



Données d'inclusion 2018



Cohorte Constances
UMS 11 Inserm UVSQ Cohortes épidémiologiques en population
Hôpital Paul Brousse, Bâtiment 15/16
16 avenue Paul Vaillant Couturier
94800 Villejuif
www.constances.fr

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q n°	i2 Q n°	i3 Q n°
VOTRE SANTE				
▶	Comment jugez-vous votre état de santé général ? Très bon A B C D E F G H Très mauvais	1	1	1
▶	Comment jugez-vous votre état de santé général par rapport à une personne de votre entourage du même âge ? Très bon A B C D E F G H Très mauvais	2	2	2
ACTIVITE PHYSIQUE				
▶	Activité physique hors travail (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Effort physique au travail (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Dans votre travail actuel ou dans votre dernier emploi si vous ne travaillez pas actuellement, quel degré d'effort physique vous est-il (était-il) demandé habituellement ? (une seule réponse possible) Travail sédentaire Travail léger : marche, petite manutention (moins de 10 kg) Travail moyen : manutention d'objets assez lourds (entre 10 kg et 25 kg) Travaux de force : manutention lourde (>25 kg) N'a jamais travaillé	3	3	3
▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement des trajets à pied, à vélo... (pour le travail ou non) ? Non Oui, moins de 15 minutes par trajet Oui, 15 minutes et plus par trajet	4	4	4
>	Si oui (quel que soit le temps de trajet) : Combien de fois par semaine en moyenne : _ _ 	4	4	4
>	Si oui (quel que soit le temps de trajet) : Depuis combien d'année(s) ? Moins d'1 an / 1 an ou plus -> Indiquez combien d'année(s) _ _ année(s)	4	4	4
▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement du sport (hors trajets, bricolage, jardinage et ménage) ? Non Oui, moins de 2 heures par semaine Oui, 2 heures et plus par semaine	5	5	5
>	Si oui (quel que soit le nombre d'heures) : Combien de fois par semaine en moyenne : _ _ 	5	5	5
>	Si oui (quel que soit le nombre d'heures) : Depuis combien d'année(s) ? Moins d'1 an / 1 an ou plus -> Indiquez combien d'année(s) _ _ année(s)	5	5	5
▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement des travaux de bricolage, jardinage ou ménage ? Non Oui, moins de 2 heures par semaine Oui, 2 heures et plus par semaine	6	6	6
>	Si oui (quel que soit le nombre d'heures) : Combien de fois par semaine en moyenne : _ _ 	6	6	6
>	Si oui (quel que soit le nombre d'heures) : Depuis combien d'année(s) ? Moins d'1 an / 1 an ou plus -> Indiquez combien d'année(s) _ _ année(s)	6	6	6
ALIMENTATION				
▶	Pensez-vous que votre alimentation est correcte ? O/N/Ne sait pas	7		
▶	Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ? Tout à fait A B C D E F G H Pas du tout		7	7
▶	Pour vous, manger représente avant tout : (plusieurs réponses possibles)		8	8
>	Une chose indispensable pour vivre		8	8
>	Un moyen de conserver la santé		8	8
>	Un plaisir gustatif		8	8
>	Un bon moment à partager avec d'autres		8	8
>	Une contrainte		8	8
▶	Habituellement, en semaine, où prenez-vous le plus souvent votre repas de midi ? (considérez les jours où vous travaillez si vous exercez un emploi ou les jours de cours si vous êtes scolarisé ou étudiant) Chez vous A la cantine (restaurant d'entreprise, école, restaurant universitaire...) Sur le lieu de travail (mais pas à la cantine) Chez des amis Au fast food, dans un snack Au restaurant, pizzeria, cafétéria Au café, bistrot Dans la rue ou dans le parc Autre		9	9
▶	Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ? O/N		10	10
>	Si oui : Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé : médecin généraliste, médecin spécialiste (nutritionniste ou endocrinologue), diététicien(ne) ? O/N		10	10
>	Si oui : Pour quelle(s) raison(s) suivez-vous ce régime ? (plusieurs réponses possibles)		10	10
-	- [i2] Pour une raison médicale sans lien avec un problème de poids ou une allergie alimentaire		10	10
-	- [i3] Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel...)		10	10
-	- En raison d'allergie(s) alimentaire(s)		10	10

Modes de vie et santé

Auto Questionnaire à remplir au domicile

		versions		
		i1	i2	i3
		Q n°	Q n°	Q n°
-	- Pour maigrir		10	10
-	- Pour ne pas prendre de poids		10	10
-	- Pour rester en forme		10	10
-	- Vous êtes végétarien ou végétalien		10	10
-	- Par conviction personnelle ou religieuse		10	10
-	- Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse)		10	10
▶	Actuellement, considérez-vous que vous êtes :		10	11
	Beaucoup trop maigre			
	Un peu trop maigre			
	D'un poids normal			
	Un peu trop gros(se)			
	Beaucoup trop gros(e)			
	Ne sait pas			
▶	Habituellement, combien de repas (y compris le petit déjeuner) prenez-vous par jour ?	8		
	1 repas / 2 repas / 3 repas / Plus de 3 repas			
#▶	[i1] Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ? (cf. liste des aliments)	9	11	12
	[Jamais ou presque] [moins d'1 x /semaine] [environ 1 x /semaine] [2 à 3 x /semaine] [1 x/jour ou plus. Dans ce cas combien de portions* par jour ?]			
	* Une portion c'est l'équivalent de 80 à 100 g., soit la taille d'un poing ou de 2 cuillères à soupe pleines.			
	[i2] Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants ? (cf. liste des aliments & des boissons)			
	[Jamais ou presque] [moins d'1 x /semaine] [environ 1 x /semaine] [2 à 3 x /semaine] [4 à 6 fois par semaine] [1 x/jour ou plus. Dans ce cas combien de fois par jour ?]			
	[i3] Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants, quel que soit leur mode de conservation (frais, en conserve ou surgelé), le moment de consommation (repas ou hors repas) et le lieu (domicile ou hors domicile) ? (cf. liste des aliments & des boissons)			
	Jamais ou presque			
	Moins d'1 x /semaine			
	Environ 1 x /semaine			
	2 à 3 x /semaine			
	4 à 6 fois par semaine			
	1 x/jour ou plus. Dans ce cas combien de fois ou d'unités par jour ?			
!	>>>> LISTE DES ALIMENTS		11	12
	NB : Pour ceux marqués d'une *, répondez en excluant les produits allégés ou lights. Ils font l'objet de questions spécifiques.			
>	Lait			12
>	Produits laitiers (petits suisses, yaourts, fromage blanc...)			12
>	Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, fromage blanc...)*			12
>	Produits laitiers et desserts ALLÉGÉS (à 0 % ou 20 %)			12
>	[pilote] Laites et produits laitiers (sauf fromage)	9	11	
>	[i2] Laitages et desserts lactés (lait, petits suisses, yaourts, fromage blanc...)			
>	Viande (bœuf, veau, agneau, porc...), volaille (poulet,...), lapin	9		
>	Viande (bœuf, veau, agneau, porc...)		11	12
>	Volaille (poulet, dinde...)		11	12
>	Poissons ou fruits de mer	9	11	12
>	Œufs	9	11	12
>	Pain, biscottes et céréales	9	11	
>	Pain blanc, biscottes			12
>	Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes			12
>	Céréales pour le petit déjeuner			12
>	Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule...)	9	11	12
>	Riz complet ou brun, pâtes complète...			12
>	[pilote] Fruits crus ou cuits y compris les jus de fruits (100%)	9		
	Fruits crus ou cuits		11	
>	Fruits frais (y compris pressés)			12
>	[pilote] Légumes crus (crudités) ou cuits sauf la pomme de terre	9	11	12
>	[i2+i3] Légumes crus (crudités) ou cuits			
>	Légumes secs (lentilles, haricots blancs, fèves, pois chiches...)	9	11	12
>	Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales		11	
>	Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... *			12

