

ETUDE PARTICIPATIVE DE SANTE
POPULATION RIVERAINE DU BASSIN INDUSTRIEL DE LACQ

Questionnaire – Version mai 2022

Ce projet de questionnaire est issu d'un travail de concertation en ateliers citoyens (riverains et associatifs) menés de novembre 2021 à avril 2022.

SOMMAIRE

CONTACT.....	2
SANTE	3
ETAT DE SANTE GENERAL*	3
MALADIES CHRONIQUES (Adulte et enfant)	4
SYMPTOMES ET PROBLEMES DE SANTE RESSENTIS (Adulte et enfant).....	6
ANXIETE*.....	9
QUALITE DE VIE*.....	9
TROUBLES DU SOMMEIL*	12
ENVIRONNEMENT : POLLUTIONS PERÇUES	13
PERCEPTION DES ODEURS	13
PERCEPTION DES STIMULI VISUELS.....	15
PERCEPTION DES BRUITS	15
PERCEPTION DE LA POLLUTION INDUSTRIELLE DU BASSIN DE LACQ	17
ATTITUDES À L'ÉGARD DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DU BASSIN DE LACQ	18
SITUATION PROFESSIONNELLE*	20
CONSOMMATIONS*.....	22
TABAC	22
ALCOOL.....	22
CONDITIONS DE VIE*	23
ENCART LIBRE	24
REFUS*.....	25

*** A noter :** Ces parties de questionnaire sont issus d'instruments de mesure validés au niveau international ou font appel à des questions de références d'études nationales (tel le Baromètre Santé). Afin de garantir la qualité des données recueillies et leur analyse, leur libellé ne peut être modifié.

QUESTIONNAIRE (PROJET)

PRESENTATION DE L'ENQUETE

INCLUSION (Résidence dans la zone > 1 mois ; âge > 18 ans)

MENTION LEGALES

CONTACT

C1. Vous êtes :

1. Un homme
2. Une femme

C2. Quel âge avez-vous?

___/___/___ ans (18 à 80)

C3. Quelle est votre commune de résidence principale (*plus de 6 mois par an*)

(CP puis nom de commune)

C4. A quelle date, même approximative, avez-vous emménagé dans cette commune?

Date arrivée (MMAAAA)

FILTRE : SI C4 DUREE INFERIEURE A 10 ANS

C5. Au cours des 10 dernières années, dans quelle(s) commune(s) avez-vous habité pendant au moins 6 mois (de la plus récente à la plus ancienne)?

1. Commune/ Date arrivée (MMAAAA) /départ (MMAAAA)
.....
2. Commune/ Date arrivée (MMAAAA) /départ (MMAAAA)
.....
3. Commune/ Date arrivée (MMAAAA) /départ (MMAAAA)
.....

C6. Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

(Compter les enfants en garde alternée)

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

___/___ personnes

C7. Quel est le sexe et l'âge des autres personnes qui composent votre foyer ? → Sélection d'un enfant (6 à 17 ans)

Membre du foyer	Age (en années)	Sexe (H/F)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

SANTE

[SG1 à SG3 = module standardisé mini-module européen /non modifiable]

ETAT DE SANTE GENERAL

SG1. Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
6. [Ne sait pas]

SG2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable?

ENQ: une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer depuis au moins 6 mois

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

SG3. Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

ENQ : CITER

ENQ : il s'agit de savoir si la personne est limitée à cause de SA santé (NE PAS inclure les limitations dues au contexte sanitaire)

1. Oui, fortement limité(e)
2. Oui, limité(e), mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout
4. [Ne sait pas]

SG4. Combien mesurez-vous (en cm) ?

ENQ : 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 (70 à 250) ou Ne sait pas

FILTRE : SI ENFANT SELECTIONNÉ

SG5. Combien mesure « enfant » (en cm) ?

ENQ : 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 (70 à 250) ou Ne sait pas

SG6. Combien pesez-vous (en kg) ?

ENQ : 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

Si la personne est enceinte ou juste accouchée, merci d'indiquer le poids avant la grossesse

/_/_/_/_/ kg (20 à 250) ou Ne sait pas

FILTRE : SI ENFANT SELECTIONNÉ

SG7. Combien pesez-vous (en kg) ?

