

# ÉTUDE PARTICIPATIVE DE SANTÉ - POPULATION RIVERAINE DU BASSIN INDUSTRIEL DE LACQ

## Questionnaire

### SOMMAIRE

---

#### 2 GRILLE DE LECTURE

---

#### 2 INTRODUCTION

---

#### 2 INFORMATIONS INDIVIDUELLES

---

#### 4 INFORMATIONS FOYER

---

#### 5 SANTÉ

5 État de santé général

6 Maladies chroniques (adulte et enfant)

6 Symptômes respiratoires (adulte et enfant)

7 Autres symptômes et problèmes de santé  
(adulte et enfant)

#### 9 ANXIÉTÉ

---

#### 10 QUALITÉ DE VIE

---

#### 12 ENVIRONNEMENT : POLLUTIONS PERÇUES

---

12 Perception des odeurs

13 Perceptions visuelles

14 Perception des bruits

#### 15 AVIS SUR LA POLLUTION INDUSTRIELLE DU BASSIN DE LACQ

---

#### 15 ATTITUDES À L'ÉGARD DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ

---

#### 17 SITUATION PROFESSIONNELLE

---

#### 19 CONSOMMATIONS

19 Tabac

19 Alcool

#### 20 CONDITIONS DE VIE

---

#### 21 FIN DU QUESTIONNAIRE

---

## GRILLE DE LECTURE

Le questionnaire d'enquête est présenté dans son intégralité, à l'exception de questions de contrôle non présentées afin de faciliter la lecture. Il reprend les consignes indiquées sur l'écran des enquêteurs ainsi que les conditions des questions.

## THÈME

### CONDITIONS DE LA QUESTION

### NOM DE LA QUESTION

#### Intitulé de la question

##### Consignes

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

Les éléments entre parenthèses dans les intitulés des questions et sous-questions ainsi que les items de réponse apparaissant entre crochets ne sont pas lus par les enquêteurs.

Les items spécifiques à la non-réponse « Ne sait pas », « Ne souhaite pas répondre » ou « Refus » apparaissant entre double crochet sont proposés en seconde intention.

Le questionnaire pouvait être administré en ligne ou par enquêteur par téléphone ou en face-à-face. Certaines consignes, qui n'étaient affichées que lors de l'administration par enquêteur, sont précédées de la mention « Enquêteur ».

Les questions SG1 à SG3 correspondent au mini-module européen.

Les questions SF1 à SF11 correspondent à l'échelle SF-36v1.3.

Les questions WQ1 à WQ8 correspondent à la section environnement de l'échelle WHOQoL-Bref.

Les questions ANX1 à ANX7 correspondent à l'échelle GAD-7.

## INTRODUCTION

Bienvenue sur le questionnaire de l'étude sur la santé des riverains du bassin industriel de Lacq.

Il est important que seule la personne sélectionnée réponde au questionnaire. Si la personne sélectionnée est en incapacité de répondre, veuillez contacter la hotline.

Le remplissage du questionnaire durera environ trente-cinq minutes. Nous vous remercions d'avance pour votre participation.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude resteront confidentielles.

La participation à l'étude implique de répondre à l'ensemble des questions<sup>1</sup> (des questionnaires partiellement remplis ne seraient pas exploitables pour la réalisation de statistiques).

### Avant de commencer ce questionnaire, faites-vous l'objet d'une mesure de protection de justice (curatelle, tutelle) ?

1. Oui
2. Non

**SI FAIT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION DE JUSTICE** Nous vous remercions infiniment pour votre collaboration, les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection de justice ne peuvent pas répondre à cette enquête. Nous vous souhaitons une agréable fin de journée.

## CONSENT\_MAIL

Accepteriez-vous de nous communiquer votre adresse mail afin que l'on puisse vous recontacter uniquement dans le cadre de cette étude et pour vous partager les résultats ?

1. Oui
2. Non

### SI ACCEPTE DE COMMUNIQUER SON ADRESSE MAIL

**ACCEPT\_MAIL** Merci de saisir votre adresse email ici.

## INFORMATIONS INDIVIDUELLES

Pour débiter, nous allons valider quelques informations personnelles.

## VERIF1

Êtes-vous bien < Prénom/Nom > ?

1. Oui
2. Non

1. Comme la loi en fait la plus stricte obligation, toutes vos réponses resteront confidentielles et sont protégées par le secret statistique. Vos réponses ne seront pas analysées de manière isolée et serviront uniquement à l'établissement de statistiques générales. L'étude a fait l'objet d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) [Décision DR-2023-046 du 11 mai 2023].

**UNIQUEMENT SI ENQUÊTE EN LIGNE (VERIF2 ET QMAIL1)  
S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE**

**VERIF2**

Pouvez-vous nous communiquer l'adresse email de < Prénom/Nom > pour que nous puissions lui faire parvenir ce questionnaire ?

*Nous vous rappelons que ces informations ne seront pas conservées pour les traitements ultérieurs et qu'il est très important pour la qualité et la fiabilité des résultats de ce projet que ce soit la personne sélectionnée qui réponde à ce questionnaire.*

1. Je connais et accepte de transmettre les coordonnées email de < Prénom/Nom >
2. Je ne souhaite pas communiquer les coordonnées email de < Prénom/Nom >
3. Je ne connais pas les coordonnées email de < Prénom/Nom >
4. Autre cas

**SI CONNAÎT ET ACCEPTE DE TRANSMETTRE LES COORDONNÉES EMAIL DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE**

**QMAIL1** Merci de saisir l'adresse email de < Prénom/Nom > pour que nous puissions lui faire parvenir ce questionnaire

**UNIQUEMENT SI ENQUÊTE PAR ENQUÊTEUR (VERIF2B ET QTEL)  
S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE**

**VERIF2B**

Pouvez-vous nous communiquer le numéro de téléphone de < Prénom/Nom > pour que nous puissions le/la contacter si besoin pour répondre au questionnaire ?

*Nous vous rappelons que ces informations ne seront pas conservées pour les traitements ultérieurs et qu'il est très important pour la qualité et la fiabilité des résultats de ce projet que ce soit la personne sélectionnée qui réponde à ce questionnaire.*

1. Je connais et accepte de transmettre les coordonnées téléphoniques de < Prénom/Nom >
2. Je ne souhaite pas communiquer les coordonnées téléphoniques de < Prénom/Nom >
3. Je ne connais pas les coordonnées téléphoniques de < Prénom/Nom >
4. Autre cas

**SI CONNAÎT ET ACCEPTE DE TRANSMETTRE LES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE**

**QTEL** Merci de saisir le numéro de téléphone de < Prénom/Nom >.

Nous vous remercions de votre aide. Nous allons maintenant contacter < Prénom/Nom > pour qu'il/elle puisse répondre à cette enquête.

