro de fixe professionnel, il faut compter ce numéro (y compris si l'appel est transféré).

Si n'a pas de terminal coder 0.

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 20

SI NOMBRE DE LIGNES FIXES SUPÉRIEUR À 2

CTRLFIX

Vous m'avez dit disposer de **[NOMBRE DE LIGNES FIXES]** numéros de téléphones fixes.

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

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

1. Oui
2. Non (Correction)

SI APPELÉ(E) SUR FIXE ET NOMBRE DE LIGNES FIXES SUPÉRIEUR À 1 OU SI APPELÉ(E) SUR MOBILE ET AU MOINS UNE LIGNE FIXE DANS LE FOYER

NBCL

[SI UNE SEULE LIGNE FIXE] Votre numéro de téléphone fixe commence-t-il

[SI PLUS D'UNE LIGNE FIXE] Parmi vos **[NOMBRE DE LIGNES FIXES]** numéros de téléphones fixes, combien commencent par 01, 02, 03, 04 ou 05 (selon votre région) ?

Si nécessaire, nous parlons ici des lignes de téléphone fixe classiques (Orange + et autres opérateurs).

[SI APPELÉ(E) SUR MOBILE] Si le répondant a un numéro de téléphone commençant par 09, coder 0.

[SI UNE SEULE LIGNE FIXE] Si oui coder 1, si non coder 0.

SI INTERROGÉ SUR LIGNE MOBILE MAIS DISPOSE ÉGALEMENT D'UNE LIGNE FIXE

EQUIP1

Décrochez-vous, ou une personne de votre foyer décroche-t-elle, lorsque votre téléphone fixe sonne ?

1. Oui, mais seulement lorsque vous connaissez le numéro
2. Oui, sans vous soucier du numéro
3. Non, jamais
4. Il ne sonne jamais

SI INTERROGÉ SUR LIGNE FIXE MAIS DISPOSE ÉGALEMENT D'UNE LIGNE MOBILE

EQUIP2

Décrochez-vous lorsque votre téléphone mobile sonne ?

1. Oui, mais seulement lorsque vous connaissez le numéro
2. Oui, sans vous soucier du numéro
3. Non, jamais
4. Il ne sonne jamais

FIN DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est maintenant terminé.

Nous vous remercions pour votre participation à l'enquête.