ENQ : 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

Si la personne est enceinte ou juste accouchée, merci d'indiquer le poids avant la grossesse

/_/_/_/_/ kg (20 à 250) ou Ne sait pas

MALADIES CHRONIQUES (Adulte et enfant)

PATHO1. Pouvez-vous indiquer si au cours des douze derniers mois vous avez eu un ou des problèmes de santé de la liste suivante :

ENQ : Si besoin : il faut que le médecin l'ait diagnostiqué, pas forcément au cours des 12 derniers mois. La personne peut avoir été ou être actuellement traitée pour cette maladie ou ce problème.

CITER en marquant un temps d'arrêt après chaque item - Plusieurs réponses possibles.

Maladies ou problèmes cardio-vasculaires

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 cardio-vasculaires

Maladies respiratoires

9. Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
10. Bronchite chronique, broncho-pneumopathie 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

Autres maladies ou problèmes

13. Maladie chronique de la peau : eczéma, psoriasis, etc.
14. Cancer d'un organe ou du sang
15. Pathologie digestives chroniques (non cancéreuse) comme hépatite chronique
16. Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
17. Diabète
18. Dépression
19. Anxiété
20. Lombalgie, mal au dos
21. Arthrose des membres
22. Ostéoporose
23. Insuffisance rénale
24. Maladie chronique du système nerveux central (autre que séquelle d'un accident vasculaire cérébral. Par ex. maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, épilepsie, sclérose en plaques, ...)
25. Handicap physique suite à un accident ou une maladie
26. [Aucun problème] **ITEM EXCLUSIF**
27. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PATHO1=14 (SI CANCER)

PATHO2. De quel cancer s'agit-il ?

ENQ : NE PAS CITER – plusieurs réponses possibles

1. Cancer du poumon
2. Cancer colorectal
3. Cancer de la prostate
4. Cancer du sein
5. Hémopathie maligne
6. Mésothéliome
7. Autre (PRÉCISER)

FILTRE : SI PATHO1=24 (SI MALADIE CHRONIQUE DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL)

PATHO3. De quelle maladie s'agit-il ?

ENQ : NE PAS CITER – plusieurs réponses possibles

1. Maladie de Parkinson
2. Maladie d'Alzheimer
3. Epilepsie
4. Sclérose en plaques
5. Autre (PRECISER)

PATHO4. Y a-t-il d'autres problèmes de santé non cités pour lesquels vous avez été diagnostiqué et pour lesquels vous avez eu des soins ou besoin de médicaments ou d'un appareillage au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

FILTRE : SI PATHO4=1 (SI AUTRE PROBLEME DE SANTE)

PATHO5. De quel(s) problème(s) de santé s'agit-il ?

.....

FILTRE : SI ENFANT SELECTIONNÉ

PATHO6. Pouvez-vous indiquer si au cours des douze derniers mois votre enfant a eu un ou des problèmes de santé de la liste suivante :

ENQ : Si besoin : il faut que le médecin l'ait diagnostiqué, pas forcément au cours des 12 derniers mois. La personne peut avoir été ou être actuellement traitée pour cette maladie ou ce problème.

CITER en marquant un temps d'arrêt après chaque item - Plusieurs réponses possibles.

Maladies respiratoires

1. Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
2. Bronchite chronique, broncho-pneumopathie 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

Autres maladies ou problème

5. Maladie chronique de la peau : eczéma, psoriasis, etc.
6. Cancer d'un organe ou du sang
7. Diabète
8. Dépression
9. Anxiété
10. Epilepsie
11. [Aucun problème] **ITEM EXCLUSIF**
12. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PATHO6=6 (SI CANCER)

PATHO7. De quel cancer s'agit-il ?

ENQ : NE PAS CITER – plusieurs réponses possibles

1. Leucémie
2. Lymphome
3. Autre (PRECISER)

PATHO8. Y a-t-il d'autres problèmes de santé non cités pour lesquels votre enfant a été diagnostiqué et pour lesquels il a eu des soins ou besoin de médicaments ou d'un appareillage au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

FILTRE : SI PATHO8=1 (SI AUTRE PROBLEME DE SANTE)

PATHO9. De quel(s) problème(s) de santé s'agit-il ?

.....

SYMPTOMES ET PROBLEMES DE SANTE RESSENTIS (Adulte et enfant)

ST. Les questions suivantes portent sur différents problèmes de santé qui ont pu vous incommoder. Au cours des huit dernières semaines, avez-vous ressenti les symptômes suivants ?