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q n°	i2 Q n°	i3 Q n°
>	Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... ALLÉGÉS			12
>	Chips, biscuits salés, cacahouètes et autres produits pour l'apéritif		11	
>	Biscuits salés, cacahouètes et autres produits apéritifs			12
>	[pilote] Plats préparés industriels ou de traiteur [i2] Plats composés préparés, en conserve ou surgelés (couscous, cassoulet, choucroute...)	9	11	
>	Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...)*			12
>	Plats cuisinés du commerce ALLÉGÉS			12
>	[i2] Hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches... [i3] Plats de restauration rapide (hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches...)		11	12
>	Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...)			12
>	[i2] Pâtisserie, gâteau [i3] Pâtisserie, gâteau, viennoiseries		11	12
>	[pilote] Charcuterie [i2+i3] Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillettes...)	9	11	12
>	Fromage	9	11	
>	Fromages*			12
>	Fromages ALLÉGÉS			12
>	Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)			12
>	Huile (assaisonnement ou cuisson)			12
	>>> LISTE DES BOISSONS		11	12
	Jamais ou presque			
	Moins d'1 x /semaine			
	Environ 1 x /semaine			
	2 à 3 x /semaine			
	4 à 6 fois par semaine			
	1 x/jour ou plus. Dans ce cas combien de verres ou de tasses par jour ?			
>	Café	9	11	12
>	Thé	9	11	12
>	[i2] Jus de fruits, nectar de fruits [i3] Jus ou nectar de fruits du commerce		11	12
>	Boissons sucrées ou sodas	9		
>	Soda, boisson gazeuse (Coca, Orangina, Schweppes...)		11	
>	Soda (Orangina, Schweppes...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)*			12
>	Soda, boisson aromatisée LIGTH ou ZÉRO			12
>	Boissons énergisantes (Red bull, Monster...) à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs.		11	12
#▶	Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les produits "lights" ou allégés suivants ?		12	
	Jamais			
	Rarement			
	Souvent			
	Tous les jours			
>	Yaourt, fromage blanc à 0 ou 20 %		12	
>	Beurre, margarine		12	
>	Sucre allégé (édulcorant, stévia...)		12	
>	Soda, boisson light, zéro...		12	
#▶	[pilote] Quels corps gras utilisez vous de façon préférentielle, parmi les suivants (plusieurs réponses sont possibles) : (cf. liste des corps gras) [jamais] [rarement] [souvent] [presque toujours]	10	12	
	[i1] Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les corps gras suivants ? (cf. liste des corps gras)			
	[i3] Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les matières grasses ajoutées suivantes ?			
	Jamais			
	Rarement			
	Souvent			
	Tous les jours			
	>>>LISTE DES CORPS GRAS			
>	Beurre	10	12	
>	Margarine	10		
>	Margarine standard		12	
>	Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3...)		12	

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
>	Margarine enrichie en stérols végétaux (Fsuit d'Or Pro-Activ, Saint-Hubert Cholegram...)		12	
>	Huile de maïs	10	12	
>	Huile d'arachide	10	12	
>	Huile de tournesol	10	12	
>	Huile de pépins de raisin	10	12	
>	Huile d'olive	10	12	
>	[pilote] Huile mélangée [i2] Huile de mélange (ISIO 4, 4 graines végétales...)	10	12	
>	Huile de colza	10	12	
>	[pilote] Huile de noix [i2] Huile de noix, noisettes	10	12	
>	Huile de soja		12	
>	Autre	10		
▶	Quel type de matière grasse utilisez-vous le plus souvent pour cuire les aliments ? (une seule réponse) Beurre Beurre allégé Huile Margarine Autre			16
>	Si vous utilisez de la margarine, précisez quel type : - Margarine standard - Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3...) - Margarine enrichie en stérols végétaux (Fruit d'Or Pro-Activ, Saint-Hubert Cholegram...)			16
▶	Quels types d'huile utilisez-vous le plus souvent pour l'assaisonnement ou la cuisson ? (2 réponses maximum) Tournesol Arachide Colza Huile de mélange (type Isio 4) Olive Autre			17
▶	Combien de sucre (blanc, brun, roux...) consommez-vous par jour (café, thé, yaourt...) ? (nombre de morceaux ou de cuillerées à café) Jamais ou rarement 1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus			13
▶	Combien de sucre allégé ou édulcorant (aspartame, stévia, sirop d'agave...) consommez-vous par jour (café, thé, yaourt...) ? (nombre de morceaux, sucrées ou de cuillerées à café) Jamais ou rarement 1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus			14
▶	Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ? O/N	11		15
▶	Avez-vous eu une perte d'appétit au cours des 3 derniers mois ? Non Oui, modérée Oui, importante Ne sait pas	12		
CAPACITE VISUELLE				
▶	Actuellement, portez-vous régulièrement des lunettes de vue ou des lentilles oculaires ? O/N	13	13	18
>	Si oui, précisez s'il s'agit d'une vision de près, de loin, ou les deux et l'année où vous avez commencé à porter des lunettes ou des lentilles :	13	13	18
-	- __ Vision de loin : année __ __ __ __	13	13	18
-	- __ Vision de près : année __ __ __ __	13	13	18
▶	Avez-vous été opéré(e) de la cataracte ? O/N	14	14	19
	Si oui, avez-vous été opéré(e) : 1) d'un œil ; 2) des deux yeux	14	14	19
▶	[pilote] Au cours de votre vie, avez-vous déjà souffert de maladies oculaires ? O/N, [i1] Au cours de votre vie, avez-vous déjà souffert d'autres maladies oculaires ? O/N	15	15	20
>	Si oui, était-ce (précisez si la maladie concernait un œil ou les deux yeux) :	15	15	20
-	- Une dégénérescence maculaire (DMLA) : __ un œil / __ des deux yeux	15	15	20
-	- Un glaucome ou une hypertension oculaire : __ un œil / __ des deux yeux	15	15	20

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	Est-ce qu'un médecin ou un professionnel de santé vous a déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète ? O/N	32	32	
>	Si oui, était-ce uniquement au cours d'une grossesse (uniquement pour les femmes) ? O/N	32	32	
▶	Si vous êtes une femme : un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteinte de diabète gestationnel (c'est-à-dire un diabète découvert pendant la grossesse, traité par insuline ou modification de l'alimentation et de l'activité physique) ? Non concernée (vous n'avez jamais été enceinte) / Oui / Non			38
▶	Un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète (en dehors d'un diabète gestationnel) ? O/N			39
▶	A quel âge vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez diabétique ? __ __ ans	33	33	40
▶	Consultez-vous régulièrement un médecin pour le suivi de votre diabète ? O/N	34	34	41
>	Si oui s'agit-il :	34	34	41
>	- D'un médecin généraliste			
>	- D'un spécialiste (endocrinologue, diabétologue...)	34	34	41
▶	Actuellement êtes-vous traité(e) pour votre diabète par des comprimés ? O/N	35	35	42
▶	Actuellement, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ? O/N	36	36	43
>	[pilote] Si oui, depuis quel âge ? __ __ ans	36	36	43
>	[i1] Si oui, à quel âge environ avez-vous commencé les injections d'insuline ? __ __ ans			
▶	Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée (ou bien glycosylée encore appelée HbA1c) ? O/N	37	37	44
▶	Avez-vous déjà eu un dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ? O/N/ Ne sait pas	38	38	45
>	[pilote] Si oui, connaissez-vous votre dernier résultat d'hémoglobine glyquée (ou bien glycosylée) ? __ __ , __ __ %	38	38	45
>	[i1] Si oui, quel est votre dernier résultat d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ? __ __ , __ __ %			
▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté [(pour votre diabète ou pour une autre raison)]* :	39	39	46
>	Un ophtalmologiste ? O/N	39	39	46
>	Un professionnel des pieds (podologue, pédicure) ? O/N	39	39	46
>	Un néphrologue ? O/N	39	39	46
>	Un diététicien ? O/N	39	39	46
TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES				
#▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ? <i>Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondant</i>	40	40	47
>	Nuque / Cou : O/N	40	40	47
>	Epaule : O/N	40	40	47
>	Coude / avant-bras : O/N	40	40	47
>	Main / Poignet / Doigts : O/N	40	40	47
>	Bas du dos : O/N	40	40	47
>	Genou / jambe : O/N	40	40	47
#▶	Au cours des 12 derniers mois, combien de temps au total, avez-vous souffert au niveau des zones du corps suivantes* ? <i>Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation</i> Moins de 24 heures De 1 à 7 jours De 8 à 30 jours Plus de 30 jours En permanence	41	41	48
>	Nuque / Cou	41	41	48
>	Epaule	41	41	48
>	Coude / avant-bras	41	41	48
>	Main / Poignet / Doigts	41	41	48
>	Bas du dos	41	41	48
>	Genou / jambe	41	41	48
#▶	Si vous avez souffert de douleurs du bas du dos (lombalgies) au moins un jour au cours des 12 derniers mois, s'agissait-il de ?	42	42	49
>	Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou : O/N	42	42	49
>	Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou : O/N	42	42	49
>	Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée) : O/N	42	42	49
>	Autre type de lombalgie : O/N	42	42	49