**SI NE CONNAÎT PAS OU N'ACCEPTE PAS DE TRANSMETTRE LES COORDONNÉES EMAIL OU TÉLÉPHONIQUES DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE**

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré.

**SI AUTRE CAS CONCERNANT LA TRANSMISSION DES COORDONNÉES EMAIL OU TÉLÉPHONIQUES DE LA PERSONNE SÉLECTIONNÉE** Pour pouvoir poursuivre le questionnaire merci de contacter la hotline par mail [contact@etudesantelacq.fr](mailto:contact@etudesantelacq.fr) ou par téléphone 0800 943713.

**VERIF3**

Quel âge avez-vous ?

1.
2. [[Refuse de répondre]]

**SI ÂGE MOINS DE 18 ANS OU NON CONFIRMÉ** Nous vous remercions pour votre collaboration, mais cette enquête s'adresse aux personnes de 18 ans ou plus. Nous vous souhaitons une agréable fin de journée.

**SI ÂGE DE 18 ANS OU PLUS**

**VERIF4**

Quelle est votre commune de résidence principale ? Il s'agit de la commune où vous vivez plus de six mois par an.

1. < Commune > (liste déroulante + carte des 99 communes éligibles)
2. Autre commune du département 64
3. Autre département
4. [[Refuse de répondre]]

**SI NE RÉSIDE PAS DANS LA ZONE D'ÉTUDE** Nous vous remercions pour votre collaboration, mais cette enquête s'adresse aux personnes ayant leur résidence principale dans l'une des communes de notre zone d'étude précise. Nous vous souhaitons une agréable fin de journée.

**SI RÉSIDE DANS LA ZONE D'ÉTUDE**

**VERIF5**

Depuis combien de temps, même approximativement, habitez-vous dans cette commune ?

1. Moins de 6 mois
2. Entre 6 et 12 mois
3. Entre 1 et 5 ans
4. Entre 5 et 10 ans
5. Entre 10 et 30 ans
6. 30 ans ou plus
7. [[Refuse de répondre]]

**SI RÉSIDE DANS LA ZONE DEPUIS MOINS DE SIX MOIS OU REFUSE DE RÉPONDRE**

Nous vous remercions pour votre collaboration, mais cette enquête s'adresse aux personnes vivant dans les communes de la zone de l'étude depuis au moins six mois. Nous vous souhaitons une agréable fin de journée.

**VERIF6**

Au cours des huit dernières semaines, avez-vous résidé dans un autre logement, pour des vacances, pour un déplacement professionnel ou pour une autre raison ?

1. Oui
2. Non
3. [[Refuse de répondre]]

**SI A RÉSIDÉ DANS UN AUTRE LOGEMENT AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES****VERIF7**

Pendant combien de temps ?

*Si vous n'êtes pas sûr(e), indiquez le nombre de jours approximatif*

|\_|\_|\_| jours (total de jours si plusieurs épisodes)

**INFORMATIONS FOYER**

Nous allons tout d'abord vous poser des questions sur votre foyer.

**INF1**

Vous êtes...

1. Un homme
2. Une femme

**SI RÉSIDÉ DANS LA ZONE D'ÉTUDE DEPUIS MOINS DE 10 ANS****INF2**

Avant de venir vivre à < Commune > habitez-vous dans une autre commune dans les Pyrénées-Atlantiques (64) ?

1. Oui
2. Non

**SI COMMUNE DE RÉSIDENCE PRÉCÉDENTE DANS LES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES****INF3**

Dans quelle commune habitez-vous avant de venir vivre à < Commune > ?

1. < Commune > (liste déroulante + item « Autre »)
2. [[Refuse de répondre]]

**SI COMMUNE DE RÉSIDENCE PRÉCÉDENTE DANS LA ZONE D'ÉTUDE****INF4**

Combien de temps, même approximativement, avez-vous habité dans cette commune ?

1. Moins de 6 mois
2. Entre 6 et 12 mois
3. Entre 1 et 5 ans
4. Entre 5 et 10 ans
5. Entre 10 et 30 ans
6. 30 ans ou plus
7. [[Refuse de répondre]]

**INF5**

Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ? (Compter les enfants en garde alternée)

*En cas de doute, si plusieurs domiciles, prendre celui le domicile considéré comme principal; à défaut, celui dans lequel la personne réside le plus souvent.*

1. |\_|\_|\_|
2. [[Refuse de répondre]]

**SI PLUSIEURS PERSONNES RÉSIDENT DANS LE FOYER****INF6**

Combien d'enfants âgés de moins de 18 ans résident actuellement avec vous ?

*Il s'agit des enfants dont l'âge est strictement inférieur à 18 ans*

1. |\_|\_|\_|
2. [[Refuse de répondre]]

**SI DES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS RÉSIDENT DANS LE FOYER****INF6B**

Quels sont l'âge et le sexe de chacun des enfants qui vivent avec vous dans votre logement ?

*Si vous avez un enfant de moins d'un an dans votre foyer coder 0 pour l'âge*

Enfant	Sexe (H/F)	Âge (en années)
1	1. Garçon 2. Fille	_ _ _
2	1. Garçon 2. Fille	_ _ _
...		

**SI UN ENFANT DANS LE FOYER****INF7**

Êtes-vous le responsable légal de cet enfant ?

*Responsable légal = parent ou tuteur*

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI PLUSIEURS ENFANTS DANS LE FOYER****INF7B**

**BOUCLE :** Afficher les enfants de moins de 18 ans qui vivent dans le logement

Êtes-vous le responsable légal de l'enfant de sexe < Sexe > et âge < Âge > ?

*Responsable légal = parent ou tuteur*

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI EST LE RESPONSABLE LÉGAL ET ACCEPTE DE RÉPONDRE POUR L'ENFANT**

**INF8**

Dans cette enquête, nous souhaitons recueillir des informations, par l'intermédiaire des adultes enquêtés, sur la santé des enfants résidant dans la zone d'étude.

Êtes-vous d'accord pour répondre à quelques questions concernant la santé de votre enfant/l'un de vos enfants ?

*Enquêteur: avant de coder le refus, il est nécessaire de rappeler qu'il est important pour l'enquête d'avoir des informations concernant la santé des enfants.*

1. Oui
2. Non

**SI ACCEPTE DE DONNER DES INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DES ENFANTS ET PLUSIEURS ENFANTS DANS LE FOYER**

**INF9**

Dans cet objectif, nous allons maintenant tirer au sort un enfant.

