

BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2024

Questionnaire

SOMMAIRE

2 GRILLE DE LECTURE	
2 CRITÈRE D'INCLUSION ET SIGNALÉTIQUE	
2 INCLUSION	19 TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ
3 DESCRIPTION DU FOYER	21 RECOURS AUX SOINS SANTÉ MENTALE
3 SITUATION PROFESSIONNELLE	22 DIABÈTE
3 SANTÉ GÉNÉRALE	23 HTA
4 BIEN-ÊTRE	25 ALIMENTATION
4 SOMMEIL	26 CARACTÉRISTIQUES ACCIDENTS
5 SANTÉ MENTALE: ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ	27 TRAUMA CRÂNIEN
8 CONDUITES SUICIDAIRES	27 ACTIVITÉ À RISQUE D'ACCIDENTS
9 PRÉVALENCE DU TABAGISME	28 CHUTES
11 ÉVALUATION MOIS SANS TABAC 2023	30 ACTIVITÉS PHYSIQUES
11 E-CIGARETTE	32 DIPLÔME ET PCS
12 ALCOOL	33 TÉLÉTRAVAIL
13 SÉDENTARITÉ	34 STATUT MIGRATOIRE
14 ANTIBIORÉSISTANCE	35 DISCRIMINATIONS
14 VACCINATION	36 RESSOURCES
14 PRATIQUES VACCINALES DTP	36 INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE
15 CHANGEMENT CLIMATIQUE	36 ADRESSE RÉSIDENCE
16 PRÉVENTION DE LA CANICULE	37 AVIS SUR LE QUESTIONNAIRE
17 TIQUES ET LYME	37 FIN DU QUESTIONNAIRE
19 INFORMATION ET PERCEPTION DU RISQUE	

GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire du Baromètre de Santé publique France 2024 est un questionnaire auto-administré par Internet (CAWI) et hétéro-administré par téléphone (CATI). Une phase contact était prévue pour vérifier si la personne répondante était bien la personne tirée au sort et si la personne était bien dans le champ d'âge de l'enquête (18-79 ans). Il est présenté dans son intégralité : il reprend les consignes indiquées à l'écran 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

L'intégralité des questions et des items de réponse (y compris entre parenthèses) était affichée à l'écran ou lue par les enquêteurs.

Des infobulles (?), apportant une précision sur un mot ou sur la question, apparaissaient à l'écran en cliquant dessus (ordinateur) ou en les survolant (smartphone/tablette). Par téléphone, ces infobulles n'étaient pas lues systématiquement par les enquêteurs mais précisées uniquement en cas de difficultés à répondre.

L'intégralité des questions était obligatoire, avec la possibilité de revenir en arrière sauf suite au remplissage d'un module sensible (conduites suicidaires, recours aux soins santé mentale, discrimination, insécurité alimentaire) et suite à la validation du questionnaire. Il était toujours possible de sauvegarder et de revenir plus tard.

Des items spécifiques à la non-réponse « Vous ne savez pas » ou « Vous ne souhaitez pas répondre » pouvaient être codés quelle que soit la question. Ils n'apparaissaient à l'écran que si la personne interrogée passait à la question suivante sans choisir un des items de réponse proposés ou n'étaient codés par l'enquêteur qu'après avoir relancé une première « non-réponse » : l'objectif était de ne pas favoriser cette réponse.

Néanmoins, pour certaines questions (de connaissances ou des questions jugées plus sensibles par exemple), ces items étaient directement affichés/cités. Dans le questionnaire ci-dessous, ces items « Vous ne savez pas » ou « Vous ne souhaitez pas répondre » n'apparaîtront que lorsqu'ils apparaissent en « première intention ». Afin d'alléger la formulation des filtres, les réponses « Vous ne savez pas » sont identifiées « NSP » et les réponses « Vous ne souhaitez pas répondre » « NVP ».

Sans mention particulière, la question est à réponse unique. Si la question est à choix multiple, l'information « plusieurs réponses possibles » est indiquée dans les consignes.

Lors de la passation le texte s'adaptait automatiquement en genre en fonction du sexe déclaré par l'enquêté.

CRITÈRE D'INCLUSION ET SIGNALÉTIQUE

Nous allons débuter par quelques questions destinées à mieux vous connaître. Pour nous aider à concevoir des actions adaptées aux populations qui en ont besoin, nous devons en savoir un peu plus sur vous.

INCLUSION

SEXÉ

Vous êtes :

- 1. Un homme
- 2. Une femme

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 DES PERSONNES RÉSIDANT DANS UN LOGEMENT INDIVIDUEL

DEP

Dans quel département habitez-vous ?

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

→ **LISTE DÉROULANTE DES DÉPARTEMENTS AVEC N° ET LIBELLÉ, AVEC AUTOCOMPLÉTION**

999. Vous vivez à l'étranger

INCLUSION DES PERSONNES VIVANT EN FRANCE HEXAGONALE,
EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE ET À LA RÉUNION
ET RÉSIDANT DANS UN LOGEMENT INDIVIDUEL

DESCRIPTION DU FOYER

DF1

Habituellement, vivez-vous seul(e) dans votre logement^(?) pour nous aider à concevoir des actions de prévention adaptées aux populations qui en ont besoin, nous devons en savoir un peu plus sur vous et votre foyer ?

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.

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 3 ans ?
2. Entre 3 et 13 ans ?
3. Entre 14 et 17 ans ?
4. 18 ans ou plus ?

SITUATION PROFESSIONNELLE

PCS1

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

Si vous êtes concerné(e) par plusieurs situations, veuillez indiquer l'activité qui vous prend le plus de temps.

1. En emploi y compris congé^(?) maladie, parental, formation depuis moins de 6 mois ou aide d'un membre de la famille sans être rémunéré(e)
2. En études, formation ou stage
3. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle emploi)^(?) y compris formation rémunérée par Pôle emploi
4. Retraité(e), préretraité(e), ou retiré(e) des affaires
5. Homme ou Femme 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

Nous allons parler de votre santé.

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

SG6

Quelle est votre taille ?

Notez votre taille en cm : par exemple, si 1m80 indiquer 180.

→ MINIMUM 50 – MAXIMUM 240

SG7

Quel est votre poids ?

Notez votre poids en kg.

→ MINIMUM 20 – MAXIMUM 300

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 0 – MAXIMUM 10

- 98. Vous ne savez pas
- 99. Vous ne souhaitez pas répondre

BE2

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

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 10

- 98. Vous ne savez pas
- 99. Vous ne souhaitez pas répondre

SOMMEIL

Nous allons aborder maintenant le sujet de votre sommeil.

SOM1

Le plus souvent, [SI PAS EN EMPLOI] < en semaine > [SI EN EMPLOI] < les jours de travail > à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ?

Si minuit, veuillez saisir 0 heure. Saisir l'heure et les minutes (champ non obligatoire).

- 97. [SI EN EMPLOI] < Vous avez des horaires de travail de nuit ou alternés >

SI N'A PAS DES HORAIRES DE TRAVAIL DE NUIT OU ALTERNÉS

SOM2

Le plus souvent, [SI PAS EN EMPLOI] < le week-end > [SI EN EMPLOI] < les jours de repos (?) le week-end si vous travaillez du lundi au vendredi > à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ?

Saisir l'heure et les minutes (champ non obligatoire).

SOM3

Le plus souvent, combien de temps vous faut-il pour vous endormir (?) si immédiatement ou quelques secondes, saisir 0 minute ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI N'A PAS DES HORAIRES DE TRAVAIL DE NUIT OU ALTERNÉS

SOM4

Le plus souvent [SI PAS EN EMPLOI] < en semaine > [SI EN EMPLOI] < les jours de travail > à quelle heure vous réveillez-vous (?) heure à partir de laquelle vous ne vous rendormez plus ?

Saisir l'heure et les minutes (champ non obligatoire).

SI N'A PAS DES HORAIRES DE TRAVAIL DE NUIT OU ALTERNÉS

SOM5

Le plus souvent [SI PAS EN EMPLOI] < le week-end, > [SI EN EMPLOI] < les jours de repos (?) le week-end si vous travaillez du lundi au vendredi > à quelle heure vous réveillez-vous (?) heure à partir de laquelle vous ne vous rendormez plus ?

Saisir l'heure et les minutes (champ non obligatoire).

SI N'A PAS DES HORAIRES DE TRAVAIL DE NUIT OU ALTERNÉS

SOM6

En moyenne, sur une période de 24 heures, combien d'heures dormez-vous, les jours de travail ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI N'A PAS DES HORAIRES DE TRAVAIL DE NUIT OU ALTERNÉS

SOM7

En moyenne, sur une période de 24 heures, combien d'heures dormez-vous, les jours de repos ?

Ne tenez pas compte d'éventuelles siestes. Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SOM8

En moyenne, de combien de temps de sommeil avez-vous besoin pour être en forme le lendemain ?

Ne tenez pas compte d'éventuelles siestes. Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SOM9

Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit avec des difficultés pour vous rendormir ?

1. Oui
2. Non

SI SE RÉVEILLE LA NUIT AVEC DES DIFFICULTÉS POUR SE RENDORMIR

SOM10

Combien de nuits par semaine cela vous arrive-t-il ?

Si moins d'une nuit par semaine indiquer 0.