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
# ▶	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ? <i>Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante</i>	43	43	50
>	Nuque / Cou : O/N	43	43	50
>	Epaule : O/N	43	43	50
>	Coude / avant-bras : O/N	43	43	50
>	Main / Poignet / Doigts : O/N	43	43	50
>	Bas du dos : O/N	43	43	50
>	Genou / jambe : O/N	43	43	50
# ▶	Au moment où vous remplissez le questionnaire, comment évaluez-vous l'intensité de ce(s) problème(s) sur l'échelle ci-dessous ? <i>Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation</i> Ni gêne, ni douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	44	44	51
>	Nuque / Cou	44	44	51
>	Epaule	44	44	51
>	Coude / avant-bras	44	44	51
>	Main / Poignet / Doigts	44	44	51
>	Bas du dos	44	44	51
>	Genou / jambe	44	44	51
# ▶	Avez-vous déjà été opéré pour :	45	45	52
>	Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ? O/N	45	45	52
>	Un problème de genou ? O/N	45	45	52
>	Un problème touchant le bras ou la main (par exemple syndrome du canal carpien) ? O/N	45	45	52
>	Un problème d'épaule ? O/N	45	45	52
>	Un autre problème touchant les articulations ? O/N, Si oui, précisez pour quelle articulation :	45	45	52
# ▶	Avez-vous déjà eu un changement de travail ou de poste de travail pour :	46	46	53
>	Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ? O/N	46	46	53
>	Un problème de genou ? O/N	46	46	53
>	Un problème touchant le bras ou la main (par exemple syndrome du canal carpien) ? O/N	46	46	53
>	Un problème d'épaule ? O/N	46	46	53
>	Un autre problème touchant les articulations ? O/N, Si oui, précisez pour quelle articulation :	46	46	53
▶	Avez-vous arrêté définitivement de travailler, avant la date officielle de la retraite, pour un problème de dos ou un autre problème touchant les articulations ? O/N Si oui précisez pour quel problème de santé :	47	47	54
■	VOTRE MORAL			
▶	Score CES-D (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Classe score CES-D (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. [Au cours de la dernière semaine]*, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. <i>Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.</i> Jamais, très rarement (moins d'1 jour) Occasionnellement (1 à 2 jours) Assez souvent (3 à 4 jours) Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)	48	48	55
>	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	48	48	55
>	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	48	48	55
>	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	48	48	55
>	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	48	48	55
>	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	48	48	55
>	Je me suis senti(e) déprimé(e)	48	48	55
>	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	48	48	55
>	J'ai été confiant(e) en l'avenir	48	48	55
>	J'ai pensé que ma vie était un échec	48	48	55
>	Je me suis senti(e) craintif(ve)	48	48	55
>	Mon sommeil n'a pas été bon	48	48	55

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
>	J'ai été heureux(se)	48	48	55
>	J'ai parlé moins que l'habitude	48	48	55
>	Je me suis senti(e) seul(e)	48	48	55
>	Les autres ont été hostiles envers moi	48	48	55
>	J'ai profité de la vie	48	48	55
>	J'ai eu des crises de larmes	48	48	55
>	Je me suis senti(e) triste	48	48	55
>	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	48	48	55
>	J'ai manqué d'entrain	48	48	55
SOMMEIL				
Heures de sommeil par nuit (indicateur calculé, voir documentation)		x	x	x
▶	Au cours du dernier mois, indiquez combien de jours : Jamais 1 à 3 jours 4 à 7 jours 8 à 14 jours 15 à 21 jours 22 à 31 jours	49	49	56
>	Vous avez eu des difficultés à vous endormir	49	49	56
>	Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	49	49	56
>	Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	49	49	56
>	Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	49	49	56
▶	Au cours de la dernière semaine (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi en moyenne par nuit ? _ _ heures / _ _ minutes	50	50	
▶	Au cours de la dernière semaine (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi en moyenne par nuit ? Moins de 5 heures / 5 h 30 / 6 h / 6 h 30 / 7 h / 7 h 30 / 8 h / 8 h 30 / 9 h / 9 h 30 / 10 h et plus			57
LIMITATIONS				
▶	[pilote] Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, pour effectuer les activités que les gens de votre âge font ou peuvent faire habituellement à la maison, au travail, à l'école ou dans les autres occupations comme les déplacements, jeux, sports, loisirs ?	51	51	58
	[i1]Depuis au moins 6 mois, êtes-vous limité(e) c'est à dire avez-vous des difficultés à cause d'un problème de santé, pour effectuer les activités courantes (à la maison, au travail, pendant les loisirs...) en vous comparant aux personnes de votre âge ? Oui, fortement limité(e) Oui, limité(e) Oui, légèrement limité(e) Non			
>	Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)	51	51	58
>	- Accident de la circulation routière			
>	- Autre accident corporel (accident domestique, lié à une activité sportive, du travail...)	51	51	58
>	- Trouble(s) de la vision ou de l'audition	51	51	58
>	- Maladie(s) chronique(s) (diabète, sclérose en plaques...)	51	51	58
>	- Séquelle(s) de maladie	51	51	58
>	- Arthrose	51	51	58
>	- Douleurs importantes	51	51	58
>	- Surcharge pondérale	51	51	58
>	- Etat dépressif	51	51	58
>	- Troubles du sommeil	51	51	58
>	- Fatigue importante	51	51	58
>	- Migraines	51	51	58
>	- [pilote] Etat nerveux (anxiété, troubles du comportement)	51	51	58
>	[i1] Troubles psychiques (anxiété, troubles du comportement, phobies, TOC...)			
>	- Malformation congénitale (c'est-à-dire depuis la naissance)*	51	51	58
>	- Autre raison de santé, précisez (Nb : "précisez" disparaît à partir de i1)	51	51	58

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	Pouvez-vous monter ou descendre seul(e) un étage d'escalier ? Oui, sans aucune difficulté Oui, mais avec quelques difficultés Oui, mais avec beaucoup de difficultés Non	52	52	59
>	Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? O/N	52	52	59
▶	Pouvez-vous marcher un kilomètre seul(e) sans vous arrêter (en marchant avec ou sans cannes, béquilles...)? Oui, sans aucune difficulté Oui, mais avec quelques difficultés Oui, mais avec beaucoup de difficultés Non	53	53	60
>	Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? O/N	53	53	60
▶	Pouvez-vous porter seul(e) un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ? Oui sans aucune difficulté Oui, mais avec quelques difficultés Oui, mais avec beaucoup de difficultés Non	54	54	61
>	Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? O/N	54	54	61
▶	Dans la vie courante, éprouvez-vous des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul ?	55	55	62
>	De lecture (y compris avec des lunettes) O/N	55	55	62
>	D'écriture (y compris avec des lunettes) O/N	55	55	62
>	De calcul O/N	55	55	62
▶	Avez-vous besoin d'une aide pour vous occuper des papiers, des démarches administratives (exemples : chèques, feuilles de soins...) Jamais Parfois Souvent Toujours	56	56	63
▶	Remplissez-vous ce questionnaire ? Vous-même Avec l'aide d'un proche Avec l'aide d'une personne du Centre d'Examens de santé	57	57	64
▶	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur(trice)) pour vous-même* ? O/N	58	58	65
FOYER ET CADRE DE VIE				
▶	De quelle zone géographique êtes-vous originaire ? France métropolitaine DOM-TOM Europe Afrique du Nord Afrique noire (ou subsaharienne) Asie Autre Ne peut pas répondre	59	59	66
▶	Si vous n'êtes pas né(e) en France, à quel âge y êtes-vous arrivé(e) ? __ __ ans	60	60	67
▶	Quelle est votre nationalité ? Français(e) de naissance Devenu(e) français(e) par acquisition (naturalisation) De nationalité étrangère	61	61	68
▶	[pilote] Dans quelle(s) langue(s) vous parliez d'habitude vos parents quand vous étiez enfant ? [i1-2-3] Quand vous étiez enfant, dans quelle(s) langue(s) vous parliez habituellement vos parents ou les personnes qui vous ont élevé(e) ? Le français uniquement [pilote] Une autre langue que le français [i1-2-3] Une ou plusieurs langues mais pas le français [pilote] Le français et une autre langue [i1-2-3] Le français et une ou plusieurs autres langues	62	62	69
▶	De quelle zone géographique votre père est-il originaire ? France métropolitaine DOM-TOM Europe Afrique du Nord Afrique noire (ou subsaharienne) Asie Autre Ne peut pas répondre	63	63	70

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	De quelle zone géographique votre mère est-elle originaire ? France métropolitaine DOM-TOM Europe Afrique du Nord Afrique noire (ou subsaharienne) Asie Autre Ne peut pas répondre	64	64	71
▶	Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre père pendant votre adolescence ? Agriculteur exploitant Artisan, commerçant, chef d'entreprise Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...) Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien, contremaître, agent de maîtrise...) Employé (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...) Ouvrier Au foyer, sans profession Autre, précisez : Ne peut pas répondre	65	65	72
▶	Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre mère pendant votre adolescence ? Agricultrice exploitante ou conjointe sur exploitation Artisan, commerçante, chef d'entreprise ou conjointe collaboratrice Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...) Profession intermédiaire (professeure des écoles, infirmier, assistante sociale, technicienne, contremaître, agent de maîtrise...) Employée (employée de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...) Ouvrière Au foyer, sans profession Autre, précisez : Ne peut pas répondre	66	66	73
	Nombre d'années d'éducation	x	x	x
	ISCED 2011 (International Standard Classification of Education)	x	x	x
	Diplôme ministère en France	x	x	x
▶	Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ? Sans diplôme Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires, Diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges) Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP) Baccalauréat ou diplôme équivalent (a) Niveau Bac + 2 ou + 3 (b) Niveau Bac + 4 (c) Bac + 5 ou plus (d) Autre, précisez :	67	67	74
!	<i>(a) Exemples : Capacité en droit, Diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), Brevet Professionnel (BP), Brevet de Technicien (BT), Probatoire du Diplôme d'Etudes Comptables Supérieures (DECS)</i> <i>(b) Exemples : Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT), Brevet de Maîtrise (BM), Diplôme des Métiers d'Arts (DMA), Diplôme d'études universitaires générales (DEUG), Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST), Licence, Licence professionnelle</i> <i>(c) Exemples : Maîtrise, Maîtrise des Sciences et Techniques (MST), Maîtrise des Sciences de Gestion (MSG), Diplôme d'études approfondies (DEA), Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), Master</i> <i>(d) Exemples : Doctorat, Diplôme de recherche technologique (DRT)</i>	67,5	67,5	74,5
▶	Ce diplôme a-t-il été obtenu dans le cadre d'une validation des acquis professionnels ? O/N/Ne sait pas	68	68	75
▶	Quelle est votre situation de famille actuelle au sens de l'état civil ? Célibataire (jamais marié(e)) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)	69	69	76
# ▶	Dans le domicile où vous résidez le plus souvent, vivez-vous :	70	70	77
>	- En couple : O/N	70	70	77
>	Si non , avez-vous une relation amoureuse, sentimentale suivie ? O/N			
>	- Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) : O/N	70	70	77
>	Si oui , combien ? __ __ enfant(s)			
>	- Avec d'autres personnes (famille, amis...) : O/N, si oui :	70	70	77
	Avec combien d'ascendants (parent, beaux parents ou grands-parents) ? __ __			
	Avec combien de personnes autres que les ascendants ? __ __			
▶	Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ? O/N	71	71	78
	Si oui , combien (qu'ils habitent ou pas à votre domicile) ? __ __ enfant(s)	71	71	78