L'enfant sélectionné, pour lequel nous vous poserons des questions, s'affiche ci-dessous :

< Numéro du membre du foyer, sexe, âge >

**SI LE RÉPONDANT ACCEPTE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS PORTANT SUR SON ENFANT**

Vous avez dû recevoir dans le courrier vous informant de cette étude, deux documents complémentaires destinés à présenter l'étude à votre enfant ainsi qu'au second titulaire de l'autorité parentale de votre enfant, le cas échéant. En répondant à ce questionnaire, vous devez leur remettre ces informations, si vous ne l'avez pas déjà fait, afin qu'ils prennent connaissance de leurs droits.

**PRENENF**

Dans la suite du questionnaire, certaines questions concerneront la santé de votre enfant dont vous avez déclaré être le responsable légal et pour en faciliter la compréhension, nous aurions besoin de son prénom.

Pouvez-vous me le communiquer ?

*Si vous préférez vous pouvez mettre uniquement des initiales. Nous avons besoin de cette information pour faciliter la compréhension dans la suite du questionnaire.*

Prénom enfant: .....

**SANTÉ**

Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la ressentez.

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** Les questions sur la santé de votre enfant seront posées ultérieurement.

**ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL**

**SG1**

Comment est votre état de santé en général ?

*Enquêteur: citer*

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SG2**

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

*Une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer au moins six mois*

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SG3**

Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

*Enquêteur: citer*

1. Oui, fortement limité(e)
2. Oui, limité(e), mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## MALADIES CHRONIQUES (ADULTE ET ENFANT)

### PATH01

Au cours des douze derniers mois, avez-vous un (ou des) problème(s) de santé durable(s) de la liste suivante ?

*Nous entendons par là qu'un médecin l'a diagnostiqué (pas forcément au cours des douze derniers mois), et que vous avez été ou êtes actuellement traité(e) pour cette maladie ou ce problème.*

Enquêteur: citer

#### Maladies ou problèmes cardiovasculaires

1. Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles d'infarctus
2. Maladies des artères coronaires, angine de poitrine
3. Hypertension artérielle
4. Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale) ou séquelle d'AVC ou d'attaque cérébrale
5. Insuffisance cardiaque
6. Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)
7. Troubles du rythme
8. Autres maladies ou problèmes cardiovasculaires

#### Maladies respiratoires et allergiques

9. Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
10. Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
11. Allergie (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire
12. Autres maladies respiratoires

#### Maladies ou problèmes neurologiques

13. Épilepsie
14. Maladie d'Alzheimer et autres maladies du même type
15. Maladie de Parkinson
16. Sclérose en plaques
17. Autres maladies ou problèmes neurologiques

#### Autres maladies ou problèmes

18. Maladie chronique de la peau : eczéma, psoriasis, etc.
19. Diabète
20. Cancer d'un organe ou du sang
21. Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
22. Dépression
23. Anxiété
24. Insuffisance rénale
25. Autres maladies (préciser)
26. [Aucun problème de santé ou maladie]

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** Parlons maintenant de < Prénom enfant >.

### PATH01\_B

Au cours des douze derniers mois, votre enfant < Prénom enfant > a-t-il eu un (ou des) problème(s) de santé durable(s) de la liste suivante ?

*Nous entendons par là qu'un médecin l'a diagnostiqué (pas forcément au cours des douze derniers mois), et que votre enfant a été ou est actuellement traité(e) pour cette maladie ou ce problème.*

Enquêteur: citer

1. Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
2. Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
3. Allergie (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire
4. Autres maladies respiratoires
5. Maladie chronique de la peau : eczéma, psoriasis, etc.
6. Troubles du neurodéveloppementaux, troubles du spectre de l'autisme
7. Autres maladies (préciser)
8. [Aucun problème de santé ou maladie]

#### SI DÉCLARE UN CANCER DIAGNOSTIQUÉ

### PATH02

De quel(s) cancer(s) s'agit-il ?

Enquêteur: plusieurs réponses possibles

1. Cancer du poumon
2. Cancer colorectal
3. Cancer de la prostate
4. Cancer du sein
5. Cancer du sang (leucémie, lymphome ou myélome)
6. Mésothéliome
7. Cancer de la peau
8. Autre cancer (préciser)

## SYMPTÔMES RESPIRATOIRES (ADULTE ET ENFANT)

Les questions qui suivent portent sur votre santé respiratoire **SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** < et, dans un second temps, porteront sur celle de votre enfant >.

### RESPI1

Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

**SI SIFFLEMENTS DANS LA POITRINE**

**RESPI2**

Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

1. Oui
2. Non

**RESPI3**

Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

**RESPI4**

Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

**RESPI5**

Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

**RESPI6**

Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des douze derniers mois ?

1. Oui
2. Non

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** Parlons maintenant de < Prénom enfant >.

**SI L'ENFANT A ENTRE 3 ET 17 ANS**

**RESPIENF1**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?

1. Oui
2. Non

**RESPIENF2**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine pendant ou après un effort ?

1. Oui
2. Non

**RESPIENF3**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu une toux sèche la nuit alors qu'il n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhinopharyngite, ni grippe...)?

1. Oui
2. Non

**SI L'ENFANT A MOINS DE 3 ANS**

**RESPIENF1B**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine ?

1. Oui
2. Non

**RESPIENF2B**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu une toux sèche la nuit alors qu'il n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhinopharyngite, ni grippe...)?

1. Oui
2. Non

**RESPIENF3B**

Durant les douze derniers mois, votre enfant a-t-il eu une bronchiolite ?

1. Oui
2. Non

**SI L'ENFANT A EU UNE BRONCHIOLITE**

**RESPIENF4B**

Depuis sa naissance, combien d'épisodes de bronchiolite votre enfant a-t-il eus ?

1. |\_|\_|\_|
2. Ne sait pas

**AUTRES SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DE SANTÉ (ADULTE ET ENFANT)**

**ST**

Voici différents problèmes de santé qui ont pu vous incommoder. Au cours des deux derniers mois, avez-vous ressenti les symptômes suivants ?

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** Au cours des deux derniers mois, est-ce que vous ou votre enfant avez ressenti les symptômes suivants ?