FILTRE : SI ENFANT SELECTIONNE

ST. Les questions suivantes portent sur différents problèmes de santé qui ont pu vous incommoder, vous et/ou votre enfant Au cours des huit dernières semaines, est-ce que vous ou votre enfant avez ressenti les symptômes suivants ?

ENQ : Citer en marquant un temps d'arrêt après chaque item - Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|--|---|
| 1. Maux de tête | 1. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 2. Malaises, étourdissements ou vertiges | 2. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 3. <u>Des problèmes respiratoires</u> , comme de la toux, un encombrement bronchique, des crachats, des difficultés à respirer, un essoufflement ou une crise d'asthme | 3. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 4. <u>Troubles digestifs</u> : douleurs abdominales, nausées (envie de vomir), vomissements, diarrhées | 4. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 5. <u>Troubles relatifs à la gorge</u> : picotements de la gorge, difficultés à avaler, ganglions gonflés ou douloureux dans le cou | 5. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 6. <u>Troubles relatifs à la bouche</u> : picotement de la langue, aphtes, irritations, bouche sèche | 6. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 7. Goût inhabituel (ex : métallique) dans la bouche | 7. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 8. <u>Troubles relatifs au nez</u> : picotements ou démangeaisons, écoulement nasal, éternuement, nez bouché | 8. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 9. Saignement de nez | 9. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 10. <u>Troubles relatifs à l'appareil auditif</u> : bourdonnements ou sifflements d'oreille, douleurs auditives | 10. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 11. <u>Troubles relatifs aux yeux</u> : sensations de brûlure et de sécheresse de l'œil, rougeur, larmoiements, démangeaisons | 11. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 12. <u>Troubles relatifs à la peau</u> : éruptions, rougeurs ou démangeaisons | 12. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |
| 13. <u>Autre symptôme</u> | 13. <input type="checkbox"/> Oui, vous <input type="checkbox"/> Oui, enfant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

FILTRE SI ST13= oui, vous (« UN AUTRE SYMPTOME » A ÉTÉ DÉCLARÉ POUR L'ADULTE)

ST13.a. Autre symptôme pour vous (merci de préciser) :

FILTRE SI ST13= oui, enfant (« UN AUTRE SYMPTOME » A ÉTÉ DÉCLARÉ POUR L'ENFANT)

ST13.b. Autre symptôme pour l'enfant (merci de préciser) :

FILTRE SI ST3= oui, vous (L'ADULTE A EU DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES)

ST14. Pour vous, était-ce plutôt

Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|---|---|
| 1. de la toux, un encombrement bronchique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. des crachats | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. des difficultés à respirer, un essoufflement | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. une crise d'asthme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. [Ne sait pas] | |

FILTRE SI ST3= oui, enfant (L'ENFANT A EU DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES)

ST15. Pour votre enfant, était-ce plutôt

Plusieurs réponses possibles.

1. de la toux, un encombrement bronchique Oui Non
2. des crachats Oui Non
3. des difficultés à respirer, un essoufflement Oui Non
4. une crise d'asthme Oui Non
5. [Ne sait pas]

FILTRE SI AU MOINS UN SYMPTÔME DECLARE POUR L'ADULTE

ST16. Pensez-vous que ce(s) symptôme(s) puisse(nt) être lié(s) à une maladie virale comme la Covid-19 ou à la grippe?

1. Oui, le diagnostic a été posé dans les 15 derniers jours
2. Oui, mais vous n'en êtes pas sûr(e)
3. Non
4. [Ne sait pas]

FILTRE SI AU MOINS UN SYMPTÔME DECLARE POUR L'ENFANT

ST17. Pensez-vous que ce(s) symptôme(s) puisse(nt) être lié(s) à une maladie virale comme la Covid-19 ou à la grippe?

1. Oui, le diagnostic a été posé dans les 15 derniers jours
2. Oui, mais vous n'en êtes pas sûr(e)
3. Non
4. [Ne sait pas]

ST18. Est-ce que l'un de ces symptômes vous incommode régulièrement mais ne s'est pas manifesté dans les 8 dernières semaines?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE : SI ST18= 1

ST19. Lequel ?

.....

ST20. Est-ce que l'un de ces symptômes incommode votre enfant régulièrement mais ne s'est pas manifesté dans les 8 dernières semaines ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE : SI ST20= 1

ST21. Lequel ?