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	Quelle est la situation actuelle de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	72	72	79
>	Occupe un emploi, y compris s'il (elle) est en arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité / paternité / d'adoption / parental	72	72	79
>	Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi	72	72	79
>	Retraité(e) ou retiré(e) des affaires	72	72	79
>	En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)	72	72	79
>	Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)	72	72	79
>	Au foyer, sans profession	72	72	79
>	Autre, précisez	72	72	79
▶	Quelle est la catégorie socioprofessionnelle actuelle de votre conjoint(e) ou celle qu'il (elle) a occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement (retraite, chômage...) ? Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice) Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...) Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...) Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...) Ouvrier(ère) N'a jamais travaillé Autre, précisez	73	73	80
#▶	[pilote] Quelle est l'origine de vos ressources personnelles ? <i>(indiquer la ou les deux plus importantes)</i>	74	74	81
	[i1] Quelle est l'origine de vos revenus personnels ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>			
>	Revenus professionnels	74	74	81
>	Indemnités ou allocations de chômage	74	74	81
>	Pension(s) de retraite, pension(s) de réversion, allocation(s) de pré-retraite, allocation(s) du minimum vieillesse, allocation de solidarité aux personnes âgées...	74	74	81
>	Revenu de solidarité active (RSA)	74	74	81
>	Allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou pour frais professionnels (ACFP), prestation de compensation, pension d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), rente d'incapacité permanente partielle...	74	74	81
>	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation journalière de présence parentale (AJPP)	74	74	81
>	Autre(s) aide(s) familiale(s) : allocation(s) de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), complément familial, allocation de soutien familial...	74	74	81
>	Aide(s) au logement : allocation de logement, aide personnalisée au logement...	74	74	81
>	Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail	74	74	
>	Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail, maternité ou paternité ou adoption			81
>	Revenus du capital (loyers, dividendes...)	74	74	81
>	Pension(s) alimentaire(s)	74	74	81
>	Aide régulière de la famille ou de proches	74	74	81
>	Bourse, aide pour financer ses études	74	74	81
>	Sans revenus personnels ou uniquement ceux du (de la) conjoint(e)	74	74	81
>	Autre, précisez :	74	74	81
▶	[pilote] Quel est le montant global des revenus mensuels nets de votre ménage ? <i>(c'est-à-dire la somme de tous les revenus, au cours d'une période de 12 mois et quelle qu'en soit la source, des personnes qui contribuent aux revenus de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e))</i>	75	75	82
	[i1] Quel est le montant total des revenus mensuels nets de votre foyer (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e), quelle qu'en soit l'origine) ? moins de 450 € de 450€ à moins de 1000 € de 1000 € à moins de 1500 € de 1500 € à moins de 2100 € de 2100 € à moins de 2800 € de 2800€ à 4200€ 4200€ et plus Ne sait pas répondre Ne souhaite pas répondre			
▶	Au total, combien de personnes (vous-même, conjoint(e), personne(s) à charge...) contribuent aux revenus de votre foyer quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine...) ? I _ I _ I personne(s) contribue(nt) au revenu du foyer	76	76	83

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	Actuellement, avez-vous un ou plusieurs emprunts en cours (immobiliers, prêts personnels, revolving, leasing, achats à crédit...) ? O/N	77	77	84
▶	Actuellement, avez-vous une ou plusieurs pensions alimentaires à verser à quelqu'un qui ne vit pas avec vous ? O/N	78	78	85
▶	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même ou votre conjoint, à certains soins de santé pour des raisons financières ? O/N	79	79	86
▶	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vos enfants, à certains soins de santé pour des raisons financières ? O/N/Non concerné(e)	80	80	87
▶	Y a-t-il des moments dans le mois où vous rencontrez des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts...) ? Non, et cela n'est jamais arrivé Non, mais cela est arrivé dans le passé Oui, depuis moins d'un an Oui, depuis plusieurs années	81	81	88
VIE SEXUELLE				
#▶	Avez-vous eu déjà des rapports sexuels ? O/N/Ne souhaite pas répondre	82	82	89
▶	A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? I__I__I ans /Ne souhaite pas répondre	83	83	90
▶	Était-ce avec : Un homme/Une femme/Ne souhaite pas répondre	84	84	91
▶	Au cours de votre vie, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels ? I__I__I partenaire(s)/Ne souhaite pas répondre	85	85	92
▶	Était-ce : Uniquement des hommes Uniquement des femmes Des hommes et des femmes Ne souhaite pas répondre	86	86	93
▶	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un nouveau ou une nouvelle partenaire ? O/N/Ne souhaite pas répondre	87	87	94
▶	[pilote] Au cours du mois dernier, diriez-vous que vous avez eu des rapports sexuels : [i1] Au cours du mois dernier, avez-vous eu des rapports sexuels ? O/N/Ne souhaite pas répondre	88	88	95
>	Si oui, était-ce : Moins d'une fois dans le mois (disparaît dans le i3) 1 à 3 fois dans le mois 1 à 2 fois par semaine 3 à 6 fois par semaine 1 fois par jour ou plus Ne souhaite pas répondre	88	88	95
▶	[pilote] Actuellement, avez-vous une partenaire stable (conjoint(e) ou ami(e)) ? O/N [i1] Actuellement, avez-vous des rapports sexuels avec un(e) partenaire stable ? O/N/Ne souhaite pas répondre	89	89	96
▶	Au cours de votre relation actuelle, avez-vous utilisé ou utilisez-vous des préservatifs ? O/N/Pas de relation actuelle/Ne souhaite pas répondre	90	90	97
>	Si oui, est-ce ou était-ce pour vous protéger du sida ? Non, vous l'utilisez ou vous l'avez utilisé pour d'autres raisons Oui, vous l'avez utilisé à un moment de votre relation pour vous protéger du sida, puis vous avez arrêté Oui, vous l'utilisez encore pour vous protéger du sida mais pas systématiquement Oui, vous l'utilisez encore systématiquement pour vous protéger du sida	90	90	97
▶	Avez-vous déjà réalisé un test HIV ? O/N/Ne souhaite pas répondre	91	91	98
▶	Si vous êtes un homme, êtes-vous circoncis ? O/N/Ne souhaite pas répondre	92	92	99
▶	Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports (ou immédiatement après ceux-ci) ? Jamais ou exceptionnellement Parfois Souvent Toujours Ne souhaite pas répondre	93	93	100
▶	Si vous avez des douleurs au cours des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ? Les douleurs ne gênent pas les rapports Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport Les rapports sont impossibles à cause de la douleur Ne souhaite pas répondre	94	94	101