SI SE RÉVEILLE AU MOINS UNE NUIT PAR SEMAINE AVEC DES DIFFICULTÉS POUR SE RENDORMIR

SOM11

En général, combien de temps restez-vous éveillé(e) au cours de la nuit ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI EN EMPLOI

SOM12

En général, combien de fois faites-vous la sieste le week-end^(?) sur la totalité de vos jours de repos de la semaine ?

Si les siestes sont occasionnelles, veuillez indiquer 0.

SI EN EMPLOI ET FAIT AU MOINS UNE SIESTE LE WEEK-END

SOM13

Le plus souvent, combien de temps dure une sieste que vous faites le week-end^(?) un jour de repos ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI EN EMPLOI

SOM14

En général, combien de fois faites-vous la sieste par semaine en dehors du week-end^(?) sur la totalité de vos jours de travail de la semaine ?

Si les siestes sont occasionnelles, veuillez indiquer 0.

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 50

SI EN EMPLOI ET FAIT AU MOINS UNE SIESTE EN SEMAINE EN DEHORS DU WEEK-END

SOM15

Le plus souvent, combien de temps dure une sieste que vous faites la semaine^(?) un jour de travail ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI PAS EN EMPLOI

SOM16

En général, combien de fois faites-vous la sieste par semaine (week-end compris) ?

Si les siestes sont occasionnelles, veuillez indiquer 0.

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 60

SI PAS EN EMPLOI ET FAIT AU MOINS UNE SIESTE PAR SEMAINE

SOM17

Le plus souvent, combien de temps durent vos siestes ?

Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SHANTÉ MENTALE : ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

Nous allons évoquer votre moral.

EDC1

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E)

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de 2 semaines pendant les 12 derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses

SI DÉPRIMÉ(E)

EDC2

Pendant ces 2 semaines, combien de temps durait généralement ce sentiment d'être triste, déprimé(e) ?

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 2 semaines, à quelle fréquence aviez-vous ce sentiment ?

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

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC4

Pendant ces 2 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 2 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 2 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 2 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 2 semaines, à quelle fréquence ces difficultés à dormir arrivaient-elles ?

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

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC11

Pendant ces 2 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 2 semaines, avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC13

Pendant ces 2 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 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines pendant laquelle 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

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de 2 semaines pendant les 12 derniers mois où la perte d'intérêt pour la plupart des choses était la plus intense.

SI PERTE D'INTÉRÊT

EDC15

Pendant ces 2 semaines, combien de temps 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

EDC16

Pendant ces 2 semaines, à quelle fréquence 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

EDC17

Pendant ces 2 semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1. Oui
2. Non

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC18

Pendant ces 2 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 2 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 2 semaines, à quelle fréquence ces difficultés à dormir arrivaient-elles ?

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

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC23

Pendant ces 2 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 2 semaines, avez-vous ressenti cela ?

1. Oui
2. Non

SI PERTE D'INTÉRÊT CHAQUE JOUR OU PRESQUE CHAQUE JOUR

EDC25

Pendant ces 2 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

CONDUITES SUICIDAIRES

Nous allons maintenant parler des pensées suicidaires.

Nous vous rappelons que si vous ou une personne de votre entourage en ressentez le besoin, il est possible de se faire aider en appelant le 3114, numéro national de prévention du suicide.

Il est aussi possible de consulter le site internet du ministère des Solidarités et de la Santé.

SUI1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

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 professionnel^(?) médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute, autre professionnel
2. À une association, un groupe d'aide
3. Au numéro national de prévention du suicide 3114
4. À un membre de votre famille
5. À un(e) ami(e)
6. À quelqu'un d'autre

SUI5

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

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI6

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 50

98. Vous ne savez pas
99. Vous ne souhaitez pas répondre

SI A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

SUI8

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de [SI PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU NSP] < votre dernière tentative de > [SI UNE SEULE TENTATIVE DE SUICIDE OU NVP] < votre tentative de > suicide.

Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI TENTATIVE DE SUICIDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

SUI9

Quel âge aviez-vous lors de cette [SI PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU NSP] < dernière > tentative ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM ÂGE - 1

SI AU MOINS UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET PAS DE RÉPONSE NVP EN SUI8

SUI10

Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir après votre [SI PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU NSP] < dernière > tentative de suicide ?

1. Oui
2. Non

SI AU MOINS UNE TENTATIVE DE SUICIDE ET PAS DE RÉPONSE NVP EN SUI8

SUI7

Suite à votre [SI PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU NSP] < dernière > tentative de suicide, êtes-vous allé(e) à l'hôpital ?

1. Oui
2. Non

SI EST ALLÉ À L'HÔPITAL

SUI11

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

1. Oui
2. Non

SI EST ALLÉ À L'HÔPITAL

SUI12

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

1. Oui
2. Non

SI A BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI SUITE À SA SORTIE DE L'HÔPITAL

SUI13

Par qui avez-vous été suivie ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un médecin généraliste
2. Un psychiatre
3. Un psychologue ou psychothérapeute
4. Un autre professionnel
5. Une association ou un groupe d'aide
6. Une cellule de recontact(?) par exemple le dispositif de recontact VigilanS
7. Une autre personne, organisation ou groupe

SI N'EST PAS ALLÉ À L'HÔPITAL

SUI14

Suite à votre [SI PLUS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE OU NSP] < dernière > tentative de suicide, avez-vous bénéficié d'un suivi ?

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS ALLÉ À L'HÔPITAL ET A BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI

SUI15

Par qui avez-vous été suivie(e) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un médecin généraliste
2. Un psychiatre
3. Un psychologue ou psychothérapeute
4. Un autre professionnel
5. Une association ou un groupe d'aide
6. Une autre personne, organisation ou groupe

Les questions portant sur les conduites suicidaires sont terminées, nous vous remercions d'y avoir répondu.

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

Pour rappel, le 3114, numéro national de prévention du suicide est ouvert 24h/24, 7j/7.

Il est possible également de consulter le site internet du ministère des Solidarités et de la Santé.

PRÉVALENCE DU TABAGISME

Nous allons maintenant parler du tabac.

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

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 ?
1. Oui
 2. Non

TA2_6

Fumez-vous la chicha ou le narguilé ?

1. Oui
2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NSP ET NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE DE CHICHA/NARGUILÉ 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. Tous les jours pendant moins de 6 mois
4. Tous les jours 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 ?
1. Tous les jours
 2. Une ou plusieurs fois par semaine
 3. Une ou plusieurs fois par mois
 4. Moins d'une fois par mois

SI FUME DU TABAC À ROULER TOUS LES JOURS**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 ?

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

Quand avez-vous arrêté de fumer ?

→ LISTE DÉROULANTE DES MOIS ET DES ANNÉES (MOIS NON OBLIGATOIRE SI L'ARRÊT A EU LIEU AVANT 2023)

SI ARRÊT EN 2024 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 2024 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**

Quand avez-vous essayé d'arrêter de fumer la dernière fois ?

→ LISTE DÉROULANTE DES MOIS ET DES ANNÉES (MOIS NON OBLIGATOIRE SI L'ARRÊT A EU LIEU AVANT 2023)

SI FUMEUR/FUMEUSE**TA16**

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE**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

SI VIT EN FRANCE HEXAGONALE

ÉVALUATION MOIS SANS TABAC 2023

SI FUMEUR/FUMEUSE OU AYANT ARRÊTÉ DANS L'ANNÉE

MST1

Au cours du dernier trimestre 2023, 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 2023 ?

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'événement « Mois sans tabac » en 2023 ?

1. Oui
2. Non

SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE AYANT ARRÊTÉ ENTRE OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2023 OU FUMEUR/FUMEUSE AYANT TENTÉ D'ARRÊTER ENTRE OCTOBRE ET DÉCEMBRE 2023

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 2023

MST5

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

MST4 = 1 OU (TA15A = 2023 ET (TA15M = 10 OU TA15M = 11 OU TA15M = 12)) < Cette tentative d'arrêt était-elle > [SI (TA12A = 2023 ET (TA12M = 10 OU TA12M = 11 OU TA12M = 12)) =1] < Cet arrêt était-il > 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, aussi appelée vapoteuse.

ECIG1

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ou vapoteuse ?

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

ECIG10

Et avez-vous déjà essayé la puff ou une autre cigarette électronique du même type, non rechargeable et jetable ?

1. Oui
2. Non

SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE OU LA PUFF OU UNE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE JETABLE NON RECHARGEABLE

ECIG3

Utilisez-vous [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la puff ou une cigarette électronique jetable non rechargeable > actuellement ?

1. Oui
2. Non

SI UTILISE ACTUELLEMENT

ECIG4

Quel type [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < de cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < de puff > utilisez-vous ?

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

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG5**

Depuis combien de temps utilisez-vous [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la puff > ?

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

SI UTILISE ACTUELLEMENT

Depuis combien de temps utilisez-vous une cigarette électronique ?

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

SI UTILISE ACTUELLEMENT**ECIG6**

À quelle fréquence utilisez-vous [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < une cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la puff > ?

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 [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la puff > tous les jours 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, ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE**ECIG8**

[SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < La cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < La puff > 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 ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE**ECIG9**

Avez-vous envie d'arrêter [SI A ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la cigarette électronique > [SI N'A PAS ESSAYÉ LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OU VAPOTEUSE] < la puff > ?