Cochez-le ou les symptômes que vous **SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** < et/ou votre enfant > avez ressenti(s) dans les deux derniers mois

	1. Vous avez ressenti ce ou ces symptôme(s)	2. Votre enfant a ressenti ce ou ces symptôme(s)
1. Maux de tête		
2. Malaises		
3. Troubles du sommeil		
4. Épisodes ou quintes de toux		
5. Troubles digestifs : douleurs abdominales, nausées (envie de vomir) chroniques, vomissements, constipation, diarrhées		
6. Troubles relatifs à la gorge : picotements de la gorge, difficultés à avaler, ganglions gonflés ou douloureux dans le cou		
7. Troubles relatifs à la bouche : picotement de la langue, aphtes, irritations, bouche sèche		
8. Goût inhabituel (ex : métallique) dans la bouche		
9. Troubles relatifs au nez : picotements ou démangeaisons, écoulement nasal, éternuement, nez bouché		
10. Saignement de nez		
11. Troubles relatifs à l'appareil auditif : bourdonnements ou sifflements d'oreille, douleurs auditives		
12. Troubles relatifs aux yeux : sensations de brûlure et de sécheresse de l'œil, rougeur, larmolements, démangeaisons		
13. Troubles relatifs à la peau : éruptions, rougeurs ou démangeaisons		
14. Autre symptôme		
15. Aucun symptôme		

**SI UN AUTRE SYMPTÔME EST DÉCLARÉ POUR L'ADULTE**

### ST17

Quel(s) autre(s) symptôme(s) avez-vous ressenti dans les deux derniers mois ? (Préciser)

**SI UN AUTRE SYMPTÔME EST DÉCLARÉ POUR L'ENFANT**

### ST18

Quel(s) autre(s) symptôme(s) a ressenti votre enfant dans les deux derniers mois ? (Préciser)

### FREQ/FREQ\_ENF

**BOUCLE** : pour chaque symptôme déclaré chez l'adulte puis chez l'enfant

À quelle fréquence ce ou ces symptôme(s) se manifestent-ils chez vous **SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** < et/ou votre enfant > ?

	1. Tous les jours ou presque	2. Environ une fois par semaine	3. Environ une fois par mois	4. Moins d'une fois par mois
1. Maux de tête				
2. Malaises				
3. Troubles du sommeil				
4. Épisodes ou quintes de toux				
5. Troubles digestifs : douleurs abdominales, nausées (envie de vomir) chroniques, vomissements, constipation, diarrhées				
6. Troubles relatifs à la gorge : picotements de la gorge, difficultés à avaler, ganglions gonflés ou douloureux dans le cou				
7. Troubles relatifs à la bouche : picotement de la langue, aphtes, irritations, bouche sèche				
8. Goût inhabituel (ex : métallique) dans la bouche				
9. Troubles relatifs au nez : picotements ou démangeaisons, écoulement nasal, éternuement, nez bouché				
10. Saignement de nez				
11. Troubles relatifs à l'appareil auditif : bourdonnements ou sifflements d'oreille, douleurs auditives				

	1. <i>Tous les jours ou presque</i>	2. <i>Environ une fois par semaine</i>	3. <i>Environ une fois par mois</i>	4. <i>Moins d'une fois par mois</i>
12. Troubles relatifs aux yeux : sensations de brûlure et de sécheresse de l'œil, rougeur, larmoiements, démangeaisons				
13. Troubles relatifs à la peau : éruptions, rougeurs ou démangeaisons				
14. Autre symptôme				

### ST21

Est-ce qu'un symptôme vous gêne habituellement mais ne s'est pas manifesté dans les deux derniers mois ?

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE** Est-ce qu'un symptôme gêne habituellement < Prénom enfant > mais ne s'est pas manifesté dans les deux derniers mois ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]

**SI UN SYMPTÔME GÊNE HABITUELLEMENT LA PERSONNE ENQUÊTÉE ET/ L'ENFANT SÉLECTIONNÉ MAIS NE S'EST PAS MANIFESTÉ DANS LES DEUX DERNIERS MOIS**

### ST22

**BOUCLE : adulte puis enfant**

Lequel principalement ? (Préciser)

**ADULTE : SI SYMPTÔME PRÉSENT HABITUELLEMENT MAIS NON RES-SENTI DANS LES 2 MOIS** À propos de l'ensemble des symptômes que vous avez déclarés

### ST27

Face à ce ou ces symptôme(s) vous concernant, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

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

**SI N'A PAS CONSULTÉ DE MÉDECIN**

### ST27\_B

Face à ce ou ces symptôme(s) vous concernant, avez-vous consulté un autre professionnel de santé ?

1. Oui (préciser)
2. Aucun

**ENFANTS : SI SYMPTÔME PRÉSENT HABITUELLEMENT MAIS NON RES-SENTI DANS LES 2 MOIS** À propos de l'ensemble des symptômes déclarés l'enfant

### ST30

Face à ce ou ces symptôme(s) concernant < Prénom enfant >, a-t-il consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

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

**SI N'A PAS CONSULTÉ DE MÉDECIN**

### ST30\_B

Face à ce ou ces symptôme(s) < Prénom enfant >, a-t-il consulté un autre professionnel de santé ?

1. Oui (préciser)
2. Aucun

## ANXIÉTÉ

Les questions qui suivent portent sur un autre sujet de santé.

### ANX

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension
  2. Une incapacité à arrêter de vous inquiéter ou à contrôler vos inquiétudes
  3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses
  4. Des difficultés à vous détendre
  5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place
  6. Une tendance à être facilement contrarié ou irritable
  7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire
1. Jamais
  2. Plusieurs jours
  3. Plus de la moitié du temps
  4. Presque tous les jours

## QUALITÉ DE VIE

Les questions qui suivent portent sur  **votre santé, telle que vous la ressentez**. Certaines questions se ressemblent, mais il est important de répondre à toutes les questions car ces informations nous permettront de mieux savoir **comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours**.

### SF1

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1. excellente ?
2. très bonne ?
3. bonne ?
4. médiocre ?
5. mauvaise ?

### SF2

Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

1. Bien meilleur que l'an dernier
2. Plutôt meilleur
3. À peu près pareil
4. Plutôt moins bon
5. Beaucoup moins bon

### SF3

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.

Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. **Efforts physiques importants** tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport
2. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules
3. Soulever et porter les courses
4. Monter **plusieurs étages** par l'escalier
5. Monter **un étage** par l'escalier
6. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir
7. Marcher **plus d'un km** à pied
8. Marcher **plusieurs centaines de mètres**
9. Marcher **une centaine de mètres**
10. Prendre un bain, une douche ou s'habiller
  1. Oui, beaucoup limité(e)
  2. Oui, un peu limité(e)
  3. Non, pas du tout limité(e)

### SF4

Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique,

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ?
2. avez-vous **accompli moins** de choses que vous l'auriez souhaité ?
3. avez-vous dû arrêter de faire **certaines** choses ?
4. avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité ? (Par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)
  1. Oui
  2. Non

### SF5

Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ?
2. avez-vous **accompli moins** de choses que vous l'auriez souhaité ?
3. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec **autant de soin et d'attention** que d'habitude ?
  1. Oui
  2. Non

### SF6

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il **gêné(e)** dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. Pas du tout
2. Un petit peu
3. Moyennement
4. Beaucoup
5. Énormément

### SF7

Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

1. Nulle
2. Très faible
3. Faible
4. Moyenne
5. Grande
6. Très grande

## SF8

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1. Pas du tout
2. Un petit peu
3. Moyennement
4. Beaucoup
5. Énormément

## SF9

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines.

*Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.*

Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. vous vous êtes senti(e) dynamique ?
  2. vous vous êtes senti(e) très nerveux/nerveuse ?
  3. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
  4. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?
  5. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?
  6. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?
  7. vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?
  8. vous vous êtes senti(e) heureux/heureuse ?
  9. vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?
1. En permanence
  2. Très souvent
  3. Souvent
  4. Quelquefois
  5. Rarement
  6. Jamais

## SF10

Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. En permanence
2. Une bonne partie du temps
3. De temps en temps
4. Rarement
5. Jamais

## SF11

Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas.

*Cochez une seule réponse par ligne*

1. Je tombe malade plus facilement que les autres
  2. Je me porte aussi bien que n'importe qui
  3. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade
  4. Je suis en excellente santé
1. Totalement vraie
  2. Plutôt vraie
  3. Je ne sais pas
  4. Plutôt fausse
  5. Totalement fausse

## WQ

Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas.

*Cochez une seule réponse par ligne*

Les questions suivantes portent sur un certain nombre de situations ou réflexions que vous avez pu rencontrer ou aborder au cours des deux dernières semaines.

**WQ1.** Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

**WQ2.** Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Tout à fait

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous avez été en mesure de faire ou gérer certaines choses au cours des deux dernières semaines.

**WQ3.** Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

**WQ4.** Avez-vous le sentiment d'être assez informé(e) pour faire face à la vie de tous les jours ?

**WQ5.** Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Suffisamment
4. Beaucoup
5. Tout à fait

## WQ6

Êtes-vous satisfait(e) de l'endroit où vous vivez ?

1. Pas du tout satisfait
2. Pas satisfait
3. Ni satisfait ni insatisfait
4. Satisfait
5. Très satisfait

**WQ7**

Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Tout à fait

**WQ8**

Êtes-vous satisfait(e) de vos moyens de transport ?

1. Pas du tout satisfait
2. Pas satisfait
3. Ni satisfait ni insatisfait
4. Satisfait
5. Très satisfait

**ENVIRONNEMENT : POLLUTIONS PERÇUES****PERCEPTION DES ODEURS**

Nous allons maintenant parler de votre environnement tel que vous le percevez. Quand nous parlons des « activités industrielles du bassin de Lacq », cela concerne l'ensemble des plateformes industrielles des communes de Lacq, Mont, Pardies, Noguères ou Mourenx.

**P01**

Depuis votre domicile (maison, terrasse, jardin...), vous arrive-t-il de sentir des mauvaises odeurs venant de l'extérieur ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI PERCEPTION DE MAUVAISES ODEURS****P02**

Selon vous, de quelle(s) source(s) proviennent ces odeurs ?

*Plusieurs réponses possibles*

1. Du voisinage (égouts/fosse septique, poubelles, feux de jardin, brûlage de déchets, animaux, activités des voisins)
2. De la station d'épuration urbaine (hors industrie)
3. Des activités industrielles du bassin de Lacq
4. D'autres activités industrielles (hors bassin de Lacq)
5. Du trafic ferroviaire
6. Du trafic routier
7. Des activités agricoles
8. Autre (préciser)
9. [[Vous ne savez pas]]
10. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI PERCEPTION DE MAUVAISES ODEURS SANS SOURCE PARTICULIÈRE IDENTIFIÉE****P03**

Êtes-vous gêné(e) par ces mauvaises odeurs perçues depuis votre domicile ?

1. Oui
2. Non

**SI AU MOINS UNE SOURCE DE MAUVAISES ODEURS IDENTIFIÉE****P04**

Êtes-vous gêné(e) par les mauvaises odeurs provenant :

**AFFICHER UNIQUEMENT LES SOURCES IDENTIFIÉES**

1. du voisinage (égouts/fosse septique, poubelles, feux de jardin, brûlage de déchets, animaux, activités des voisins) ?
  2. de la station d'épuration urbaine (hors industrie) ?
  3. des activités industrielles du bassin de Lacq ?
  4. d'autres activités industrielles (hors bassin de Lacq) ?
  5. du trafic ferroviaire ?
  6. du trafic routier ?
  7. des activités agricoles ?
  8. d'une autre source ?
1. Oui
  2. Non

**SI ATTRIBUTION DES ODEURS AUX ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ (P05 À P09)**

**P05**

Quand ressentez-vous principalement ces odeurs provenant des activités industrielles du bassin de Lacq ?

*Plusieurs réponses possibles*

1. Le jour
2. La nuit
3. En semaine
4. Le week-end
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**P06**

Généralement, à quelle fréquence percevez-vous ces odeurs provenant des activités industrielles ?

1. Tous les jours ou presque
2. Environ une fois par semaine
3. Environ une fois par mois
4. Moins d'une fois par mois
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**P07**

Généralement, quelle est l'intensité de ces odeurs provenant des activités industrielles ?

1. Très faible
2. Faible
3. Moyenne
4. Forte
5. Très forte
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**P08**

Généralement, pendant combien de temps percevez-vous ces odeurs ?

1. Moins d'une heure
2. Entre une heure et 6 heures
3. Entre 6 heures et 12 heures
4. Entre 12 heures et 24 heures
5. Plus de 24 heures
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**P09**

À quelle odeur connue vous fait penser le type d'odeurs que vous percevez le plus souvent ?

*Plusieurs réponses possibles*

*Enquêteur: citer en oui/non*

1. Égouts/soufre/œuf pourri
2. Gaz de ville
3. Choux
4. Pain/biscuit
5. Daube
6. Acide/piquant
7. Alcool
8. Autre (préciser)
9. [[Vous ne savez pas]]
10. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**PERCEPTIONS VISUELLES**

**PV1**

Depuis votre domicile (maison, terrasse, jardin...), que voyez-vous des plateformes du bassin industriel de Lacq ?

*Enquêteur: citer*

1. Bâtiments industriels
  2. Cheminées
  3. Lumières provenant des industries le jour
  4. Lumières provenant des industries (la nuit)
  5. Torchage le jour
  6. Torchage la nuit
  7. Fumées
  8. Trafic routier ou ferroviaire
  9. Autre (préciser)
1. Oui
  2. Non

**SI PERCEPTION D'AU MOINS UN ÉLÉMENT VISUEL**

**PV2**

Êtes-vous gêné(e) visuellement par les éléments suivants ?