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
▶	[pilote] Actuellement diriez-vous que vous êtes : Pas du tout satisfait(e) de votre vie sexuelle Pas très satisfait(e) de votre vie sexuelle Satisfait(e) de votre vie sexuelle Très satisfait(e) de votre vie sexuelle	95	95	102
	[i1] Actuellement, votre vie sexuelle vous paraît-elle : Pas du tout satisfaisante Pas très satisfaisante Satisfaisante Très satisfaisante Ne souhaite pas répondre Sans objet (posé sur l'AQ du pilote seulement)			
▶	Actuellement, votre vie de couple vous paraît-elle : Pas du tout satisfaisante Pas très satisfaisante Non satisfaisante (en 2009 seulement) Satisfaisante Très satisfaisante Ne souhaite pas répondre Non concerné(e) Sans objet (posé sur l'AQ du pilote seulement)	96	96	103
CONSOMMATION DE TABAC & DE CIGARETTE ELECTRONIQUE				
▶	Statut tabagique au cours de la vie (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Statut tabagique à l'inclusion (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Paquets-année (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares) ? O/N	97	97	104
>	Si oui : A quel âge avez-vous commencé ? __ __ ans	97	97	104
>	Si oui : Fumez-vous encore actuellement ? O/N	97	97	104
-	Si non (si vous ne fumez plus actuellement) : A quel âge avez-vous arrêté (dernier arrêt) ? __ __ ans	97	97	104
▶	Si vous vous êtes déjà arrêté puis avez recommencé, combien de temps au total ces périodes d'arrêt ont-elles duré ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) au total : __ __ année(s)	98	98	105
#▶	Sur l'ensemble de vos périodes de consommation, avez-vous fumé :	99	99	106
▶	La cigarette (hors cigarette électronique* (*ajouté dans le i3)) : O/N	99	99	106
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous fumé la cigarette ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) : __ __ année(s)	99	99	106
>	- Combien de cigarette(s) par jour en moyenne ? moins d'1 cigarette par jour/1 cigarette par jour ou plus -> indiquez combien de cigarette(s) par jour en moyenne : __ __ cigarette(s)	99	99	106
▶	Le cigarillo : O/N	99	99	
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous fumé le cigarillo ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) : __ __ année(s)	99	99	
>	- Combien de cigarillo(s) par jour en moyenne ? moins d'1 cigarillo par jour/1 cigarillo par jour ou plus -> indiquez combien de cigarillo(s) par jour en moyenne : __ __ cigarillo(s)	99	99	
▶	La pipe : O/N	99	99	
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous fumé la pipe ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) : __ __ année(s)	99	99	
>	- Combien de pipe(s) par jour en moyenne ? moins d'1 pipe par jour/1 pipe par jour ou plus -> indiquez combien de pipe(s) par jour en moyenne : __ __ pipe(s)	99	99	
▶	Le cigare : O/N, si oui :	99	99	
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous fumé le cigare ? Moins d'1 an / 1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) : __ __ année(s)	99	99	
>	- Combien de cigare(s) par jour en moyenne ? moins d'1 cigare par jour/1 cigare par jour ou plus -> indiquez combien de cigare(s) par jour en moyenne : __ __ cigare(s)	99	99	
▶	Le cigarillo, le cigare, la pipe : O/N, si oui :			106
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous fumé le cigarillo, le cigare ou la pipe ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'année(s) : __ __ année(s)			106

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
>	- Combien par jour en moyenne ? moins d'1 par jour/1 ou plus par jour -> indiquez combien par jour en moyenne : __ __			106
▶	Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ? O/N, si oui :			107
>	Si oui : - Pendant combien d'année(s) avez-vous utilisé la cigarette électronique ? Moins d'1 an/1 an ou plus -> indiquez combien d'années au total : __ __ année(s)			107
>	- Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables ? O/N, si oui : Indiquez combien de cigarettes par jour en moyenne : __ __			107
>	- Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ? O/N, si oui : Indiquez combien de ml par jour en moyenne : __ __			107
>	- Quel dosage en nicotine utilisez-vous en moyenne (mg/ml) ? 0/Moins de 6/6-12/13 ou plus			107
CONSOMMATION DE CANNABIS				
▶	Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ? O/N/Ne souhaite pas répondre	100	100	108
▶	Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ? O/N/Ne souhaite pas répondre	101	101	109
▶	Si oui : - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis, haschisch, marijuana, herbe, joint, shit ? O/N	101	101	109
>	Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois ? __ __	101	101	109
▶	- Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis, haschisch, marijuana, herbe, joint, shit ? O/N	101	101	109
>	Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours ? __ __	101	101	109
CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES				
▶	Score AUDIT (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Classe score AUDIT (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
	Score AUDIT-C (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
	Classe score AUDIT-C (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Consommation d'alcool moyenne minimum en nombre de verres (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Recommandation selon la consommation journalière d'alcool (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
#▶	Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées (vin, apéritif, cidre, bière...) ? O/N	102	102	110
▶	Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ? 1 à plusieurs fois par semaine -> indiquez combien de jours par semaine : __ jours 2 à 3 fois par mois 1 fois par mois ou moins Jamais -> indiquez pourquoi : Pour des raisons de santé / Par goût / Autre	103	103	111
!	Les 3 questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées standard. Pour y répondre, référez-vous aux illustrations : 25 cl de bière à 5° / 12,5 cl de champagne à 12° / 12,5 cl de vin à 12° / 2,5 cl de pastis à 45° / 4 cl de digestif à 40° / 4 cl de whisky à 40° / 2,5 cl de digestif à 45° NB : tous ces verres standard contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes). Une "chope" de bière de 50 cl ou une double "dose" d'alcool fort équivalent à 2 boissons standard.	103	103	111
▶	Les jours où vous consommez de l'alcool, combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne au cours d'une journée ? __ __ boisson(s) alcoolisée(s) standard	104	104	112
▶	A quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six boissons alcoolisées standard ou plus au cours d'une même occasion ? Jamais Moins d'une fois par mois Chaque mois Chaque semaine Chaque jour ou presque	105	105	113
▶	Au cours des 12 derniers mois, quel est le nombre maximal de boissons alcoolisées standard que vous avez consommées en 1 jour ? __ __ boisson(s) alcoolisée(s) standard	106	106	114
▶	En pensant aux 12 derniers mois, répondez aux questions suivantes par les modalités qui suivent Jamais Moins d'1 fois par mois Chaque mois Chaque semaine Chaque jour ou presque	107	107	115
>	Combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que normalement vous auriez dû faire, parce que vous aviez bu ?	107	107	115
>	Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	107	107	115
>	Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	107	107	115
>	Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez bu ?	107	107	115
>	Après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	107	107	115
▶	Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? O/N	108	108	116

Modes de vie et santé Auto Questionnaire à remplir au domicile		versions		
		i1 Q.n°	i2 Q.n°	i3 Q.n°
	Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? O/N	108	108	116
▶	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer ? O/N	109	109	117
	Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? O/N	109	109	117
▶	Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard au cours de la dernière semaine : 1. Du lundi au vendredi (par jour en moyenne) / 2. Vendredi / 3. Samedi / 4. Dimanche pour chaque catégorie de boissons listée ci-dessous ?	110	110	118
>	1. Aucune boisson	110	110	118
>	2. Bière, Cidre __ __ verre(s) standard	110	110	118
>	3. Vin, champagne (Rouge, rosé, blanc) __ __ verre(s) standard	110	110	118
>	4. Alcool fort (Whisky, Vodka, Pastis, etc.) __ __ verre(s) standard	110	110	118
>	5. Apéritif (Suze, Martini, etc.) __ __ verre(s) standard	110	110	118
>	6. Premix __ __ bouteille(s) de 30 cl	110	110	118
>	7. Cocktail (Gin tonic, Punch, Tequila sunrise, etc.) __ __ verre(s) standard	110	110	118
!	<i>* Premix : petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5° : Smirnoff Ice™...</i>	110	110	118
▶	A quel âge avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée standard pour la première fois ? __ __ ans	111	111	119
▶	Avez-vous déjà été saoul(e) ? O/N	112	112	120
>	Si oui quel âge aviez-vous la première fois ? __ __ ans	112	112	120
VIE AU TRAVAIL				
▶	Actuellement, exercez-vous un emploi ? O/N	113	113	121
	Effort-reward Ratio (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x
▶	Pour les questions suivantes cochez la case qui correspond le mieux à votre situation pour votre emploi actuel. Si vous avez plusieurs emplois, répondez pour votre emploi principal (celui qui vous prend le plus de temps). Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord	114	114	122
>	Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	114	114	122
>	Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	114	114	122
>	Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	114	114	122
>	Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	114	114	122
>	Mes perspectives de promotion sont faibles	114	114	122
>	Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans la situation de travail	114	114	122
>	Ma sécurité d'emploi est menacée	114	114	122
>	Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	114	114	122
>	Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	114	114	122
>	Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	114	114	122
>	Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	114	114	122
>	Je commence à penser à des problèmes liés au travail dès que je me lève le matin	114	114	122
>	Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	114	114	122
>	Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	114	114	122
>	Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher	114	114	122
>	Quand j'ai remis à plus tard quelque chose que j'aurais dû faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	114	114	122
DIVERS				
▶	Est-ce que vous avez accès à Internet ? O/N	115	115	123
>	Si oui, accepteriez-vous de remplir un questionnaire par Internet ? O/N	115	115	123