.....

FILTRE pour ST22 à ST24: Si ST1 à 13 au moins un « oui, vous » ET/OU SI ST18= 1 POUR CHAQUE SYMPTÔME DECLARE ADULTE

ENQ : Rappel du/des symptôme(s) déclaré(s) ; pour chaque symptôme déclaré :

ST22. Ce symptôme se manifeste chez vous généralement à quelle fréquence ?

1. Moins d'une fois par mois
2. Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
3. Plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
4. Tous les jours
5. [Ne sait pas]

ST23. Est-ce que votre vie quotidienne est ou a été impactée par ce symptôme?

1. Non, aucun impact
2. Oui, légèrement
3. Oui, modérément
4. Oui, fortement
5. [Ne sait pas]

ST24. Face à ce symptôme vous concernant, avez-vous consulté un médecin?

1. Oui
2. Non

FILTRE pour ST25 à ST27: Si ST1 à 13 au moins un « oui, enfant » ET/OU SI ST20= 1 POUR CHAQUE SYMPTOME DECLARE ENFANT

ENQ : Rappel du/des symptôme(s) déclaré(s) chez l'enfant; pour chaque symptôme déclaré de l'enfant :

ST25. Ce symptôme se manifeste chez votre enfant généralement à quelle fréquence ?

1. Moins d'une fois par mois
2. Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
3. Plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
4. Tous les jours
5. [Ne sait pas]

ST26. Est-ce que la vie quotidienne de votre enfant est ou a été impactée par ce symptôme?

1. Non, aucun impact
2. Oui, légèrement
3. Oui, modérément
4. Oui, fortement
5. [Ne sait pas]

ST27. Face à ce symptôme concernant votre enfant, a-t-il consulté un médecin?

3. Oui
4. Non

ST28. Lorsque vous avez besoin d'un avis médical spécialisé, vous allez consulter le plus souvent (2 réponses attendues):

1. Un médecin libéral spécialiste (cabinet médical) Oui Non
2. Au Centre Hospitalier de Pau Oui Non
3. Au Centre Hospitalier d'Orthez Oui Non
4. En clinique privée (Polyclinique de Navarre, Polyclinique Marzet) Oui Non
5. Autre (PRECISER)
6. [Ne sait pas]

ST29. Lorsque vous avez besoin d'un avis médical en urgence, vous allez consulter le plus souvent (2 réponses attendues):

1. Un médecin libéral (cabinet médical) Oui Non
2. Le service d'urgence du Centre Hospitalier de Pau Oui Non
3. Le service d'urgence du Centre Hospitalier d'Orthez Oui Non
4. En clinique privée (Polyclinique de Navarre, Polyclinique Marzet) Oui Non
5. Autre (PRECISER)
6. [Ne sait pas]

ANXIETE

[ANX1 à ANX 7 = module standardisé GAD-7/non modifiable]

ANX. Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :

(Entourez une seule réponse par ligne)

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

QUALITE DE VIE

[SF1 à WHOQOL25 = modules standardisés SF-36+WHOQoL/non modifiables]

ENQ : Texte à lire à la personne avant de lui poser le questionnaire SF-36

« 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** » (proposer les modalités de réponse à chaque question posée).

Auto-questionnaire : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

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. A 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.

(Entourez une seule réponse par ligne)

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

SF4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

(Entourez une seule réponse par ligne)

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

SF5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)),

(Entourez une seule réponse par ligne)

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

SF6. Au cours de ces 4 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. Enormément

SF7. Au cours de ces 4 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 4 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. Enormément

SF9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

(Entourez une seule réponse par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux/nerveuse ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) heureux/heureuse ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

SF10. Au cours de ces 4 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

(Entourez une seule réponse par ligne)

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

(Entourez une seule réponse par ligne)

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
Les questions suivantes portent sur un certain nombre de situations ou réflexions que vous avez pu rencontrer ou aborder au cours des <u>deux dernières semaines</u> .					
WHOQOL8. Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5
WHOQOL9. Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?	1	2	3	4	5
Les questions suivantes portent sur la façon dont vous avez été en mesure de faire ou gérer certaines choses au cours des <u>deux dernières semaines</u> .					
WHOQOL12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	1	2	3	4	5
WHOQOL13. Avez-vous le sentiment d'être assez informé(e) pour faire face à la vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5
WHOQOL14. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	1	2	3	4	5
WHOQOL23. Etes-vous satisfait(e) de l'endroit où vous vivez ?	1	2	3	4	5
WHOQOL24. Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	1	2	3	4	5
WHOQOL25. Etes-vous satisfait(e) de vos moyens de transport ?	1	2	3	4	5

TROUBLES DU SOMMEIL

TB1. Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours, vous avez eu des problèmes de sommeil ?