**AFFICHER UNIQUEMENT LES ÉLÉMENTS PERÇUS**

*Enquêteur: citer*

1. Bâtiments industriels
  2. Cheminées
  3. Lumières provenant des industries le jour
  4. Lumières provenant des industries (la nuit)
  5. Torchage le jour
  6. Torchage la nuit
  7. Fumées
  8. Trafic routier ou ferroviaire
  9. Autre (préciser)
1. Oui
  2. Non

**PV3**

Observez-vous des dépôts sur les surfaces extérieures à proximité directe de votre domicile (voiture, terrasse) tels que :

*Enquêteur: citer*

1. des particules solides (hors sables du Sahara) ?
2. des substances huileuses ou poussières grasses ?
1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI DÉPÔTS OBSERVÉS****PV4**

Concernant ces dépôts, à quelle fréquence les observez-vous ?

1. Tous les jours ou presque
2. Environ une fois par semaine
3. Environ une fois par mois
4. Moins d'une fois par mois
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**PERCEPTION DES BRUITS****PB1**

Depuis votre domicile (maison, terrasse, jardin...), vous arrive-t-il de percevoir des bruits désagréables venant de l'extérieur ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI PERCEPTION DE BRUITS DÉSAGRÉABLES****PB2**

D'après vous de quelle(s) source(s) proviennent ces bruits ?

*Plusieurs réponses possibles*

1. Voisinage (animaux domestiques, chasseurs, tondeuses, travaux, construction, chantiers)
2. Activités industrielles du bassin industriel de Lacq
3. Autres activités industrielles (hors bassin de Lacq)
4. Trafic ferroviaire
5. Trafic routier
6. Trafic aérien (avions civils et militaires, hélicoptères)
7. Activités agricoles
8. Autre (préciser)
9. [[Vous ne savez pas]]
10. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI ATTRIBUTION DES BRUITS DÉSAGRÉABLES AUX ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ****PB3**

Quels sont plus précisément les bruits provenant des activités industrielles du bassin de Lacq que vous percevez ?

*Plusieurs réponses possibles*

*Enquêteur: citer en oui/non*

1. Bruit de fond des usines
2. Des sirènes (alarmes)
3. Des exercices
4. Autre (préciser)

**SI PERCEPTION DE BRUITS DÉSAGRÉABLES SANS SOURCE PARTICULIÈRE IDENTIFIÉE****PB4**

Êtes-vous gêné(e) par ces bruits que vous percevez depuis votre domicile ?

1. Oui
2. Non

**SI AU MOINS UNE SOURCE DE BRUITS IDENTIFIÉE****PB5**

Êtes-vous gêné(e) par les bruits provenant :

**AFFICHER UNIQUEMENT LES SOURCES IDENTIFIÉES**

1. du voisinage (animaux domestiques, chasseurs, tondeuses, travaux, construction, chantiers) ?
2. des activités industrielles du bassin industriel de Lacq ?
3. d'autres activités industrielles (hors bassin industriel de Lacq) ?
4. du trafic ferroviaire ?
5. du trafic routier ?
6. du trafic aérien (avions civils et militaires, hélicoptères) ?
7. des activités agricoles ?
8. d'une autre source ? (Préciser)

1. Oui
2. Non

**SI ATTRIBUTION DE BRUITS AUX ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ (PB6 À PB8)****PB6**

Percevez-vous les bruits provenant des activités industrielles

*Plusieurs réponses possibles*

1. en pleine journée ?
2. la nuit ?
3. en semaine ?
4. le week-end ?
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PB7

Généralement, à quelle fréquence percevez-vous ces bruits provenant des activités industrielles ?

1. Tous les jours ou presque
2. Environ une fois par semaine
3. Environ une fois par mois
4. Moins d'une fois par mois
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PB8

Généralement, quelle est l'intensité de ces bruits provenant des activités industrielles ?

1. Très faible
2. Faible
3. Moyenne
4. Forte
5. Très forte
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## AVIS SUR LA POLLUTION INDUSTRIELLE DU BASSIN DE LACQ

### PP1

À propos des affirmations suivantes,

1. Les anciennes activités du bassin industriel de Lacq ont pollué l'environnement par le passé.
2. Les activités industrielles actuelles génèrent une pollution de l'environnement.
3. La qualité de l'air extérieur est actuellement dégradée à cause des activités du bassin industriel.
4. La qualité des cours d'eau, de l'eau de pluie et/ou des nappes phréatiques est actuellement dégradée à cause des activités du bassin industriel.
5. La qualité des sols est actuellement dégradée à cause des activités du bassin industriel.
6. Les rejets du bassin industriel ont actuellement un effet nuisible sur la végétation (décolorée, brûlée, etc.).

êtes-vous :

1. tout à fait d'accord ?
2. plutôt d'accord ?
3. plutôt pas d'accord ?
4. pas du tout d'accord ?
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PP2

Diriez-vous que votre environnement aujourd'hui est :

1. moins pollué que par le passé ?
2. autant pollué que par le passé ?
3. plus pollué que par le passé ?
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PP3

Diriez-vous que votre environnement aujourd'hui est :

« Une grande ville » comme Bordeaux par exemple

1. moins pollué que celui d'une grande ville ?
2. autant pollué que celui d'une grande ville ?
3. plus pollué que celui d'une grande ville ?
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PP4

Pensez-vous que la question des revenus et emplois générés par le bassin industriel de Lacq est :

1. moins importante que les questions de pollution de l'environnement ?
2. aussi importante que les questions de pollution de l'environnement ?
3. plus importante que les questions de pollution de l'environnement ?
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## ATTITUDES À L'ÉGARD DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ

Les questions suivantes portent sur des interrogations que vous pourriez avoir au sujet du bassin industriel de Lacq.