Santé des femmes

Auto Questionnaire à remplir au centre d'examens de santé

version

i1

Q n°

<input type="checkbox"/>	A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? __ __ ans	0,5
<input type="checkbox"/>	VOS CYCLES MENSTRUELS	
<input type="checkbox"/>	Quelle est la date de vos dernières règles (même approximative) ? jj/mm/aaaa	1
#	Vous n'avez pas eu vos règles depuis 3 mois ou plus :	2
	a) Est-ce depuis :	2
<input type="checkbox"/>	Moins de 12 mois	
	Plus de 12 mois	
<input type="checkbox"/>	b) Est-ce que : <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	2
<input type="checkbox"/>	Vous êtes enceinte	2
<input type="checkbox"/>	Vous allaitez	2
<input type="checkbox"/>	Vous portez un stérilet hormonal (MIRENA®)	2
<input type="checkbox"/>	Vous prenez la pilule en continu (ou une pilule qui supprime les règles)	2
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une opération ; laquelle (lesquelles) ?	
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date : mm/aaaa	2
<input type="checkbox"/>	Vous avez eu une ablation des 2 ovaires, précisez la date : mm/aaaa	2
<input type="checkbox"/>	Vous êtes ménopausée	2
<input type="checkbox"/>	Autre situation, précisez :	2
!	En vous basant sur vos 3 derniers cycles :	3
	a) Vos règles sont-elles ?	3
<input type="checkbox"/>	Régulières spontanément (cycles de 24 à 32 jours environs)	
	Régulières sous pilule ou autre traitement hormonal	
	Irrégulières	
<input type="checkbox"/>	b) Quelle est la durée moyenne de vos règles (nombre de jours de saignements) ? __ __ jours	3
	c) Quelle est la durée de vos cycles menstruels (du 1er jour des règles jusqu'au 1er jour des règles suivantes) ? Indiquez une durée minimale et une durée maximale :	3
<input type="checkbox"/>	Exemple : si vos 3 derniers cycles étaient respectivement de 31, 26 et 28 jours, indiquez "durée minimale : 26 jours" et "durée maximale : 31 jours". durée minimale : __ __ jours ; durée maximale : __ __ jours	
	d) [2009] En vous basant sur vos trois derniers cycles, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de vos douleurs de règles :	3
<input type="checkbox"/>	d) Comment évaluez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles ? Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation. aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maximale imaginable	
<input type="checkbox"/>	En dehors des douleurs de règles, souffrez-vous régulièrement de douleurs localisées au bas-ventre ? O / N	4
<input type="checkbox"/>	Avez-vous des douleurs des seins avant vos règles ? O / N, si oui :	5
<input type="checkbox"/>	a) s'agit-il de douleurs concernant : un seul sein ; les deux	5
	b) Pendant combien de jours avez-vous mal avant les règles ?	5
<input type="checkbox"/>	Moins de 4 jours	
<input type="checkbox"/>	De 4 à 8 jours	
	De 9 à 15 jours	
	Plus de 15 jours	
<input type="checkbox"/>	c) Vos douleurs des seins disparaissent-elles (ou s'atténuent-elles fortement) avec l'apparition des règles ? O / N	5
<input type="checkbox"/>	d) Vos douleurs des seins sont-elles apparues : spontanément ; sous traitement hormonal uniquement (contraception, traitement pour infertilité...)	5
<input type="checkbox"/>	CONTRACEPTION	
<input type="checkbox"/>	Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive ? O / N, si oui :	6
<input type="checkbox"/>	a) A quel âge avez-vous commencé à la prendre ? __ __ ans	6
	b) Pendant combien de temps en tout l'avez-vous prise (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) :	6
	Moins d'un an	
<input type="checkbox"/>	Entre 1 et 3 ans (2009 : entre 1 et 2 ans)	
	Entre 3 et 5 ans (2009 : de 3 à 5 ans)	
	Plus de 5 ans	
<input type="checkbox"/>	Actuellement, utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ? O / N, si oui précisez lequel (lesquels) :	7
<input type="checkbox"/>	La pilule, précisez laquelle :	7
<input type="checkbox"/>	Un autre traitement hormonal	7
<input type="checkbox"/>	Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU) ; lequel : Au cuivre / Hormonal (MIRENA®) / Ne sait pas	7
<input type="checkbox"/>	Le préservatif masculin (capote)	7
<input type="checkbox"/>	L'anneau contraceptif (NUVARING®)	7
<input type="checkbox"/>	L'implant contraceptif (IMPLANON®)	7
<input type="checkbox"/>	Le patch contraceptif (EVRA®)	7

Santé des femmes

Auto Questionnaire à remplir au centre d'examens de santé

version

i1

Q n°

>	Des crèmes ou ovules spermicides	7
>	Le diaphragme ou la cape cervicale (en 2009 diaphragme seul)	7
>	Le préservatif féminin	7
>	Le retrait du partenaire avant éjaculation (coït interrompu)	7
>	Vous n'avez pas de rapport sexuel les jours à risque (méthode naturelle, Ogino, températures...)	7
>	Vous ou votre partenaire avez eu une intervention pour devenir stérile (ligature des trompes, vasectomie)	7
>	Autre moyen, précisez lequel :	7
FERTILITE		
	Avez-vous déjà eu, vous ou votre partenaire, une ou plusieurs interventions dans le but d'améliorer la fertilité de votre couple ?	8
▶	Oui, vous Oui, votre partenaire Oui, tous les deux Non, ni vous ni votre partenaire	
▶	Avez-vous déjà eu une salpingite (infection aiguë atteignant les trompes) ?	9
	O / N / Ne sais pas	
>	Si oui, avez-vous reçu un traitement par antibiotiques ? O / N	9
	Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire, avez-vous consulté un ou des médecins en raison de difficultés à obtenir une grossesse ?	10
▶	Oui, vous Oui, votre partenaire Oui, tous les deux Non, ni vous ni votre partenaire	
	Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire, avez-vous utilisé (ou utilisez-vous actuellement) un traitement médical pour favoriser la survenue d'une grossesse ?	11
▶	Oui, vous Oui, votre partenaire Oui, tous les deux Non, ni vous ni votre partenaire	
	Diriez-vous que vous souhaitez avoir une grossesse :	12
▶	dans les 6 prochains mois dans 6 mois à 1 an dans 1 à 2 ans Dans plus de 2 ans Pas immédiatement vous ne souhaitez pas (ou plus) avoir de grossesse vous ne pouvez pas (ou plus) avoir de grossesse	
▶	Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ? O / N	13
GROSSESSES		
	! Pour les 3 questions suivantes, tenez compte de toutes vos grossesses, quelle que soit la façon dont elles se sont terminées : y compris dans le cas d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), de grossesse extra-utérine, de fausse-couche spontanée même très précoce, d'IMG (Interruption Médicale de Grossesse), d'enfant mort-né.	
▶	Avez-vous déjà été enceinte, quelle que soit la façon dont la grossesse s'est terminée ?	14
	O (y compris si vous êtes actuellement enceinte)/N	
▶	Au total, combien de grossesses avez-vous eues (y compris la grossesse actuelle si vous êtes enceinte), quelle que soit la façon dont elles se sont terminées ?	15
	_ _ grossesses	
▶	A quelle date s'est terminée votre dernière grossesse (quelle qu'en soit l'issue) ?	16
	jj/mm/aaaa Je suis actuellement enceinte	
▶	Au cours de votre vie, avez-vous eu une (ou plusieurs)* grossesses extra-utérines (grossesse se développant de façon anormale en dehors de l'utérus, par exemple dans la trompe) ? O / N	17
	Si oui, combien ? _ _ grossesse(s) extra-utérine(s)	17
▶	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs fausses couches ? O / N	18
	Si oui, combien ? _ _ fausse(s) couche(s)	18
▶	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs IVG (Interruption volontaire de grossesse) ? O / N	19
	Si oui, combien ? _ _ IVG	19
▶	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs IMG (Interruption médicale de grossesse, avortement "thérapeutique") ? O / N	20
	Si oui, combien ? _ _ IMG	20
▶	Combien d'enfants avez-vous eus (enfants biologiques nés après 5 mois de grossesse, vivants ou non) ? _ _ 	21
#▶	Pour chacun de vos enfants nés vivants (1 à 10 enfants), indiquez dans le tableau ci-après : son sexe, son année de naissance, son poids de naissance, le mode d'accouchement (voie naturelle ou césarienne), si vous l'avez allaité (même partiellement) et si oui pendant combien de mois :	22
>	Sexe (F / M)	22
>	Année de naissance (aaaa)	22

Santé des femmes		version
Auto Questionnaire à remplir au centre d'examens de santé		i1
		Q n°
>	Poids à la naissance (kg/g)	22
>	Mode d'accouchement (Césarienne / Voies naturelles)	22
>	Allaitement O / N / Combien de mois	22
▶	Avez-vous eu des enfants mort-nés ? O / N	23
	Si oui, précisez, pour chacun, en quelle année et s'il s'agissait d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés...): (pour chaque enfant => année [aaaa] ; grossesse multiple O / N) x 4 enfants	23
MALADIES DES SEINS		
▶	Avez-vous déjà souffert d'une affection au(x) sein(s) ? O / N, si oui :	24
#▶	a) De quelle(s) affection(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)	24
>	Kyste(s) du sein	24
>	Microcalcifications du sein	24
>	Adénofibrome du sein	24
>	Maladie fibrokystique du sein	24
>	Cancer du sein	24
>	Ne sait pas	24
▶	b) Avez-vous été opérée ou avez-vous eu une biopsie d'un (des) sein(s) pour cette (ces) affection(s) ? O / N	24
	Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins indiquez seulement les deux plus récentes) : [aaaa] [aaaa]	24
▶	Avez-vous déjà eu une intervention esthétique au niveau des seins ? O / N	25
	Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins indiquez seulement les deux plus récentes) : [aaaa] [aaaa]	25
SUIVI GYNECOLOGIQUE		
▶	Avez-vous déjà eu un ou plusieurs frottis du col de l'utérus (frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) ? O / N, si oui :	26
	A quand remonte le dernier frottis ? mm/aaaa	26
	Ce frottis a-t-il été réalisé par : un médecin généraliste ; un gynécologue ; autre, précisez	26
▶	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs ostéodensitométrie(s) (mesure de la masse osseuse) ? O / N	27
	Si oui, à quand remonte le dernier examen ? mm/aaaa	27
▶	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs mammographie(s) (radiographie des seins) ? O / N, si oui :	28
>	a) A quand remonte le dernier examen ? mm/aaaa	28
>	b) Cette dernière mammographie vous a-t-elle été prescrite : Par invitation dans le cadre du dépistage du cancer du sein organisé Par votre médecin, en l'absence de symptômes particuliers (examen "de routine")	28
>	Suite à la découverte d'une anomalie au niveau du sein ("boule", écoulement du mamelon, douleur, rougeur cutanée...) ou dans le cadre d'un suivi (cancer...) Par invitation dans le cadre du dépistage du cancer du sein organisé	
>	c) Si cette mammographie n'a pas été réalisée dans le cadre du dépistage organisé, vous a-t-elle été prescrite par :	28
>	Un médecin généraliste	
>	Un gynécologue	
>	Autre, précisez	
MENOPAUSE		
▶	Etes-vous ménopausée ? O / N / Ne sais pas, si oui :	29
>	a) Votre ménopause a-t-elle été confirmée par des dosages hormonaux ? O / N / Ne sais pas	29
>	b) A quel âge avez-vous été ménopausée ? __ __ ans	29
	Si vous ne vous souvenez pas exactement, était-ce depuis :	29
	1 à 2 ans	
>	2 à 5 ans (2009 : entre 3 et 5 ans)	
	5 à 10 ans (2009 : entre 6 et 10 ans)	
	plus de 10 ans	
▶	Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ? O / N / Ne sait pas ; si oui, est-ce un traitement par :	30
>	Hormones	30
>	Traitement local vaginal	30
>	Traitement non hormonal contre les bouffées de chaleur	30
>	Homéopathie	30
>	Plantes ; Précisez s'il s'agit de phyto-œstrogènes (dont le soja) ? O / N / Ne sait pas	30
>	Acupuncture	30
>	Autre, précisez :	30
>	Ne sait pas	30