1. Oui
2. Non

ALCOOL

Nous allons maintenant parler des boissons alcoolisées.

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 [SI VIT EN GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE OU RÉUNION] <, du champagne, du rhum > 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**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

Nous allons maintenant parler du nombre de verres que vous avez bus. Un verre « standard » correspond aux doses servies dans les bars et restaurants, c'est-à-dire 25 cl pour de la bière, 12 cl pour du vin ou 2,5 cl pour des alcools forts.

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

AL10

[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 bu, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Si vous avez bu moins d'un verre standard, veuillez compter 1.

→ MIN 1 - MAX 90

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 ?

→ MIN 1 - MAX 90

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

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(e) 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 comptez pas le temps passé à dormir. Saisir la durée en heures et/ou minutes.

SI NSP OU NVP AU TEMPS PASSÉ ASSIS(E) PAR JOUR

SED2

À combien d'heures estimatez-vous ce temps ?

1. Moins de 3 heures
2. Entre 3 heures et moins de 5 heures
3. Entre 5 heures et moins de 7 heures
4. Entre 7 heures et moins de 9 heures
5. 9 heures ou plus

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 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

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

Nous continuons par une question concernant le temps passé devant les écrans.

SED9

Combien de temps passez-vous en moyenne à regarder les écrans 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 > ?

Considérez bien tous les types d'écran tels que la télévision, l'ordinateur, le smartphone et toutes les situations, c'est-à-dire dans les transports, à la maison et dans le cadre de vos loisirs. Saisir la durée en heures et/ou minutes.

ANTIBIORÉSISTANCE

Nous allons parler des antibiotiques.

ANTIB1

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

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

ANTIB2

Avez-vous déjà entendu parler de la résistance aux antibiotiques, appelée aussi antibiorésistance ?

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
9. Vous ne souhaitez pas répondre

ANTIB3

Selon vous, comment fonctionne l'antibiorésistance ?

1. Votre organisme devient résistant aux antibiotiques
2. La bactérie devient résistante aux antibiotiques
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

VACCINATION

Nous allons poursuivre avec des questions sur 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

VA2

Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

1. Oui
2. Non

SI DÉFAVORABLE À CERTAINES VACCINATIONS**VA3**

À quelles vaccinations en particulier êtes-vous défavorable ?

PRATIQUES VACCINALES DTP**PVA1**

Êtes-vous à jour de la vaccination DTP, c'est-à-dire protégeant des maladies Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite^(?) à jour d'au moins une de ces trois maladies ?

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
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI A DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LE DTP OU NSP OU NVP ET 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 79 ANS) « 75 ans », un médecin ou un autre professionnel de santé^(?) pharmacien, infirmier, etc. vous a-t-il proposé de faire votre rappel contre le DTP^(?) Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ?

1. Oui
2. Non
3. Non, car vous n'avez pas vu de médecin ou d'autres professionnels de santé depuis vos (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 79 ANS) « 75 ans »
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI UN MÉDECIN A PROPOSÉ DE FAIRE LE RAPPEL CONTRE LE DTP

PVA6

Suite à cette proposition, avez-vous réalisé le rappel contre le DTP ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI N'A PAS RÉALISÉ LE RAPPEL CONTRE LE DTP

PVA5

Pourquoi n'avez-vous pas fait votre rappel DTP^(?) Diphtérie, 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 étiez déjà vacciné(e) contre le DTP
4. Pour une autre raison
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI A DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LE DTP OU NSP OU NVP ET ÂGÉ(E) DE MOINS DE 25 ANS OU SI UN MÉDECIN N'A PAS PROPOSÉ DE FAIRE LE RAPPEL CONTRE LE DTP OU SI SUITE À LA PROPOSITION N'A PAS RÉALISÉ LE VACCIN CONTRE LE DTP OU NSP OU NVP

PVA2

À quel âge avez-vous reçu votre dernier rappel de vaccination DTP^(?) Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ?

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
99. Vous ne souhaitez pas répondre

SI NSP L'ÂGE DU DERNIER RAPPEL DE VACCINATION CONTRE LE DTP

PVA7

Approximativement, quand ce dernier rappel de vaccination DTP^(?) Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite a-t-il été réalisé ?

1. Il y a moins de 10 ans
2. Entre 10 et 20 ans
3. Il y a plus de 20 ans
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI A DÉJÀ ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE LE DTP OU NSP OU NVP

PVA3

Qui vous a vacciné(e) lors de votre dernier rappel de vaccination DTP^(?) Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ?

1. Un médecin généraliste
2. Un infirmier libéral
3. Un pharmacien^(?) ou étudiant en pharmacie
4. Un médecin ou un infirmier de médecine du travail
5. Un médecin ou un infirmier dans un centre de vaccination ou une PMI^(?) centre de protection maternelle et infantile
6. Un médecin ou un infirmier à l'hôpital
7. Un autre professionnel de santé^(?) médecin spécialiste, sage-femme, étudiant en médecine
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

CHANGEMENT CLIMATIQUE

Nous allons maintenant aborder l'effet de l'environnement sur la santé.

CC2

Au cours de ces 2 dernières années, avez-vous été confronté(e) chez vous ou ailleurs à :

1. Une inondation^(?) débordement d'un cours d'eau, remontée d'une nappe phréatique, etc. ?
2. Une tempête ?
3. Une canicule^(?) très forte chaleur le jour et la nuit durant au moins 3 jours consécutifs ?
4. Une sécheresse ?
5. Un feu de forêt ?
1. Oui
2. Non

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

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

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

CC3

En avez-vous souffert physiquement ?

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

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

CC5

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

1. Certainement
2. Probablement
3. Probablement pas
4. Certainement pas

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

CC6

Pensez-vous que vous en souffrirez physiquement ?

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

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

CC7

Pensez-vous que vous en souffrirez psychologiquement ?

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

SI VIT EN FRANCE HEXAGONALE

PRÉVENTION DE LA CANICULE

Nous allons maintenant parler de la canicule en particulier.

CAN1

Au cours de l'été dernier, vous souvenez-vous avoir vu, lu ou entendu des messages concernant la prévention des risques sur la santé liés à la canicule ?

1. Oui
2. Non

SI A ÉTÉ CONFRONTÉ(E) À UNE CANICULE ET 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 peuvent-ils être 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 personnes pratiquant une activité sportive
 3. Les personnes travaillant à l'extérieur ou au soleil
 4. Les personnes présentant une maladie chronique
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 VIT EN FRANCE HEXAGONALE

TIQUES ET LYME

Nous allons passer à un autre sujet.

TIQ1

Selon vous, les piqûres de tiques ont-elles des conséquences sur la santé humaine ?

1. Oui, toujours
2. Oui, parfois
3. Non, jamais
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

TIQ2

Vous êtes-vous déjà fait piquer par une tique ?

1. Oui
2. Non

SI S'EST DÉJÀ FAIT PIQUER PAR UNE TIQUE

TIQ3

L'avez-vous été au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI S'EST DÉJÀ FAIT PIQUER PAR UNE TIQUE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

TIQ4

Combien de fois au cours des 12 derniers mois avez-vous été piqué(e) par une tique ?

1. 1 fois
2. 2 à 4 fois
3. 5 à 9 fois
4. 10 fois ou plus

SI S'EST DÉJÀ FAIT PIQUER PAR UNE TIQUE

TIQ5

La dernière fois que vous vous êtes fait piquer, où vous trouviez-vous ?

1. En forêt
2. Dans un jardin privé ou public
3. Dans un champ, un pré ou une prairie
4. Dans un autre endroit

SI S'EST DÉJÀ FAIT PIQUER PAR UNE TIQUE

TIQ6

La dernière fois que vous vous êtes fait piquer, avez-vous consulté un médecin généraliste ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSULTÉ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUITE À LA DERNIÈRE PIQÛRE DE TIQUE

TIQ7

Pour quelle raison avez-vous consulté un médecin généraliste ?

1. Vous aviez des symptômes que vous pensiez être en rapport avec la piqûre
2. Vous n'aviez pas de symptômes mais vous préfériez avoir l'avis d'un médecin
3. Pour enlever la tique
4. Pour une autre raison

SI S'EST DÉJÀ FAIT PIQUER PAR UNE TIQUE

TIQ8

La dernière fois que vous vous êtes fait piquer, comment la tique a-t-elle été retirée ?

1. Avec un tire-tique
2. Avec une pince à épiler
3. Avec la main
4. Elle est tombée toute seule
5. Par un autre moyen

TIQ9

Vous sentez-vous exposé(e) aux piqûres de tiques ?