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

ENVIRONNEMENT : POLLUTIONS PERÇUES

« En tant que riverain, ... »

PERCEPTION DES ODEURS

PO1. Depuis votre domicile (maison, terrasse, jardin..), vous arrive-t-il de sentir des mauvaises odeurs venant de l'extérieur ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PO1=1 (OUI)

PO2. Etes-vous gêné(e) par ces mauvaises odeurs perçues depuis votre domicile?

1. Non, pas du tout
2. Oui, un peu
3. Oui, beaucoup

FILTRE : SI PO2 =2 OU 3 (GENE RESSENTIE)

PO3. Quand ressentez-vous principalement cette gêne ? (plusieurs réponses possibles)

1. Plutôt le jour
2. Plutôt la nuit (22h – 7h)
3. Plutôt en semaine
4. Plutôt le weekend
5. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PO1=1 (OUI)

PO4. Selon vous, de quelle(s) source(s) proviennent ces odeurs ?

ENQ : NE PAS CITER les réponses. Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|--|
| 1. Du voisinage (égouts / fosse septique, poubelles, feux de jardin, brûlage de déchets, animaux, activités des voisins) | 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. De la station d'épuration urbaine (hors industrie) | 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Des activités industrielles du bassin de Lacq | 3. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Du trafic routier non automobile (camions) et ferroviaire | 4. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Du trafic automobile | 5. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Des activités agricoles | 6. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Autre (PRECISER) | 7. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. [Ne sait pas] | |

FILTRE : SI LA PERSONNE IDENTIFIE AU MOINS UNE SOURCE DE MAUVAISES ODEURS DEPUIS SON DOMICILE (PO1=OUI ET PO4 DIFFERENT DE NE SAIT PAS),

PO5. Etes-vous gêné par les mauvaises odeurs provenant :

ENQ : Ne citer que les sources de mauvaises odeurs identifiées en PO4. La question n'est pas posée pour les personnes ayant répondu NSP)

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, modérément	Oui, beaucoup
1. Du voisinage (égouts / fosse septique, poubelles, feux de jardin, brûlage de déchets, animaux, activités des voisins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De la station d'épuration urbaine (hors industrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des activités industrielles du bassin de Lacq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du trafic routier non automobile (camions) et ferroviaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du trafic automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Des activités agricoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. D'une autre source :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FILTRE POUR P05, P06 ET P07

SI ATTRIBUTION AUX ACTIVITES INDUSTRIELLES (PO4 = 3)

PO5. Concernant les odeurs provenant des activités industrielles, à quelle fréquence percevez-vous ces odeurs ?

1. Moins d'une fois par mois
2. Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
3. Plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
4. Tous les jours
5. [Ne sait pas]

PO6. Généralement, pendant combien de temps percevez-vous ces odeurs?

1. Moins d'une heure
2. Entre 1h et 6h
3. Entre 6h et 12h
4. Entre 12h et 24h
5. Plus de 24h
6. [Ne sait pas]

PO7. A quelle odeur connue vous fait penser le type d'odeurs que vous percevez le plus souvent ?

ENQ : NE PAS CITER, plusieurs réponses possibles

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Egouts / soufre / œuf pourri | 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Gaz de ville | 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Choux | 3. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Pain / biscuit | 4. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Daube | 5. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Acide/piquant | 6. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Alcool | 7. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Autre (PRECISER)..... | |
| 9. [Ne sait pas] | |

PERCEPTION DES STIMULI VISUELS

PV1. Que voyez-vous du site industriel depuis votre domicile (maison, terrasse, jardin...) (Citer, Plusieurs réponses possibles)?