Santé des femmes

Auto Questionnaire à remplir au centre d'examens de santé

version

i1

Q n°

# ▶	Si vous prenez actuellement un traitement hormonal en rapport avec la ménopause :	31
▶	a) Précisez le nom, la dose par jour et le nombre de jours par mois pour chacun des produits que vous prenez dans le cadre de ce traitement :	31
>	[Nom du produit] ; exemple : ESTREVA	31
>	[Dose par jour] ; exemple : 1 comprimé par jour	31
>	[Nombre de jours par mois] ; exemple : du 10e au 25e jour	31
▶	b) Depuis quand prenez-vous un traitement hormonal en rapport avec la ménopause (celui ou ceux cités ci-dessus ou un autre équivalent)	31
>	Depuis moins d'un an ; précisez le mois et l'année de début de traitement : mm/aaaa	31
>	Depuis plus d'un an ; précisez l'année de début du traitement : aaaa	31
▶	Si vous ne prenez pas actuellement de traitement hormonal en rapport avec la ménopause, en avez-vous pris dans le passé ? O / N	32
>	Si oui, pendant combien de temps en avez-vous pris ?	32
-	Pendant moins d'un an ; précisez pendant combien de mois : l__l__l mois	32
-	Pendant plus d'un an ; précisez pendant combien d'années : l__l__l années	32
■	AUTRES TRAITEMENTS GYNECOLOGIQUES	
▶	Actuellement, suivez-vous un traitement médicamenteux hormonal en rapport avec des problèmes gynécologiques, hors ménopause (par exemple pour douleurs aux seins, fibrome...) ? O / N	33
>	Si oui, pourriez-vous préciser le nom du ou des médicaments, la chronologie de la prise par rapport au cycle menstruel, ainsi que la date de début de ce traitement ?	33
-	[Nom du médicament] ; exemple : SURGESTONE	33
-	[Chronologie] ; exemple 15e au 25e jour du cycle	33
-	[Date de début (jj/mm/aaaa)] ; exemple 10/12/1998	33

Expositions professionnelles		version
Questionnaire administré au centre d'examens de santé		i1
		Q n°
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE ET SITUATION VIS-A-VIS DE L'EMPLOI		
▶	Quelle est votre situation actuelle vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)	1
>	Occupe un emploi, y compris si vous êtes en arrêt maladie, congés sans solde ou disponibilité, congé maternité / paternité / d'adoption / parental	1
>	Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi	1
>	Retraité(e) ou retiré(e) des affaires	1
>	En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)	1
>	Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)	1
>	Sans activité professionnelle	1
>	Autre, précisez	1
	Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle actuelle ou celle que vous avez occupée le plus longtemps si vous n'occupez pas d'emploi actuellement (retraite, chômage...) ?	2
	Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation	
	Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise...	
▶	Cadre et profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)	
	Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)	
	Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)	
	Ouvrier(ère)	
	N'a jamais travaillé	
	Autre, précisez	
CARRIERE PROFESSIONNELLE COMPLETE		
Contraintes organisationnelles		
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à vous coucher après minuit au moins 50 jours par an ? O / N	3
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à vous lever avant 5h du matin au moins 50 jours par an ? O / N	4
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) des horaires de travail et temps de trajet vous obligeant souvent à ne pas dormir la nuit au moins 50 jours par an ? O / N	5
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) un temps de travail journalier (hors temps de trajet) supérieur à 10 heures au moins 50 jours par an ? O / N	6
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) plus d'un samedi sur deux dans l'année ? O / N	7
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) plus d'un dimanche sur deux dans l'année ? O / N	8
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) régulièrement moins de 48 heures consécutives de repos par semaine ? O / N	9
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) un travail répétitif sous contrainte de temps (à la chaîne, produit ou pièce qui se déplace, machine à cadence automatique, rythme imposé par une norme stricte...) ? O / N	10
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Avez-vous (ou avez-vous eu) un travail posté en horaires alternants (par équipes, brigades, roulements...) ? O / N	11
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
Exposition aux bruits		
▶	Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) dans une ambiance nécessitant parfois d'élever la voix pour parler à un voisin ou à un interlocuteur situé à moins de 2 ou 3 mètres de vous ? O / N	12
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) avec ou près d'outils, de machine ou de véhicules bruyants ? O / N (2009 : Lors de l'un de vos emplois, avez-vous utilisé près de vous des outils, des machines ou des véhicules bruyants ?)	13
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
Exposition à un travail physiquement pénible		
▶	Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été (ou êtes-vous actuellement) exposé(e) à un travail physiquement pénible ? O / N	14
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous porté (ou portez-vous actuellement) des charges lourdes ? O / N	15
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	

Expositions à des produits chimiques

Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été (ou êtes-vous actuellement) en contact avec les nuisances suivantes :

# ►	Gaz d'échappement (en dehors du trajet domicile-travail)	16
>	Provenant de Diesel : O / N / Ne sait pas	16
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Provenant de moteurs à Essence : O / N / Ne sait pas	16
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
# ►	Solvants, diluants, dégraissants (excepté savons) ou désinfectants (pour nettoyer du matériel ou vos mains) de type :	17
>	a) Essence : O / N / Ne sait pas	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	b) Trichloréthylène : O / N / Ne sait pas	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	c) White spirit : O / N / Ne sait pas	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	d) Diluant cellulosique : O / N / Ne sait pas	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	e) Formaldéhyde (formol) : O / N / Ne sait pas	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	f) Autres solvant, précisez :	17
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
# ►	Fumées :	18
>	a) Fumées de soudage, brasage, oxycoupage : O / N / Ne sait pas	18
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	b) Fumées de matières plastiques ou caoutchouc : O / N / Ne sait pas	18
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	c) Fumées dues au chauffage ou à la combustion d'autres matériaux (bois, charbon....) : O / N / Ne sait pas	18
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
# ►	Poussières :	19
	a) Poussières de matériaux de construction	
>	Poussières de ciment : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières de fibro-ciment : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières de sable : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières de béton sec : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
	b) Poussières de métaux :	
>	Poussières de fer, fonte ou acier doux : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières d'inox : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières de cuivre : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	Poussières d'autres métaux : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	c) Poussières de matières plastiques ou caoutchouc : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	d) Poussières de charbon : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	e) Poussières de bois : O / N / Ne sait pas	19

Expositions professionnelles

Questionnaire administré au centre d'examens de santé

version

i1
Q n°

Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3

>	f) Poussières de textile : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	g) Autres poussières, précisez : O / N / Ne sait pas	19
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Huiles et graisses (huiles de coupe, huiles moteur, huiles hydrauliques, etc.) : O / N / Ne sait pas	20
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
#▶	Carburants :	21
>	a) Gasoil : O / N / Ne sait pas	21
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	b) Essence : O / N / Ne sait pas	21
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Autres nuisances :	22
>	a) Pesticides (désherbants, insecticides, fongicides) : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	b) Engrais : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	d) Colles ou adhésifs : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	e) Amiante : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	f) Laine de verre ou de roche : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	g) Matériaux d'isolation (autres qu'amiantes et laine de verre) : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	h) Peintures, vernis : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	i) Encres, teintures : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
>	j) Autres produits chimiques, précisez : O / N / Ne sait pas	22
	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
●	Expositions biologiques	
▶	Votre travail ou votre lieu de travail présente-t-il (ou a-t-il présenté) des risques infectieux (microbes, virus, parasite, etc.) ? O / N / Ne sait pas	23
>	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous ou avez-vous été en contact avec des animaux vivants ou morts ? O / N / Ne sait pas	24
>	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
●	Autres expositions	
▶	Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des radiations (rayons x, gamma, etc....) ? O / N / Ne sait pas	25
>	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
▶	Au cours de votre vie professionnelle, êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) aux UV d'origine artificielle ? O / N / Ne sait pas	26
>	Si oui, de quelle année à quelle année (2009 : périodes) : [de AAAA à AAAA] X 3	
■	EMPLOI ACTUEL	
	Nous nous intéressons dans cette partie à votre emploi actuel (si vous avez plusieurs emplois répondez pour votre emploi principal). Si vous êtes sans emploi actuellement, vous ne devez pas répondre à cette partie.	
●	Description de l'emploi actuel	
▶	Quelle est votre profession ?	27
	Etes-vous :	28
	Indépendant	
▶	Salarié de votre entreprise, gérant mandataire, PDG	
	Salarié(e)	
	Autre, précisez	