### ATT1

Êtes-vous inquiet(e) de la qualité de votre environnement du fait des activités du bassin industriel de Lacq ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Moyennement
4. Beaucoup

### ATT2

Pensez-vous que vous avez été ou que vous êtes actuellement exposé(e) aux rejets des activités des industries ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**ATT3**

Êtes-vous inquiet(e) des éventuels effets sur la santé, pour vous ou votre famille, qui pourraient être liés aux activités du bassin industriel de Lacq ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Moyennement
4. Beaucoup

**ATT4**

Êtes-vous inquiet(e) vis-à-vis d'un risque d'accident (comme une explosion) dans une industrie du bassin industriel ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Moyennement
4. Beaucoup

**ATT5**

Selon vous, les activités du bassin industriel sont-elles la cause de problèmes de santé pour vous et de votre famille ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**ATT7**

Avez-vous déjà pensé à déménager du fait de la présence de sites industriels dans votre environnement ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI DÉCLARE PERCEVOIR DES ODEURS, DES BRUITS OU AVOIR DES PERCEPTIONS VISUELLES DÉSAGRÉABLES****ATT8**

Est-ce que les odeurs, la vue ou le bruit que vous percevez vous conduisent ponctuellement :

1. à fermer vos fenêtres ?
2. **SI DÉCLARE PERCEVOIR DES ODEURS DÉSAGRÉABLES** boucher ou éteindre la VMC ?
3. à partir temporairement de votre logement ?
4. à éloigner temporairement vos enfants de votre logement ?
5. **SI DÉCLARE PERCEVOIR DES ODEURS DÉSAGRÉABLES** à déposer un signalement sur la plateforme Signal'Air (anciennement ODO) ?
6. à limiter vos contacts sociaux ou ne pas inviter quelqu'un chez vous ?
7. à modifier vos activités (moins sortir, faire moins de sport...)?
8. **SI DÉCLARE PERCEVOIR DES ODEURS DÉSAGRÉABLES** à couper l'aération dans votre voiture ?
9. autre (préciser)
  1. Jamais
  2. Parfois
  3. Souvent
  4. Tout le temps
  5. Non concerné

**ATT9**

Pensez-vous être suffisamment informé(e) au sujet de l'impact potentiel des activités industrielles sur l'environnement et la santé ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## ATT10

Quelles sont les sources d'information que vous consultez habituellement pour vous renseigner sur l'environnement et la santé en lien avec les activités du bassin industriel de Lacq ?

*Plusieurs réponses possibles*

Enquêteur: citer

1. Presse écrite (journal)
2. Radio
3. Recherche sur internet
4. Réseaux industriels (bulletin d'information nuisance et odeurs « Univers Lacq »...)
5. Réseaux sociaux (comme Facebook, ...)
6. Réseaux associatifs
7. Relations autres que milieux associatifs (parents/amis)
8. Mairie
9. Préfecture
10. Professionnel(s) de santé (préciser)
11. Autre (préciser)
12. Aucun
13. [[Vous ne savez pas]]
14. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## ATT11

Par qui ou par quelle structure aimeriez-vous être informé(e) ? (Préciser)

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Nous nous intéressons maintenant à votre situation professionnelle

### DIP

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

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
13. [[Vous ne savez pas]]
14. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## PCS1

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

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

*Si vous êtes en congé (maladie, parental, adoption ou formation) depuis moins de 6 mois, veuillez répondre « en emploi ».*

*Si vous aidez un membre de votre famille sans être rémunéré (e), veuillez répondre « en emploi ».*

*Si vous êtes en formation rémunérée par Pôle Emploi, veuillez répondre « au chômage ».*

1. En emploi
2. En études, formation ou stage
3. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
4. Retraité(e), préretraité(e) ou retiré(e) des affaires
5. Femme ou homme au foyer
6. Inactif(ve) pour invalidité ? (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 au moins à mi-temps pendant au moins 6 mois ?

1. Oui
2. Non

**SI EN EMPLOI OU SI NE TRAVAILLE PAS MAIS A TRAVAILLÉ AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS**

### PCS3

**SI EN EMPLOI** Vous avez indiqué que vous travaillez actuellement. Dans cet emploi, quelle est votre profession ?

**SI NE TRAVAILLE PAS MAIS A TRAVAILLE AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS** Vous avez indiqué que vous avez déjà travaillé. Dans votre dernier emploi, quelle était votre profession ?

*Saisir le libellé de la profession et sélectionner dans la liste déroulante. Si non, cliquer sur « Je n'ai pas trouvé dans la liste ».*

1. < Profession > (liste déroulante)
2. [[Vous ne savez pas]]
3. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI PROFESSION NON TROUVÉE DANS LA LISTE****PCS4**

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

1. [[Vous ne savez pas]]
2. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI LIBELLE DE PROFESSION FLOU****PCS5**

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

1. [[Vous ne savez pas]]
2. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI EN EMPLOI OU A TRAVAILLÉ AU MOINS A MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS****PCS6**

**SI TRAVAILLE** Dans votre emploi êtes-vous

**SI A TRAVAILLÉ AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS** Dans votre emploi étiez-vous

1. à votre compte (y compris gérant(e) de société ou chef(fe) d'entreprise salarié(e)) ?
2. salarié(e) de la fonction publique (État, territoriale ou hospitalière) ?
3. salarié(e) d'une entreprise (y compris d'une association ou de la Sécurité sociale) ?
4. salarié(e) d'un particulier ?
5. vous **SI EN EMPLOI** travaillez **SI A TRAVAILLÉ AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS** travailliez, sans être rémunéré(e), avec un membre de votre famille ?
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI TRAVAILLE OU A TRAVAILLÉ À SON COMPTE****PCS7**

**SI TRAVAILLE** En vous comptant, combien de personnes travaillent dans votre entreprise ?

**SI A TRAVAILLÉ** En vous comptant, combien de personnes ont travaillé dans votre entreprise ?

1. Vous **SI EN EMPLOI** travaillez **SI A TRAVAILLÉ AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS** travailliez seul(e)
2. Entre 2 et 10 personnes
3. Entre 11 et 49 personnes
4. 50 personnes ou plus
5. [[Vous ne savez pas]]
6. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI TRAVAILLE OU A TRAVAILLÉ EN TANT QUE SALARIÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE****PCS8**

**SI TRAVAILLE** Dans votre emploi êtes-vous

**SI A TRAVAILLÉ** Dans votre emploi étiez-vous

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 ?
7. [[Vous ne savez pas]]
8. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI TRAVAILLE OU A TRAVAILLÉ EN TANT QUE SALARIÉ D'UNE ENTREPRISE****PCS9**

**SI TRAVAILLE** Dans votre emploi êtes-vous

**SI A TRAVAILLÉ** Dans votre emploi étiez-vous

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 ?
8. [[Vous ne savez pas]]
9. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI TRAVAILLE OU A TRAVAILLÉ EN TANT QUE SALARIÉ****PCS10**

**SI TRAVAILLE** Dans votre emploi êtes-vous

**SI A TRAVAILLÉ** Dans votre emploi étiez-vous

1. fonctionnaire ?
2. en contrat à durée indéterminée (CDI) ?
3. agent à statut (SNCF, EDF...) ?
4. en contrat à durée déterminée (CDD) ?
5. en mission d'intérim ou de travail temporaire ?
6. en contrat d'alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation...) ?
7. en contrat à durée limitée autre (saisonnier, vacation, pige...) ?
8. dans une autre situation ?
9. [[Vous ne savez pas]]
10. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI EN EMPLOI OU TRAVAILLE AU MOINS À MI-TEMPS AU MOINS SIX MOIS**

**PR06**

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé sur une des plateformes du bassin industriel de Lacq (en tant que salarié, sous-traitant, intérim...)?