1. Très exposé(e)^(?) dans la vie de tous les jours
2. Plutôt exposé(e)^(?) de manière répétée
3. Plutôt pas exposé(e)^(?) de manière exceptionnelle
4. Pas du tout exposé(e)

SI SE SENT TRÈS OU PLUTÔT EXPOSÉ(E)

TIQ10

Pour quelles raisons vous sentez-vous exposé(e) aux piqûres de tiques ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Vous êtes souvent ou parfois en forêt
2. Vous êtes souvent ou parfois dans des champs, prés ou prairies
3. Vous êtes souvent ou parfois dans un jardin ou un parc^(?) privés ou publics
4. Vous êtes en contact avec des animaux
5. Pour d'autres raisons

SI SE SENT TRÈS OU PLUTÔT EXPOSÉ(E)**TIQ11**

Quand vous êtes exposé(e) aux piqûres de tiques :

→ ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS

1. Utilisez-vous des lotions, sprays ou crèmes répulsives(?) produits appliqués pour soi-même et non pour les animaux sur la peau ou les vêtements ?
2. Portez-vous des vêtements longs qui recouvrent les jambes ?
3. Cherchez-vous et enlevez-vous les tiques sur tout le corps après l'exposition ?
1. Souvent
2. De temps en temps
3. Rarement
4. Jamais
5. Je ne connaissais pas ce moyen de protection

SI RAREMENT OU JAMAIS**TIQ12**

Vous n'utilisez que rarement ou jamais les lotions lorsque vous êtes exposé(e), est-ce parce que :

Plusieurs réponses possibles.

1. Ces produits sont trop chers
2. Ces produits sont inconfortables
3. Ces produits peuvent présenter des effets néfastes pour la santé
4. Ce n'est pas utile
5. Pour d'autres raisons
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI RAREMENT OU JAMAIS**TIQ13**

Vous n'utilisez que rarement ou jamais des vêtements longs lorsque vous exposé(e), est-ce parce que :

Plusieurs réponses possibles.

1. C'est inconfortable
2. C'est une question d'esthétique
3. Ce n'est pas utile
4. Pour d'autres raisons
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI RAREMENT OU JAMAIS**TIQ14**

Vous ne recherchez que rarement ou jamais les tiques sur le corps après une possible exposition, est-ce parce que :

Plusieurs réponses possibles.

1. C'est difficile d'examiner l'ensemble de mon corps tout(e) seul(e)
2. Vous ne savez pas comment faire
3. Ce n'est pas utile
4. Pour d'autres raisons
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

LYM1

La maladie de Lyme est une maladie pouvant être transmise par les tiques. En avez-vous déjà entendu parler ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SIA ENTENDU PARLER DE LA MALADIE DE LYME**LYM2**

Selon vous, quel est généralement le premier symptôme de la maladie de Lyme ?

→ ORDRE ALÉATOIRE DES ITEMS 1 A 3

1. Une diarrhée ou des vomissements
2. Une toux
3. Une plaque rouge sur la peau
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SIA ENTENDU PARLER DE LA MALADIE DE LYME**LYM3**

L'idée d'attraper la maladie de Lyme vous préoccupe-t-elle ?

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SIA ENTENDU PARLER DE LA MALADIE DE LYME**LYM4**

Considérez-vous que vous êtes bien informé(e) sur la maladie de Lyme ?

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

INFORMATION ET PERCEPTION DU RISQUE

Nous allons aborder différentes maladies et risques pour la santé.

IPR1

Craignez-vous, pour vous-même :

→ ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS

1. Les maladies cardiaques
2. La dépression
3. Le diabète
4. Les nouvelles épidémies
1. Pas du tout
2. Peu
3. Pas mal
4. Beaucoup
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

IPR2

Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) sur les thèmes de santé suivants ?

→ ORDRE ALÉATOIRE DES SOUS-QUESTIONS

1. Les maladies cardiaques
2. La dépression
3. Le diabète
4. Les nouvelles épidémies
1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

IPR3

Selon vous, en cas de crise sanitaire (Covid-19, amiante, canicule...) peut-on avoir confiance dans ce que disent :

1. Les médecins
2. Les hommes et femmes politiques
3. Le diabète
4. Les nouvelles épidémies
1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

Nous allons aborder un autre sujet.

TAG1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins un mois pendant laquelle vous vous êtes senti(e) inquiet(e), tendu(e) ou anxieux(se) la plupart du temps ?

1. Oui
2. Non

SI S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE)

TAG1A

Dans une situation donnée, tout le monde ne s'inquiète pas de la même manière. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu le sentiment de vous faire beaucoup plus de souci que la plupart des gens dans la même situation ?

1. Oui
2. Non

SI S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE) OU S'EST SENTI(E) SE FAIRE BEAUCOUP PLUS DE SOUCI QUE LA PLUPART DES GENS DANS LA MÊME SITUATION

TAG2

Cette période dure-t-elle encore aujourd'hui ?

1. Oui
2. Non

SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI

TAG2

Combien de temps cette période [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < a-t-elle duré > [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < dure-t-elle > ?

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS ET S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE)

TAG4

Pendant cette période durant laquelle vous vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez > inquiet(e), tendu(e) ou anxieux(se), vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < faites > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < faisiez > vous beaucoup plus de souci que la plupart des gens dans la même situation ?

1. Oui
2. Non

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG5**

Pendant cette période durant laquelle vous vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez > inquiet(e), tendu(e) ou anxieux(se) [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < êtes > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < étiez > vous pratiquement tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG6**

Toujours pendant cette période^(?) d'anxiété, d'inquiétude ou de soucis, vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < faites > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < faisiez > vous beaucoup de souci à propos de quelque chose en particulier^(?) comme la sécurité de votre emploi, la santé d'un proche, etc. ou de plusieurs choses différentes ?

1. Une chose en particulier
2. Plusieurs choses différentes

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG7**

Toujours pendant cette période, [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < trouvez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < trouviez > vous difficile d'arrêter de vous faire du souci ?

1. Oui
2. Non

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG8**

Toujours pendant cette période, vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < arrive-t-il > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < arrivait-il > de vous faire beaucoup de souci pour plusieurs choses en même temps ?

1. Oui
2. Non

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG9**

Toujours pendant cette période, à quelle fréquence [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez >-vous que vos préoccupations [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sont > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < étaient > si fortes qu'il vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < est > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < était > impossible de penser à autre chose ?

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

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG10**

Toujours pendant cette période, à quelle fréquence [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < éprouvez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < éprouviez >-vous des difficultés à contrôler ces préoccupations ?

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

SI CETTE PÉRIODE DURE DEPUIS AU MOINS 6 MOIS**TAG11**

Quand vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < êtes > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < étiez > soucieux(se) ou anxieux(se)

1. Vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez >-vous agité(e), à bout de nerfs ?
2. Vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez >-vous également facilement fatigué(e) ?
3. [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < Avez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < Avez >-vous des difficultés pour vous concentrer sur ce que vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < faites > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < faisiez > ?
4. Vous [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < sentez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < sentiez >-vous plus irritable que d'habitude ?
5. [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI] < Avez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS AUJOURD'HUI] < Avez >-vous les muscles tendus, douloureux ou sensibles ?

6. [SI CETTE PÉRIODE DURE ENCORE AUJOURD'HUI]
< Avez > [SI CETTE PÉRIODE NE DURE PLUS
AUJOURD'HUI] < Aviez >-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) ?
1. Oui
2. Non

SI S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE) OU S'EST SENTI(E) SE FAIRE BEAUCOUP PLUS DE SOUCI QUE LA PLUPART DES GENS DANS LA MÊME SITUATION

TAG12

Au cours des 12 derniers mois, durant la période pendant laquelle vous vous sentiez très soucieux(se) ou anxieux(se), est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?

1. Oui
2. Non

SI ACTIVITÉS HABITUELLES PERTURBÉES

TAG13

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

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Un petit peu

SI DÉPRIMÉ(E) OU SI PERTE D'INTÉRÊT, ET SI S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE) OU S'EST SENTI(E) SE FAIRE BEAUCOUP PLUS DE SOUCI QUE LA PLUPART DES GENS DANS LA MÊME SITUATION

TAG14

La période pendant laquelle vous vous sentez soucieux(se) ou anxieux(se) est-elle la même période que celle où vous [SI DÉPRIMÉ(E) SANS PERTE D'INTÉRÊT] < vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ? > [SI PERTE D'INTÉRÊT] < aviez perdu intérêt pour la plupart des choses ? > évoquée précédemment ?

1. Oui
2. Non

RE COURS AUX SOINS SANTÉ MENTALE

SI DÉPRIMÉ(E) OU PERTE D'INTÉRÊT OU S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE) OU S'EST SENTI(E) SE FAIRE BEAUCOUP PLUS DE SOUCI QUE LA PLUPART DES GENS DANS LA MÊME SITUATION

RMS1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel^(?) médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement ?

1. Oui
2. Non

SI A CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL POUR DES PROBLÈMES ÉMOTIFS, NERVEUX, PSYCHOLOGIQUES OU DE COMPORTEMENT

RMS2

Quel(s) professionnel(s) avez-vous consulté ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un médecin généraliste
2. Un psychiatre
3. Un psychologue ou psychothérapeute
4. Un autre professionnel

SI A CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL POUR DES PROBLÈMES ÉMOTIFS, NERVEUX, PSYCHOLOGIQUES OU DE COMPORTEMENT

RMS3

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi une ou plusieurs psychothérapie(s) ?

1. Oui
2. Non

SI DÉPRIMÉ(E) OU PERTE D'INTÉRÊT OU S'EST SENTI(E) INQUIET(E), TENDU(E) OU ANXIEUX(SE) OU S'EST SENTI(E) SE FAIRE BEAUCOUP PLUS DE SOUCI QUE LA PLUPART DES GENS DANS LA MÊME SITUATION

RMS4

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc. ?