- | | |
|--|--|
| 1. Bâtiments industriels | 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Cheminées | 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Lumières provenant des industries le jour | 3. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Lumières provenant des industries la nuit | 4. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Torchage le jour | 5. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Torchage la nuit | 6. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Fumées | 7. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Passage de camions | 8. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Autre (PRECISER) | |
| 10. [Ne sait pas] | |

FILTRE : SI AU MOINS UN PV1 =1 OUI

PV2. Etes-vous gêné(e) visuellement par les éléments suivants :

ENQ : Ne citer que les éléments identifiés en PV1

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, modérément	Oui, beaucoup
1. Bâtiments industriels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cheminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lumières provenant des industries le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lumières provenant des industries la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Torchage le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Torchage la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Passage de camions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre (PRECISER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PV3. Observez-vous parfois des dépôts sur les surfaces extérieures à proximité directe de votre domicile (voiture, terrasse) tels que :

- | | |
|---|---|
| 1. Des particules solides (hors sables du Sahara) | 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 2. Des substances huileuses ou poussières grasses | 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

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. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PB1=1 OUI

PB2. Etes-vous gêné(e) par ces bruits que vous percevez depuis votre domicile?

1. Non, pas du tout
2. Oui, un peu
3. Oui, beaucoup

FILTRE : SI PB2 =2 OU 3 (GENE RESSENTIE)

PB3. Ressentez-vous cette gêne (plusieurs réponses possibles):

1. Plutôt en pleine journée (7h-18h)
2. Plutôt en fin de journée (18h-22h)
3. Plutôt la nuit (22h – 7h)
4. Plutôt en semaine
5. Plutôt le weekend

FILTRE : SI PB1=1 OUI

PB4. D'après-vous de quelle(s) source(s) proviennent ces bruits

ENQ : NE PAS CITER, plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|---|
| 1. Voisinage (animaux domestiques, chasseurs, tondeuses, travaux, construction, chantiers) | 8. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Activités industrielles du bassin industriel de Lacq | 9. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Transport routier (camions) et ferroviaire | 10. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Trafic automobile | 11. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Activités agricoles | 12. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Autre (PRECISER) | 13. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Ne sait pas | |

FILTRE : SI LA PERSONNE IDENTIFIE AU MOINS UNE SOURCE DE BRUIT DEPUIS SON DOMICILE (PB1=OUI ET PB4 DIFFERENT DE NE SAIT PAS),

PO5. Etes-vous gêné par les mauvaises odeurs provenant :

ENQ : Ne citer que les sources de bruit identifiées en PB4. La question n'est pas posée pour les personnes ayant répondu NSP)

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, modérément	Oui, beaucoup
1. Du voisinage (animaux domestiques, chasseurs, tondeuses, travaux, construction, chantiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De activités industrielles du bassin industriel de Lacq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Du transport routier non automobile (camions) et ferroviaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du trafic automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des activités agricoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'une autre source :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FILTRE : SI PB4 = 2 (ATTRIBUTION AUX ACTIVITES INDUSTRIELLES)

PB5. Quel(s) bruit(s) percevez-vous (Plusieurs réponses possibles)?

- | | |
|---|---|
| 1. Bruit de fond des usines la journée (7h-22h) | 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 2. Bruit de fond des usines la nuit (22h -7h) | 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 3. Des sirènes (alarmes) | 3. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 4. Des exercices | 4. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 5. Autre (PRECISER) | |

Veillez maintenant répondre aux questions suivantes : la série de phrases **portant sur les activités du bassin industriel de Lacq** »

PERCEPTION DE LA POLLUTION INDUSTRIELLE DU BASSIN DE LACQ

PP1. A propos des affirmations suivantes (a. à f.), êtes-vous :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	[Ne sait pas]
a. Les anciennes activités du bassin industriel de Lacq ont pollué l'environnement par le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Les activités industrielles actuelles génèrent une pollution de l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La qualité de l'air extérieur est actuellement dégradée à cause des activités du bassin industriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La qualité des sols est actuellement dégradée à cause des activités du bassin industriel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Les rejets du bassin industriel ont actuellement un effet nuisible sur la végétation (décolorée, brûlée, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PP2. Diriez-vous que votre environnement aujourd'hui est

1. Plus pollué que par le passé
2. Autant pollué que par le passé
3. Moins pollué que par le passé
4. [Ne sait pas]

PP3. Diriez-vous que votre environnement aujourd'hui est

ENQ : Si demandé, préciser : « une grande ville comme Bordeaux par exemple »

1. Plus pollué que celui d'une grande ville
2. Autant pollué que celui d'une grande ville
3. Moins pollué que celui d'une grande ville
4. [Ne sait pas]