*Quel que soit le poste occupé ou le temps passé sur le site, si vous travaillez ou avez travaillé sur le bassin industriel de Lacq codez oui*

1. Oui, actuellement
2. Oui, par le passé
3. Non, jamais

**SI TRAVAILLE OU A TRAVAILLÉ SUR UNE DES PLATEFORMES DU BASSIN DE LACQ**

**PR07**

Vous occupez ou avez occupé cet emploi :

1. comme salarié d'une entreprise industrielle
2. par intérim ou en tant que sous-traitant
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**PR08**

Un membre de votre famille travaille-t-il ou a-t-il déjà travaillé sur une des plateformes du bassin industriel de Lacq (salarié, sous-traitant, intérim...)?

*Quel que soit le poste occupé ou le temps passé sur le site, si la personne travaille ou a travaillé sur le bassin industriel de Lacq codez oui*

1. Oui, actuellement
2. Oui, par le passé
3. Non, jamais

**CONSOMMATIONS**

Nous allons poursuivre avec quelques questions sur votre consommation de tabac et d'alcool.

**TABAC**

**TB1**

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

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

**SI LA PERSONNE ENQUÊTÉE EST UNE FEMME** Si enceinte et arrêté du tabac pendant la grossesse, cochez Non

1. Oui, tous les jours
2. Oui, occasionnellement
3. Non
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI NE FUME PAS TOUS LES JOURS**

**TB2**

Avez-vous déjà fumé du tabac quotidiennement ou presque, pendant au moins un an (en dehors des cigarettes électroniques) ?

1. Oui
2. Non
3. [[Vous ne savez pas]]
4. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI NON FUMEUR**

**TB3**

Lorsque vous êtes en intérieur, êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes ?

*Une seule réponse possible*

1. Tous les jours ou presque
2. Occasionnellement ou jamais
3. Vous ne savez pas

**SI LA SANTÉ D'UN ENFANT EST INTERROGÉE (INF8=1)**

**TB4**

Lorsqu'il est à l'intérieur, votre enfant < Prénom enfant > est-il exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes ?

*Une seule réponse possible*

1. Tous les jours ou presque
2. Occasionnellement ou jamais
3. Vous ne savez pas

**ALCOOL**

**CA1**

Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu des boissons alcoolisées, c'est-à-dire du vin, de la bière, du cidre, des spiritueux, ou tout autre type d'alcool ?

1. Tous les jours
2. Une à plusieurs fois par semaine
3. Une à plusieurs fois par mois
4. Moins souvent
5. Jamais
6. [[Vous ne savez pas]]
7. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

**SI BOIT DES BOISSONS ALCOOLISÉES UNE À PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE**

**CA2**

Est-ce plutôt :

1. quatre à six fois par semaine ?
2. deux à trois fois par semaine ?
3. une fois par semaine ?
4. [[Vous ne savez pas]]
5. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

Nous allons maintenant vous demander votre taille et votre poids.

## SG4

**Combien mesurez-vous (en cm) ?**

*Enquêteur: Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, rappeler: vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question, et coder refus*

|\_|\_|\_|\_| cm

1. [[Vous ne savez pas]]
2. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## SG5

**Combien pesez-vous (en kg) ?**

*Enquêteur: Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, rappeler: vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question, et coder refus*

|\_|\_|\_|\_| kg

1. [[Vous ne savez pas]]
2. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

## CONDITIONS DE VIE

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

### STATUT

**Pouvez-vous me dire quelle est la composition actuelle de votre foyer ?**

*Enquêteur: citer*

1. Homme seul
2. Femme seule
3. En couple sans enfant
4. En couple avec enfant
5. Famille monoparentale
6. Autre
7. [[Vous ne savez pas]]
8. [[Vous ne souhaitez pas répondre]]

### CV1

**Dans quel type de logement habitez-vous ?**

1. Maison individuelle
2. Appartement

### CV2

**Sur quel critère principal avez-vous choisi votre lieu d'habitation ?**

1. Proximité du travail
2. Proximité de l'école
3. Proximité des espaces verts
4. Proximité des transports en commun
5. Proximité du centre-ville
6. Proximité des magasins et centres commerciaux
7. Qualité du voisinage
8. Calme et tranquillité du quartier
9. Prix du loyer ou de l'achat
10. Héritage
11. Autre (préciser)

### CV3

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

*Enquêteur: Citer. Marquer une pause entre « ça va » et « c'est juste »*

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 ?
6. [[vous ne savez pas]]
7. [[vous ne souhaitez pas répondre]]

### CV4

**Au cours des douze derniers mois, parmi les événements suivants, en est-il un ou plusieurs qui vous ont concerné personnellement ?**

*Plusieurs réponses possibles*

1. Décès d'un proche
2. Séparation ou divorce votre couple
3. Séparation ou divorce d'un couple proche
4. Difficultés financières particulières
5. Perte, dommage ou vol de biens
6. Licenciement
7. Période de chômage de plus de six mois
8. Difficultés professionnelles (exposition à des violences ou harcèlement, épuisement professionnel, peur de perdre mon emploi)
9. Aucun de ces événements ne m'a concerné(e)

### CV5

**D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez :**

1. très seul ?
2. plutôt seul ?
3. plutôt entouré ?
4. très entouré ?
5. [Vous ne savez pas]

## FIN DU QUESTIONNAIRE

---

### FIN

Si vous souhaitez porter à notre connaissance une information concernant votre santé ou votre environnement qui n'a pas été abordée pendant le questionnaire, vous pouvez le mentionner ci-dessous.

Nous vous remercions de ne pas mentionner de données à caractère personnel, comme nom et prénom, afin de préserver la confidentialité.

.....  
.....  
.....

### FIN2

Les résultats de l'étude seront publiés en ligne, souhaitez-vous en être également destinataire par mail ?

1. Oui
2. Non

### SI ACCEPTE D'ÊTRE DESTINATAIRE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

### FIN3

Renseignez votre adresse email s'il vous plaît

Votre adresse mail sera conservée jusqu'à six mois après la transmission des résultats aux participants de l'étude puis détruite, uniquement à des fins d'informations sur l'enquête.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire. Votre participation est importante pour la réussite de l'étude.

Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation que vous pouvez exercer auprès de [dpo.france@ipsos.com](mailto:dpo.france@ipsos.com)



12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex France  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

ISSN : 2534-6539 - ISBN-NET : 978-2-37986-012-6 - RÉALISATION : TRANSFAIRE - DÉPÔT LÉGAL : AVRIL 2026