1. Oui
2. Non

DIABÈTE

Nous allons aborder quelques questions sur le diabète.

DIAB1

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) 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(e) de diabète [SI FEMME] <, en dehors d'un 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'analogues du GLP1^(?) Byetta®, Victoza®, Bydureon®, Trulicity®) ?

1. Oui
2. Non

SI TRAITÉ(E) ACTUELLEMENT POUR LE DIABÈTE PAR DES COMPRIMÉS OU DES INJECTIONS D'INSULINE

DIAB6

De quel(s) type(s) de traitement s'agit-il ?

Plusieurs réponses possibles.

1. De comprimés
2. D'injections d'insuline
3. D'injections d'analogues du GLP1^(?) Byetta®, Victoza®, Bydureon®, Trulicity®

SI NON DIABÈTE

DIAB5

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

1. Oui
2. Non

SI HOMME ET DIABÈTE OU FEMME ET DIABÈTE NON EXCLUSIVEMENT GESTATIONNEL

DIAB7

Actuellement, pour votre diabète, 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. [SI VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < Des plantes [SI VIT EN GUADELOUPE OU MARTINIQUE] < (« rimèd razyé » ou « rimèd péyi ») > [SI VIT EN GUYANE] < (« rimèd kréol ou kréyol ») > [SI VIT À LA RÉUNION] < (« remède pei » ou « zerbaz péi » ou « tisane péi ») > ? >
6. Aucune mesure particulière

SI « PETIT DIABÈTE » OU DÉBUT DE DIABÈTE

DIAB8

Pour votre « petit diabète » ou début de diabète, 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. [VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < Des plantes [SI VIT EN GUADELOUPE OU MARTINIQUE] < (« rimèd razyé » ou « rimèd péyi ») > [SI VIT EN GUYANE] < (« rimèd kréol ou kréyol ») > [SI VIT À LA RÉUNION] < (« remède pei » ou « zerbaz péi » ou « tisane péi ») > ? >
5. Un traitement par comprimés ou par injections d'analogues du GLP1^(?) Byetta®, Victoza®, Bydureon®, Trulicity® ?
6. Rien – Aucun recours

SI NON TRAITÉ(E) ACTUELLEMENT POUR LE DIABÈTE PAR DES COMPRIMÉS OU DES INJECTIONS D'INSULINE OU NSP OU NVP

DIAB9

Vous est-il déjà arrivé de prendre un traitement médicamenteux pour votre diabète ?

1. Oui
2. Non

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Nous allons aborder quelques questions sur l'hypertension artérielle.

HTA1

Quand votre pression artérielle^(?) appelée aussi tension artérielle a-t-elle été mesurée par un médecin ou un autre professionnel de santé^(?) pharmacien, infirmier, etc. pour la dernière fois ?

1. Il y a moins d'un an
2. Entre 1 et 5 ans
3. Il y a plus de 5 ans
4. Jamais

SI PRESSION ARTÉRIELLE MESURÉE

HTA2

Le médecin ou le professionnel de santé vous a-t-il donné le résultat de cette mesure ?

1. Oui
2. Non

SI PRESSION ARTÉRIELLE MESURÉE OU NSP OU NVP

HTA3

Connaissez-vous vos chiffres habituels de pression artérielle^(?) appelée aussi tension artérielle ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI CONNAÎT SES CHIFFRES HABITUELS DE PRESSION ARTÉRIELLE

HTA4

Quels sont les 2 chiffres de votre pression artérielle^(?) appelée aussi tension artérielle ?

Renseigner le premier et/ou le second chiffre de votre pression artérielle.

9998. Vous ne savez pas

9999. Vous ne souhaitez pas répondre

HTA5

Savez-vous quels sont les chiffres maximum de pression artérielle qu'il est conseillé de ne pas dépasser ?

1. Oui
2. Non

SI CONNAÎT LES CHIFFRES MAXIMUM DE PRESSION ARTÉRIELLE

HTA6

Quels sont les chiffres à ne pas dépasser ?

Renseigner le premier et/ou le second chiffre de votre pression artérielle.

9998. Vous ne savez pas

9999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI VIT EN FRANCE HEXAGONALE

HTA7

Possédez-vous un appareil pour mesurer la pression artérielle^(?) appelée aussi tension artérielle ?

1. Oui
2. Non

SI POSSÈDE UN APPAREIL POUR MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE

HTA8

À quelle fréquence utilisez-vous cet appareil ?

1. Régulièrement
2. De temps en temps
3. Jamais

HTA9

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'hypertension artérielle ?

1. Oui
2. Non

SI MÉDECIN N'A JAMAIS DIT QUE PRÉSENCE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU NSP OU NVP

HTA10

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de la tension ou une tension artérielle élevée ?

1. Oui
2. Non

HTA11

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un traitement pour soigner une hypertension artérielle ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ EU UN TRAITEMENT POUR SOIGNER UNE HYPERTENSION ARTÉRIELLE

HTA12

Avez-vous pris ce traitement au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI MÉDECIN A DÉJÀ DIT QUE PRÉSENCE HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE**HTA13**

Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on recommandé de suivre un régime alimentaire ou donné des conseils pour votre alimentation ?

1. Oui
2. Non

SI RECOMMANDATION D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE OU DE CONSEILS POUR L'ALIMENTATION**HTA14**

Qui vous a donné ces recommandations ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un diététicien
2. Un médecin^(?) généraliste ou spécialiste
3. Un autre professionnel de santé^(?) infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute
4. Une personne de votre entourage
5. Autre

SI RECOMMANDATION D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE OU DE CONSEILS POUR L'ALIMENTATION**HTA15**

Quelles recommandations vous a-t-on données ?

Plusieurs réponses possibles.

→ ORDRE ALÉATOIRE DES ITEMS

1. Perdre du poids
2. Réduire votre consommation de charcuterie, de fromage ou de pain
3. Réduire votre consommation de sel
4. Réduire votre consommation d'alcool
5. Réduire votre consommation de plats préparés
6. Augmenter votre consommation de fruits et de légumes

SI RECOMMANDATION D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE OU DE CONSEILS POUR L'ALIMENTATION**HTA16**

Actuellement, suivez-vous ces recommandations ?

1. Oui, toutes
2. Oui, certaines mais pas toutes
3. Non

SI SUIT TOUTES OU CERTAINES DES RECOMMANDATIONS**HTA22**

Trouvez-vous facile de suivre ces recommandations ?

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

SI MÉDECIN A DÉJÀ DIT QUE PRÉSENCE HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE**HTA17**

Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on recommandé de faire plus d'activité physique ?

1. Oui
2. Non

SI RECOMMANDATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**HTA18**

Qui vous l'a recommandé ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un diététicien
2. Un médecin^(?) généraliste ou spécialiste
3. Un autre professionnel de santé^(?) infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute
4. Une personne de votre entourage
5. Une autre personne

SI RECOMMANDATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**HTA19**

Actuellement, suivez-vous cette recommandation de faire plus d'activité physique ?

1. Oui
2. Non

SI SUIT LA RECOMMANDATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**HTA23**

Trouvez-vous facile de suivre cette recommandation ?

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

SI RECOMMANDATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE**HTA20**

Au cours des 12 derniers mois, votre médecin vous a-t-il prescrit par écrit une activité physique adaptée ?

1. Oui
2. Non

SI MÉDECIN A DÉJÀ DIT QUE PRÉSENCE HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE OU DÉJÀ EU UN TRAITEMENT POUR SOIGNER UNE HYPERTENSION ARTÉRIELLE**HTA21**

Votre pression artérielle^(?) appelée aussi tension artérielle est-elle contrôlée, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas les seuils recommandés ?

1. Oui
2. Non

ALIMENTATION

Nous allons maintenant aborder votre alimentation.

ALI1

Selon vous, comment a évolué votre consommation de légumes ces 5 dernières années ?

On ne parle pas des pommes de terre [SI VIT EN GUADELOUPE, MARTINIQUE OU GUYANE] < et des légumes pays (banane plantain, igname...) > [SI VIT À LA RÉUNION] < des bananes carrees, ignames, manioc et patates douces >.

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas de légumes habituellement

ALI2

Selon vous, comment a évolué votre consommation de fruits ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas de fruits habituellement

ALI3

Selon vous, comment a évolué votre consommation de viande en dehors de la volaille ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas de viande habituellement

ALI4

Selon vous, comment a évolué votre consommation de légumes secs (comme les lentilles, pois chiches, haricots secs, [SI VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < pois d'angole >, etc.) ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas de légumes secs habituellement

ALI5

Selon vous, comment a évolué votre consommation de féculents complets ou semi-complets (comme du pain complet, pâtes complètes ou semi-complètes, riz complet ou brun, etc.) ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous n'en consommez pas habituellement

ALI6

Selon vous, comment a évolué votre consommation d'aliments « bio » (^(?) c'est-à-dire contenant moins de produits chimiques comme des pesticides) ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas d'aliments « bio » habituellement

ALI7

Selon vous, comment a évolué votre consommation de plats « maison » cuisinés dans votre foyer ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Personne ne cuisine dans votre foyer

ALI8

Selon vous, comment a évolué votre consommation de boissons sucrées (jus de fruits (^(?) fruits pressés [SI VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < et nectars > compris, sirop ou sodas même light) ces 5 dernières années ?