PP4. Pensez-vous que la question des revenus et emplois générés par le site industriel de Lacq est

1. Plus importante que les questions de pollution de l'environnement
2. Aussi importante que les questions de pollution de l'environnement
3. Moins importante que les questions de pollution de l'environnement
4. [Ne sait pas]

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

« Je vais maintenant vous poser des questions sur des inquiétudes et interrogations que vous pourriez avoir au sujet du bassin industriel de Lacq »

ATT1. Etes-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 du site industriel?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

ATT3. Etes-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. Etes-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 vos problèmes de santé ou ceux de votre famille ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE : SI ATT5= 1 (OUI)

ATT6. De quel(s) problème(s) de santé s'agit-il?

.....

ATT7. Avez-vous déjà pensé à déménager du fait de la présence de sites industriels dans votre environnement ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE : SI PO1=1 (ODEUR PERCUE) ET/OU PV1= AU MOINS UN OUI (STIMULUS VISUEL LIE AUX INDUSTRIES) ET/OU PB1=1 (BRUIT PERCU)

ATT9. Les odeurs, la vue ou le bruit que vous percevez peut-elle (peuvent-elles) vous conduire :

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps	Non concerné
a. A fermer vos fenêtres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. A boucher ou éteindre la VMC ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A partir temporairement de votre logement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. A éloigner temporairement vos enfants de votre logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. A déposer un signalement sur la plateforme ODO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. A limiter vos contacts sociaux ou ne pas inviter quelqu'un chez vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. A modifier vos activités (moins sortir, faire moins de sport ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. A couper l'aération dans votre voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Autre (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ATT12. 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. [Ne sait pas]

ATT13. Quels sont les sources d'information que vous consultez habituellement pour vous renseigner au sujet de l'impact sur l'environnement et la santé potentiellement lié aux activités du BI Lacq ?

ENQ : NE PAS CITER ; plusieurs réponses possibles

1. Presse écrite (journal)
2. Radio
3. Recherche sur internet
4. Réseaux industriels (bulletin d'information nuisance et odeurs « UniversLacq »,...)
5. Réseaux sociaux
6. Réseaux associatifs
7. Relations autres que milieux associatifs (parents/amis)
8. Mairie
9. Préfecture
10. Professionnel de santé
11. Autre (PRÉCISER)
12. Aucun
13. [Ne sait pas]

ATT14. Par qui ou par quelle structure aimeriez-vous être informé(e) ?

.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

PRO1. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études primaires
3. CAP (certificat d'aptitude professionnelle), brevet de compagnon
4. Brevet des collèges, BEPC (brevet d'études du premier cycle)
5. BEP (brevet d'enseignement professionnel)
6. Brevet de technicien ou Brevet Professionnel, BEI, BEC, BEA, BEH, Capacité en droit
7. Baccalauréat d'enseignement technique ou Professionnel
8. Baccalauréat d'enseignement général
9. Bac +2 (BTS, DUT, DEUG)
10. 2e ou 3e cycle universitaire, grande école
11. Autre diplôme (PRÉCISER)
12. [Ne sait pas]

PRO2. Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes...

ENQ : Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.

- Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.
 - Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré, coder item 1.
 - S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite, coder item 3.
 - Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder item 4.
1. En emploi ?
 2. Apprenti(e) ou en stage rémunéré ?
 3. Etudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ?
 4. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ?
 5. Retraité(e) ou pré-retraité(e) ?
 6. Femme ou homme au foyer ?
 7. Autre situation (congés longue durée, personne handicapée, etc.)

FILTRE : SI PRO2 = 3 A 7 (NON ACTIF)

PRO3. Avez-vous déjà travaillé « au moins à mi-temps, au moins 6 mois » ?

1. Oui
2. Non
3. [Ne sait pas]

FILTRE POUR PRO4 A PRO7: SI LA PERSONNE A DÉJÀ TRAVAILLÉ (PRO2=1 OU 2 ; OU SI PRO3=1)

ENQ : Si la personne n'a jamais travaillé, recueillir la profession de la personne de référence du ménage

PRO4. Dans quelle catégorie socio-professionnelle êtes-vous ou étiez-vous ?