1. Elle a augmenté
2. Elle a diminué
3. Elle n'a pas changé
4. Vous ne consommez pas de boissons sucrées habituellement

ALI9

Selon vous, pour être en bonne santé, faut-il manger des légumes secs (c'est-à-dire des lentilles, pois chiches, haricots secs [SI VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < , pois d'angole >, etc.) tous les jours ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE QU'IL NE FAUT PAS MANGER DES LÉGUMES SECS TOUS LES JOURS POUR ÊTRE EN BONNE SANTÉ

ALI10

Selon vous, pour être en bonne santé, combien de jours par semaine faut-il en manger ?

Si « Moins d'une fois par semaine », saisir 0.

8. Vous ne savez
9. Vous ne souhaitez pas répondre

ALI11

Selon vous, pour être en bonne santé, faut-il manger des féculents complets ou semi-complets (comme du pain complet, des pâtes complètes ou semi-complètes ou du riz complet ou brun, etc.) tous les jours ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI PENSE QU'IL NE FAUT PAS MANGER DES FÉCULENTS COMPLETS OU SEMI-COMPLETS TOUS LES JOURS POUR ÊTRE EN BONNE SANTÉ

ALI12

Selon vous, pour être en bonne santé, combien de jours par semaine faut-il en manger ?

Consigne : Si « Moins d'une fois par semaine », saisir 0.

8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

ALI13

Selon vous, à combien de boissons sucrées par jour doit-on se limiter pour éviter les problèmes de santé ? Pour rappel, les boissons sucrées comprennent les jus de fruits^(?) fruits pressés [SI VIT EN GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, EN GUYANE OU À LA RÉUNION] < et nectars > compris, le sirop, ou les sodas même light.

1. Trois par jour ou plus
2. Deux par jour
3. Une par jour
4. Moins d'une par jour
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

CARACTÉRISTIQUES ACCIDENTS

Nous allons maintenant vous interroger sur les accidents dont vous avez éventuellement été victime. Par accident, nous entendons les accidents de la circulation, les accidents du travail ou les accidents domestiques, scolaires, de sport ou de loisirs. Attention, on ne parle pas des accidents cardiaques, AVC, bagarres ou agressions.

CAC1

Au cours des 12 derniers mois, combien d'accidents avez-vous eus ?

→ MINIMUM 0 – MAXIMUM 24

SI A EU AU MOINS UN ACCIDENT

CAC2

[SI UN ACCIDENT] < De quel type d'accident s'agissait-il ? >

[SI PLUS D'UN ACCIDENT] < Concernant votre dernier accident, de quel type d'accident s'agissait-il ? >

Plusieurs réponses possibles.

1. Un accident de travail
2. Un accident de la circulation
3. Un accident domestique^(?) à la maison
4. Un accident de sport ou de loisirs
5. Un autre type d'accident

SI ACCIDENT DOMESTIQUE OU DE SPORT OU LOISIRS OU UN AUTRE TYPE D'ACCIDENT

CAC3

Dans les 48 heures qui ont suivi [SI UN ACCIDENT] < cet accident > [SI PLUS D'UN ACCIDENT] < votre dernier accident >, avez-vous été limité(e) dans les activités que vous faites habituellement ?

1. Oui, sévèrement limité(e)
2. Oui, assez limité(e)
3. Non, pas du tout

SI ACCIDENT DOMESTIQUE OU DE SPORT OU LOISIRS OU UN AUTRE TYPE D'ACCIDENT

CAC4

Pour cet accident, avez-vous :

1. consulté un médecin généraliste ou spécialiste ?
 2. consulté les urgences ?
 3. été hospitalisé(e) ?
1. Oui
 2. Non

SI VIT EN FRANCE HEXAGONALE

TRAUMA CRÂNIEN

Nous allons maintenant vous interroger sur les blessures ou les coups à la tête dont vous avez éventuellement été victimes. Ces blessures ou coups à la tête peuvent avoir eu lieu dans tous types de contextes (accident, agression, tentative de suicide, chute suite à un malaise).

TC1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une blessure à la tête ou un coup à la tête ?

1. Oui
2. Non

SI A EU UNE BLESSURE À LA TÊTE OU UN COUP À LA TÊTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

TC2

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

- 1.
- 2.
- 3 ou plus

SI A EU UNE BLESSURE À LA TÊTE OU UN COUP À LA TÊTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

TC3

Suite [SI UNE SEULE BLESSURE OU COUP À LA TÊTE] < à votre blessure ou coup à la tête > [SI PLUSIEURS BLESSURES OU COUPS À LA TÊTE] < à l'une de vos blessures ou coup à la tête >, avez-vous eu un des symptômes suivants :

Plusieurs réponses possibles.

1. Une perte de connaissance
2. Des problèmes de mémoire
3. Une confusion ou une désorientation
4. D'autres symptômes (maux de tête, vertiges, nausées, vomissements...)
5. Aucun symptôme

SI A EU UNE BLESSURE À LA TÊTE OU UN COUP À LA TÊTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

TC4

Suite [SI UNE SEULE BLESSURE OU COUP À LA TÊTE] < à votre blessure ou coup à la tête > [SI PLUSIEURS BLESSURES OU COUPS À LA TÊTE] < à l'une de vos blessures ou coup à la tête > avez-vous :

1. consulté un médecin généraliste ou spécialiste?
 2. consulté les urgences ?
 3. été hospitalisé(e) ?
1. Oui
 2. Non

ACTIVITÉ À RISQUE D'ACCIDENTS

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

ACC1

Au cours des 12 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 12 derniers mois, avez-vous chuté en 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
ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

ACC7

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait du roller, du patin à roulettes, du skate ou de la trottinette non électrique ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE OU DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE

ACC8

La dernière fois que vous avez fait du roller, du patin à roulettes, du skate ou de la trottinette non électrique, avez-vous porté un casque ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE OU DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE

ACC9

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous chuté en faisant du roller, du patin à roulettes, du skate ou de la trottinette non électrique ?

1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas **AFFICHER EN SECONDE INTENTION**
9. Vous ne souhaitez pas répondre **AFFICHER EN SECONDE INTENTION**

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

ACC4

Au cours des 12 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 MONOROUVE, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC5

La dernière fois que vous avez fait de la trottinette électrique, du monoroue, 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 MONOROUVE, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT

ACC6

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous chuté ou eu un accident de trottinette électrique, de monoroue, d'hoverboard ou équivalent^[?] autres engins de déplacement personnel motorisé ?

1. Oui
2. Non

SI ENFANT Âgé DE 12 ANS ET MOINS DANS LE FOYER ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

ACC10

Au cours des 12 derniers mois, votre enfant ou vos enfants de 12 ans et moins ont-ils fait du vélo [SI ENFANT Âgé DE MOINS DE 3 ANS] < y compris sur un siège-bébé ou dans une carrière > ?

1. Oui
2. Non
3. Vous n'avez pas d'enfants de 12 ans ou moins
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI ENFANT Âgé DE 12 ANS ET MOINS A FAIT DU VÉLO

ACC11

La dernière fois, a-t-il ou ont-ils porté un casque ?

1. Oui, tous
2. Oui, mais pas tous
3. Non

CHUTES

Nous allons aborder le sujet des chutes en dehors de celles à vélo, trottinette ou autre moyen de déplacement.

CHU2

[SI A FAIT UNE CHUTE EN FAISANT DU VÉLO OU DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE OU DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE OU DE LA TROTTINETTE ÉLECTRIQUE, DU MONOROUVE, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT]

< En dehors de votre chute évoquée précédemment, vous >, [SI N'A PAS FAIT UNE CHUTE EN FAISANT DU VÉLO OU DU ROLLER, DU PATIN À ROULETTES, DU SKATE OU DE LA TROTTINETTE NON ÉLECTRIQUE OU DE LA TROTTINETTE ÉLECTRIQUE, DU MONOROUVE, DE L'HOVERBOARD OU UN ÉQUIVALENT OU NSP OU NVP] < Vous > est-il arrivé de tomber au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

SI EST TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

CHU3

Combien de fois environ ?

1. Une fois
2. Deux fois
3. Trois fois ou plus

SI EST TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

CHU4

Où étiez-vous lors de votre dernière chute ?

1. À l'intérieur, chez vous ou dans un autre logement
2. À l'extérieur, chez vous ou dans un autre logement (cour, jardin, balcon, garage, dépendance...)
3. À un autre endroit

SI DERNIÈRE CHUTE À L'INTÉRIEUR ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

CHU5

Plus précisément, dans quelle pièce votre dernière chute s'est-elle produite ?

1. Le salon, la salle à manger
2. Une chambre
3. La salle de bains, les WC
4. La cuisine
5. Un escalier
6. Le couloir, l'entrée
7. Dans une autre pièce

SI DERNIÈRE CHUTE À L'EXTÉRIEUR ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

CHU6

Plus précisément, à quel endroit votre dernière chute s'est-elle produite ?

1. Dans la cour
2. Dans le jardin
3. Sur le balcon, la terrasse
4. Dans le garage
5. Dans une dépendance
6. À un autre endroit

SI DERNIÈRE CHUTE À UN AUTRE ENDROIT ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

CHU7

Plus précisément, à quel endroit votre dernière chute s'est-elle produite ?