1. Agriculteur exploitant
2. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
3. Profession libérale, cadre, profession intellectuelle supérieure
4. Profession Intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique, profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise, technicien, contremaître, agent de maîtrise
5. Employé de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employé de commerce, personnel des services directs aux particuliers
6. Ouvrier
7. Autre (PRÉCISER)
8. Vous ne savez pas classer (PRÉCISER)

PRO5. Quelle est plus précisément votre profession principale (actuelle ou dernier poste) ?

.....
Nom de l'entreprise
.....

PRO6. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé sur le bassin industriel de Lacq (salarié, sous-traitant, intérim..) ?

ENQ : Coder Oui quel que soit le poste occupé et le temps passé sur le site

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

FILTRE SI PRO6= 1 OU 2 (OUI)

PRO7. Avez-vous occupé cet emploi :

1. A plein temps
2. A temps partiel, par intérim ou en tant que sous-traitant
3. [Ne sait pas]

PRO8. Un membre de votre famille travaille-t-il ou a-t-il travaillé sur le bassin industriel de Lacq (salarié, sous-traitant, intérim..) ?

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

Version provisoire - Ne pas diffuser

CONSOMMATIONS

TABAC

CT1. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

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

Si la personne est enceinte et qu'elle s'est arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non

1. Oui, tous les jours
2. Oui, occasionnellement
3. Non, mais vous avez fumé par le passé
4. Non, vous n'avez jamais fumé

FILTRE SI CT1 = 3

CT2. Avez-vous déjà fumé du tabac quotidiennement ou presque, pendant au moins un an (en dehors des cigarettes électroniques) ?

1. Oui
2. Non

FILTRE SI CT1 = 1 OU CT2= 1

CT3. Si vous avez fumé ou fumez du tabac quotidiennement ou presque pendant plus d'un an, cela a duré ou dure depuis combien d'années?

/_/_/ années (ou approximation)

ALCOOL

CA1. Au cours des 12 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. Oui, tous les jours
2. Oui, une à plusieurs fois par semaine
3. Oui, une à plusieurs fois par mois
4. Oui mais moins souvent qu'une à plusieurs fois par mois
5. Non, jamais
6. [Ne sait pas]

FILTRE SI CA1 = 2

CA2. Est-ce plutôt ...

1. Quatre à six fois par semaine ?
2. Deux à trois fois par semaine ?
3. Une fois par semaine ?
4. [Ne sait pas]

CONDITIONS DE VIE

CV1. Dans quel type de logement habitez-vous?

1. Maison individuelle
2. Appartement
3. Autre (PRECISER)

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. Autre (Préciser)

CV3. Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre foyer, financièrement...

ENQ : Citer - Marquer un temps entre « ça va » et « c'est juste »

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)
6. [Ne sait pas]

CV4. D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez

1. Très seul ?
2. Plutôt seul ?
3. Plutôt entouré ?
4. Très entouré ?
5. [Ne sait pas]

ENCART LIBRE

« Avez-vous une question qui vous préoccupe et que l'on n'a pas abordée ? »



Version provisoire - 1
diffuser

REFUS

R1. Acceptez-vous de répondre à 8 courtes questions, même si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire?

1. Oui
2. Non

R2. Raison du refus de participer à l'enquête?

1. Je ne suis pas intéressé(e) par l'étude
2. Je ne me sens pas concerné(e) par l'étude
3. Je ne suis pas sûr(e) que la confidentialité de mes données soit garantie
4. Je ne suis pas en capacité de répondre
5. Je n'ai pas le temps
6. Autre (PRECISER)

R3. Vous êtes :

1. Un homme
2. Une femme

R4. Quel âge avez-vous?

__/__/ ans

R5. Commune de résidence principale (plus de 6 mois par an)

(CP puis nom de commune)

R6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle, êtes-vous :

1. En emploi ?
2. Apprenti(e) ou en stage rémunéré ?
3. Etudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ?
4. Au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ?
5. Retraité(e) ou pré-retraité(e) ?
6. Femme ou homme au foyer ?
7. Autre situation (congrés longue durée, personne handicapée, etc.) ?

R7. Quelle est plus précisément votre profession principale (actuelle ou dernier poste)

.....

R8. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé sur le bassin industriel de Lacq (salarié, sous-traitant, intérim..) ?

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

R9. Un membre de la famille travaille-t-il ou a-t-il travaillé sur le site industriel (salarié, sous-traitant, intérim..) ?

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