1. Dans la rue ou les transports
2. Dans un bâtiment (entreprise, centre commercial...)
3. Dans un espace extérieur de loisir ou de sport (terrain de jeux, parcs, jardins, bois, plage...)
4. Dans un autre endroit

SI EST TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

CHU8

Comment s'est produite votre dernière chute ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Vous avez perdu l'équilibre
2. Vous avez glissé
3. Vous avez trébuché contre un objet, une personne ou un animal
4. Vous avez eu un vertige ou fait un malaise
5. Vous êtes tombé(e) d'un lit ou d'une chaise ou lorsque vous vous êtes mis(e) en position assise ou debout
6. Vous êtes tombé(e) d'une grande hauteur (échelle, escabeau...)
7. Vous étiez en train de marcher ou courir

SI EST TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

CHU9

Suite à votre dernière chute, avez-vous :

1. consulté un médecin généraliste ou spécialiste ?
 2. consulté les urgences ?
 3. été hospitalisé(e) ?
1. Oui
 2. Non

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS

CHU10

Avez-vous peur de [SI N'EST PAS TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS OU NSP OU NVP] < tomber > [SI EST TOMBÉ(E) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS] < retomber > ?

1. Oui
2. Non

SI A PEUR DE TOMBER/RETOMBER

CHU11

En raison de cette peur, avez-vous limité vos déplacements ou vos activités quotidiennes ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

CHU12

Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE

CHU13

Utilisez-vous une aide technique, (comme une canne ou une béquille) pour vous déplacer ?

1. Oui
2. Non

SI UTILISE UNE AIDE TECHNIQUE POUR SE DÉPLACER

CHU14

Qu'utilisez-vous pour vous aider à vous déplacer ?

Plusieurs réponses possibles

1. Une canne ou une béquille
2. Un déambulateur
3. Un fauteuil roulant
4. Un monte escalier électrique

SI UTILISE UNE CANNE OU UNE BÉQUILLE

CHU15

À quelle fréquence utilisez-vous une canne ou une béquille ?

1. À chaque déplacement
2. De temps en temps
3. Rarement

SI UTILISE UN DÉAMBULATEUR**CHU16**

À quelle fréquence utilisez-vous un déambulateur ?

1. À chaque déplacement
2. De temps en temps
3. Rarement

SI UTILISE UN FAUTEUIL ROULANT**CHU17**

À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant ?

1. À chaque déplacement
2. De temps en temps
3. Rarement

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS ET VIT EN FRANCE HEXAGONALE**CHU18**

Possédez-vous un objet connecté pour vous aider au quotidien ou alerter vos proches en cas de chute ou malaise autre que le téléphone ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Oui, une téléalarme ou téléassistance
2. Oui, un autre moyen (canne ou semelle connectée, montre connectée)
3. Non

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS**CHU19**

Savez-vous qu'il est possible de demander une aide financière de l'État pour aménager son logement afin de réduire le risque de chute ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 55 ANS

Il existe plusieurs aides pour aménager son logement comme l'Apas, Allocation personnalisée d'autonomie ou l'aide Anah.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter le site officiel de l'administration française et le site de l'Anah.

ACTIVITÉS PHYSIQUES

Nous allons aborder le sujet de l'activité physique.

SI EN EMPLOI OU EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE**APHY1**

Votre [SI EN EMPLOI] < travail vous demande-t-il > [SI EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE] < formation vous demande-t-elle > de réaliser des efforts physiques^(?) Comme porter des charges lourdes, manipuler des outils, réaliser des travaux manuels ?

1. Oui
2. Non

SI EN EMPLOI OU EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE**APHY2**

Avez-vous la possibilité de pratiquer des activités physiques ou sportives^(?) Séance d'activité organisée ou non [SI EN EMPLOI] < par votre entreprise > [SI EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE] < par votre formation > sur votre [SI EN EMPLOI] < lieu de travail > [SI EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE] < lieu de formation > ?

1. Oui
2. Non

SI A LA POSSIBILITÉ DE PRATIQUER DES ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION**APHY3**

En pratiquez-vous ?

1. Oui
2. Non

SI EN EMPLOI OU EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE**APHY4**

Comment vous rendez-vous généralement sur votre [SI EN EMPLOI] < lieu de travail > [SI EN ÉTUDES, FORMATION OU STAGE] < lieu de formation > ?

Plusieurs réponses possibles.

1. À pied
2. À vélo
3. En trottinette, skate ou autre mode « doux »^(?) gyropode, hoverboard ou équivalent
4. En transport en commun
5. En voiture, moto ou scooter
6. Par un autre moyen
7. Vous ne vous déplacez pas

SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »

APHY5

Dans le cadre de ces trajets, [SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO] < votre vélo est-il électrique > [SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < votre trottinette, skate ou autre mode « doux » est-il électrique > est-il électrique [SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO ET EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < votre vélo, trottinette, skate ou autre mode « doux » sont-ils électriques > ?

1. Oui
2. Non
3. [SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] Certains mais pas tous

APHY6

Comment faites-vous généralement les petits trajets du quotidien^[?] pour aller chercher du pain, aller à la poste ?

Plusieurs réponses possibles.

1. À pied
2. À vélo
3. En trottinette, skate ou autre mode « doux »^[?] gyropode, hoverboard ou équivalent
4. En transport en commun
5. En voiture, moto ou scooter
6. Par un autre moyen

SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »

APHY7

[SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < Dans le cadre de ces petits trajets du quotidien > [SI FAIT GÉNÉRALEMENT LES PETITS TRAJETS DU QUOTIDIEN À VÉLO] < votre vélo est-il électrique > [SI FAIT GÉNÉRALEMENT LES PETITS TRAJETS DU QUOTIDIEN EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < votre trottinette, skate ou autre mode « doux » est-il électrique > est-il électrique [SI FAIT GÉNÉRALEMENT LES PETITS TRAJETS DU QUOTIDIEN À VÉLO ET EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < votre vélo, trottinette, skate ou autre mode « doux » sont-ils électriques > ?

1. Oui
2. Non
3. [SI FAIT GÉNÉRALEMENT LES PETITS TRAJETS DU QUOTIDIEN À VÉLO ET EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] Certains mais pas tous

SI VIT AVEC ENFANT OU PARTENAIRE

APHY8

À quelle fréquence faites-vous des activités physiques en famille telles que balades, jeux actifs, sorties sportives ?

1. Régulièrement
2. De temps en temps
3. Rarement
4. Jamais

APHY9

À quelle fréquence faites-vous une activité physique dans le cadre de vos loisirs [SI PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION] < en dehors de l'activité effectuée sur votre lieu de travail ou de formation > [SI PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION ET SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < et > [SI SE REND GÉNÉRALEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL OU DE FORMATION À VÉLO OU EN Trottinette, SKATE OU AUTRE MODE « DOUX »] < en dehors de vos déplacements > ?

1. Régulièrement
2. De temps en temps
3. Rarement
4. Jamais

SI FAIT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE CADRE DU LOISIR

APHY10

Où faites-vous cette ou ces activités physiques ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Dans un club ou une association
2. Hors structure, en pratique « libre »

APHY11

En moyenne, combien de temps faites-vous de l'activité physique par jour ?

Bien considérer toutes les activités physiques : à domicile, au travail, lors de déplacements, les activités de sport et de loisirs. Ces modalités ont été présentées dans l'ordre inverse dans le questionnaire.

1. Vous n'en faites pas
2. Moins de 30 minutes par jour
3. De 30 à 45 minutes par jour
4. De 45 minutes à 1 heure par jour
5. Plus d'une heure par jour

APHY12

Selon vous, combien de temps par jour est-il recommandé de faire de l'activité physique pour être en bonne santé ?

SAISIR LE TEMPS EN HEURES ET/OU MINUTES

98. Vous ne savez pas
99. Vous ne souhaitez pas répondre

APHY13

Et selon vous, à quelle intensité est-il recommandé de faire de l'activité physique ?

1. Élevée, c'est-à-dire entraînant un essoufflement ou un effort physique important
2. Modérée, c'est-à-dire entraînant un essoufflement ou un effort physique modéré
3. Faible, c'est-à-dire sans essoufflement ou demandant un effort physique faible
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

DIPLÔME ET PCS

Nous allons terminer par quelques questions vous concernant, vous et votre foyer^(?). Pour nous aider à concevoir des actions adaptées aux populations qui en ont besoin, nous devons en savoir un peu plus sur vous : votre profession, vos origines ou encore vos revenus.

DIP

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

[SI MODE CATI] ENQUÊTEUR : CITER, 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

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

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

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

PCS3

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

Saisissez au moins 3 lettres du libellé de votre profession et sélectionnez-le dans la liste. Si vous ne le trouvez pas, cliquez sur « Vous n'avez pas trouvé dans la liste ».

→ LISTE DÉROULANTE DES LIBELLES DE PROFESSION, AVEC AUTOCOMPLÉTION

SI PROFESSION N'EST PAS TROUVÉE DANS LA LISTE

PCS4

Votre profession n'est pas dans la liste. [SI MODE CAWI]

< Veuillez saisir le libellé de profession le plus précis et complet possible. > [SI MODE CATI] < Pouvez-vous me décrire votre profession de la manière la plus précise et complète possible ? >

SI LIBELLÉ FLOU

PCS5

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

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

PCS6

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

1. À votre compte (y compris gérant(e) de société ou chef(fe) d'entreprise salariée)
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] < travaillez >, sans être rémunéré(e), avec un membre de votre famille

SI À 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] < travaillez > 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

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(e) 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, vacation, 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

Parmi les personnes qui contribuent financièrement à votre vie, 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

PCSCDF

Quelle est (ou était) sa catégorie socioprofessionnelle ?

1. Agriculteur(rice) exploitant(e)
2. Artisan(e), commerçant(e) et chef(fe) d'entreprise
3. Cadre et profession intellectuelle supérieure
4. Profession intermédiaire
5. Employé(e)
6. Ouvrier(ère)
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

TÉLÉTRAVAIL

SI TRAVAILLE

TTV1

Dans votre emploi actuel, effectuez-vous du télétravail ?

1. Oui
2. Non

SI FAIT DU TÉLÉTRAVAIL

TTV2

En faites-vous toutes les semaines ?

1. Oui
2. Non

SI FAIT DU TÉLÉTRAVAIL TOUTES LES SEMAINES

TTV3

Combien de jours de télétravail faites-vous en moyenne par semaine^(?) arrondissez au chiffre supérieur si vous effectuez des ½ journées (ex : 1,5 jour = 2 jours) ?

→ MINIMUM 1 – MAXIMUM 7

SI SALARIÉ ET NE FAIT PAS DE TÉLÉTRAVAIL

TTV4

Pour quelle raison n'effectuez-vous pas de télétravail ?

1. Votre emploi n'est pas réalisable à distance
2. Votre employeur ne le permet pas
3. Vous ne souhaitez pas en faire
4. Pour une autre raison

SI FAIT DU TÉLÉTRAVAIL

TTV5

Êtes-vous satisfait(e) de votre pratique du télétravail ?

1. Tout à fait satisfait(e)
2. Plutôt satisfait(e)
3. Plutôt pas satisfait(e)
4. Pas du tout satisfait(e)

STATUT MIGRATOIRE

Nous allons aborder maintenant votre lieu de naissance^(?). Pour nous aider à concevoir des actions adaptées aux populations qui en ont besoin, nous devons en savoir un peu plus sur vous : votre profession, vos origines ou encore vos revenus, et celui de vos parents.

SM1

Où êtes-vous né(e) ?

1. En France hexagonale
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
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI EST NÉ(E) DANS UN DROM OU UNE COM

SM2

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

→ LISTE DÉROULANTE DES DROM/COM AVEC N° ET LIBELLÉ, AVEC AUTOCOMPLÉTION

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
999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI EST NÉ(E) À L'ÉTRANGER

SM3

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

Renseignez les premières lettres puis sélectionnez le pays de votre choix.

→ LISTE DES PAYS, AVEC AUTOCOMPLÉTION

999. Vous ne souhaitez pas répondre

SM4

Quelle est votre nationalité ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Française de naissance
2. Française par acquisition^(?) naturalisation, déclaration, majorité
3. Étrangère
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SM5

Où est né votre père ?

1. En France hexagonale
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
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI PÈRE NÉ DANS UN DROM OU UNE COM

SM6

Dans quel DROM ou COM est-il né ?

→ LISTE DÉROULANTE DES DROM/COM AVEC N° ET LIBELLÉ, AVEC AUTOCOMPLÉTION

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
888. Vous ne savez pas
999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI PÈRE NÉ À L'ÉTRANGER

SM7

Dans quel pays est-il né ?

Renseignez les premières lettres puis sélectionnez le pays de votre choix.

→ LISTE DES PAYS, AVEC AUTOCOMPLÉTION

888. Vous ne savez pas
999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI PÈRE NÉ À L'ÉTRANGER

SM8

Quelle est ou était la nationalité de votre père ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Française de naissance
2. Française par acquisition^(?) naturalisation, déclaration, majorité
3. Étrangère
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SM9

Où est née votre mère ?

1. En France hexagonale
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
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

SI MÈRE NÉE DANS UN DROM OU UNE COM

SM10

Dans quel DROM ou COM est-elle née ?

→ LISTE DÉROULANTE DES DROM/COM AVEC N° ET LIBELLÉ, AVEC AUTOCOMPLÉTION

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
888. Vous ne savez pas
999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI MÈRE NÉE À L'ÉTRANGER

SM11

Dans quel pays est-elle née ?

Renseignez les premières lettres puis sélectionnez le pays de votre choix.

→ LISTE DES PAYS, AVEC AUTOCOMPLÉTION

888. Vous ne savez pas
999. Vous ne souhaitez pas répondre

SI MÈRE NÉE À L'ÉTRANGER

SM12

Quelle est ou était la nationalité de votre mère ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Française de naissance
2. Française par acquisition^(?) naturalisation, déclaration, majorité
3. Étrangère
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

DISCRIMINATIONS

Nous allons maintenant aborder les discriminations de toutes sortes.

DIS1

Pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des 5 dernières années ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non, jamais

SI A SUBI DES TRAITEMENTS INÉGALITAIRES OU DES DISCRIMINATIONS

DIS2

Selon vous, pour quelles raisons avez-vous subi ces traitements inégalitaires ou ces discriminations ?

Plusieurs réponses possibles.

1. votre âge
2. votre sexe (fait d'être un homme ou une femme)
3. Votre état de santé ou un handicap
4. Votre couleur de peau
5. Vos origines ou votre nationalité
6. Votre situation de famille (célibataire, enfants en bas âge)
7. Pour une autre raison (préciser)

SI A SUBI DES TRAITEMENTS INÉGALITAIRES OU DES DISCRIMINATIONS

DIS3

À quelle(s) occasion(s) cette ou ces expériences se sont-elles produites ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Lors d'une recherche d'emploi
2. Lors de la recherche d'un logement
3. Sur votre lieu de travail
4. À l'école, à l'université ou en formation
5. Chez un médecin, professionnel de santé ou à l'hôpital
6. Lors d'une autre situation

RESSOURCES

Nous allons maintenant parler de vos ressources^(?). Pour nous aider à concevoir des actions adaptées aux populations qui en ont besoin, nous devons en savoir un peu plus sur vous : votre profession, vos origines ou encore vos revenus.

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)
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

RS3

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

Les items 1 à 6 étaient présentés si le revenu est inférieur à 1 500 euros par mois et les items 7 à 12 si le revenu est supérieur à 1 500 euros par mois.

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 1 000 € par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 € par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 € par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 € par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 € par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 € par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 € par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 € par mois
12. 7 600 € ou plus par mois
98. Vous ne savez pas
99. Vous ne souhaitez pas répondre

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

SI FINANCIÈREMENT C'EST JUSTE OU Y ARRIVE DIFFICILEMENT OU NE PEUT PAS Y ARRIVER SANS FAIRE DE DETTE

INSA

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été confronté(e) à l'une des situations suivantes par manque d'argent ou d'autres moyens :

1. Être inquiet(e) de ne pas avoir assez à manger ?
2. Ne pas pouvoir manger des aliments nourrissants et bons pour la santé ?
3. Manger presque tous les jours la même chose ?
4. Avoir dû sauter un repas ?
5. Ne pas avoir mangé autant qu'il aurait fallu ?
6. N'avoir plus rien à manger à la maison ?
7. Ne pas avoir mangé alors que vous aviez faim ?
8. N'avoir rien mangé de toute la journée ?
1. Oui
2. Non
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

ADRESSE RÉSIDENCE

CP

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

→ LISTE DÉROULANTE DES COMMUNES (CODE POSTAL ET LIBELLE)

SI NE RÉSIDE PAS DANS L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

TUU

Quelle est la taille de commune dans laquelle vous habitez ?

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

AVIS SUR LE QUESTIONNAIRE

Pour conclure, nous avons quelques questions à vous poser qui nous aideront à améliorer le questionnaire pour les enquêtes à venir.

AVIS1

Avez-vous reçu la lettre annonçant l'enquête envoyée à votre domicile ?

1. Oui
2. Non

SI MAIL DISPONIBLE

AVIS2

Avez-vous reçu le mail annonçant l'enquête ?

1. Oui
2. Non

AVIS3

Comment auriez-vous préféré répondre à ce questionnaire ?

1. C'était très bien comme ça
2. [SI MODE CATI] Par internet
3. [SI MODE CAWI] Par téléphone avec un enquêteur
4. À votre domicile avec un enquêteur
5. Sur papier

Nous souhaiterions également connaître votre utilisation de différents moyens de communication^(?). Cela nous permet de savoir quelles personnes sont plus difficiles à contacter.

INT1

Au cours des 3 derniers mois, en moyenne, à quelle fréquence avez-vous 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

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
5. Vous n'avez pas de téléphone fixe

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
5. Vous n'avez pas de téléphone mobile

AVIS12

Avez-vous des suggestions ou des commentaires pour nous aider à améliorer la qualité de ce questionnaire ?

FIN DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est maintenant terminé.

Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation à l'enquête.

Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter le site internet de l'enquête Baromètre de Santé publique France (barometre-spf.fr). Vous y trouverez de nombreuses informations utiles pour préserver au mieux votre santé.



12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex France
www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 978-2-37986-060-7 - DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2025