Expositions professionnelles

Questionnaire administré au centre d'examens de santé

version

i1

Q n°

Êtes-vous employé(e) par :

L'Etat

Une collectivité territoriale, un hôpital, un office HLM

► La sécurité sociale ou un organisme de sécurité sociale

Une entreprise publique nationalisée

Une entreprise privée

Autre, précisez

29

Quelle est votre classification professionnelle ou votre qualification ?

Manœuvre, ouvrier spécialisé

Ouvrier qualifié, ouvrier hautement qualifié, technicien d'atelier

Agent de maîtrise

Directeur général, adjoint direct au directeur

► Technicien, dessinateur, VRP

Instituteur, assistante sociale, infirmier, personnel de catégorie B de la fonction publique

Ingénieur, cadre

Professeur, personnel de catégorie A de la fonction publique

Employé de bureau ou de commerce, agent de service, aide-soignant, garde d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique

Autre, précisez

30

RESULTAT DU CODAGE DE LA PROFESSION : lignes 144, 145, 146 et 147

(voir aussi la description dans l'onglet Documentation)

=> CC_RES + PCS_RES

indice
calculé

Travaillez-vous à ?

Temps complet

Temps partiel

> Si vous travaillez à temps partiel, combien d'heures par semaine travaillez-vous ? | _ | _ |

31

31

Quelle est la taille de l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement ?

Moins de 10 salariés

► De 10 à 49 salariés

De 50 à 199 salariés

200 salariés et plus

32

► Cet établissement fait-il partie d'un groupe plus important ? O / N / Ne sait pas

33

Quelle est la durée de votre trajet domicile – travail, aller + retour ?

Moins de 1 heure

► De 1 à 2 heures

Plus de 2 heures

34

► Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous le plus souvent pour vos trajets domicile-travail ? (plusieurs réponses possibles)

35

> Véhicule personnel

35

> Transports en commun

35

> Autre

35

► Travaillez-vous le même nombre d'heures chaque jour ? O / N

36

► Travaillez-vous le même nombre de jours chaque semaine ? O / N

37

► Travaillez-vous selon des horaires fixes ? O / N

38

► Avez-vous le choix de vos horaires de travail ? O / N

39

► Devez-vous pointer (badge, pointeuse, inscription sur papier...) ? O / N

40

► Êtes-vous tous les jours ou presque en contact physique ou téléphonique avec du public (usagers, patients, voyageurs, clients...) ? O / N

41

Si oui, vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public ?

Non ou presque jamais

Rarement

Souvent

Toujours ou presque

41

● Contraintes posturales

Comment évaluez-vous l'intensité des efforts physiques de votre travail au cours d'une journée typique de travail ?

► Cette question est à faire évaluer par le consultant. Cochez le chiffre correspondant à votre choix sur l'échelle de 6 à 20 ci-dessous, qui va de « pas d'effort du tout » à « épuisant » :

6. pas d'effort du tout / 7. extrêmement léger / 8. / 9. très léger / 10. / 11. léger / 12. / 13. un peu dur / 14. / 15. dur / 16

42

Au cours d'une journée typique de travail :

Jamais ou presque jamais

► Rarement (< 2 heures par jour)

Souvent (2 à 4 heures par jour)

Toujours ou presque

43

> Êtes-vous debout ?

43

> Devez-vous répéter les mêmes actions plus de 2 à 4 fois par minute ?

43

> Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ?

43

> Pouvez-vous quitter votre travail des yeux pendant quelques secondes en dehors des pauses ?

43

> Devez-vous vous agenouiller ou vous accroupir ?

43

Expositions professionnelles

Questionnaire administré au centre d'examens de santé

version

i1

Q n°

>	Devez-vous vous pencher en avant ou sur le côté régulièrement ou de manière prolongée ?	43
>	Devez-vous conduire un engin de chantier, un tracteur, un chariot automoteur ou autre machine mobile sur votre lieu de travail ? (hors véhicule, cf. point suivant)	43
>	Devez-vous conduire un véhicule (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, deux-roues motorisé...) sur la voie publique en excluant le trajet domicile-travail ?	43
▶	Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous régulièrement manipuler, déplacer, ou porter une charge, une pièce ou un objet de plus de 1 kg ? O / N	44
	Si oui, combien de temps passez-vous à faire les tâches ou activités suivantes ?	44
	Jamais ou presque jamais	
	Rarement (< 2 heures par jour)	
	Souvent (2 à 4 heures par jour)	
	Toujours ou presque	
	a) Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse entre 1 et 4 kg :	44
	b) Manipuler, déplacer régulièrement une charge, une pièce, un objet qui pèse plus de 4 kg :	44
	c) Porter une charge qui pèse moins de 10 kg :	44
	d) Porter une charge qui pèse de 10 à 25 kg :	44
	e) Porter une charge qui pèse plus de 25 kg :	44
	Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous :	45
	Jamais ou presque jamais	
▶	Rarement (< 2 heures par jour)	
	Souvent (2 à 4 heures par jour)	
	Toujours ou presque	
	a) Des outils vibrants ou devez-vous poser la(les) main(s) sur des machines vibrantes ?	45
	b) Un écran d'ordinateur ou de contrôle ?	45
	c) Un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue (crayon optique, scanner, douchette...) ?	45
	Combien de temps devez-vous adopter les positions suivantes au cours d'une journée typique de travail ?	46
	Jamais ou presque jamais	
▶	Rarement (< 2 heures par jour)	
	Souvent (2 à 4 heures par jour)	
	Toujours ou presque	
	Pencher la tête en avant régulièrement ou de manière prolongée ?	46
	Travailler avec un ou deux bras en l'air (au-dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée ?	46
	Attraper régulièrement des objets derrière le dos ?	46
	Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée ?	46
	Fléchir et étendre le coude de manière répétée ou maintenir le coude fléchi contre résistance ?	46
	Tourner la main comme pour visser ?	46
	Tordre le poignet ?	46
	Appuyer ou taper avec la base de la main sur un plan dur ou sur un outil ?	46
	Presser ou prendre fermement des objets ou des pièces entre le pouce et l'index ?	46
●	Expositions à des températures extrêmes	
	Travaillez-vous à l'extérieur, en plein air ?	47
	Non ou presque jamais	
▶	Rarement (< 2 heures par jour)	
	Souvent (2 à 4 heures par jour)	
	Toujours ou presque	
▶	En dehors des périodes de travail à l'extérieur, la température à votre travail est-elle :	48
	a) Très élevée (plus de 30°C)	48
	b) Très basse (moins de 10°C)	48

Calendrier professionnel		version
Auto Questionnaire à remplir au domicile		i1
▶	Si vous êtes retraité, merci de préciser la date de votre départ en retraite : jj/mm/aaaa	4
▶	Avez-vous déjà occupé un emploi pendant plus de 6 mois rémunéré ou non ? O / N	5
	Si oui , complétez ce calendrier, Il se présente sous la forme de petits tableaux successifs, qui correspondent chacun à un épisode de votre carrière professionnelle.	
▶	Si non, indiquez les raisons et ne remplissez pas le calendrier :	
>	Au foyer	5
>	Encore étudiant(e)	5
>	En recherche d'emploi et n'a jamais travaillé	5
>	A occupé un ou des emplois mais jamais plus de 6 mois consécutifs	5
>	Autre raison, précisez :	5
EMPLOI N°		
	Période de : aaaa à aaaa	6
▶	Département : _ _ _ _ 	7
▶	Profession exercée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	8
▶	Production ou secteur d'activité : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	9
▶	Statut :	10
>	Salarié(e)	10
>	A votre compte	10
>	Saisonnier / Intérimaire	10
▶	Type de contrat :	11
>	CDI	11
>	CDD	11
>	Autre, précisez :	11
▶	Temps de travail :	12
>	Temps plein	12
>	Temps partiel	12
▶	Si vous avez eu une interruption de travail de plus de 6 mois entre cet épisode professionnel et le suivant, précisez la durée et le motif	13
>	Période de : aaaa à aaaa	13
>	Santé ([2009] Raisons de santé)	13
>	Chômage	13
>	Autres, précisez :	13
▶	RESULTAT DU CODAGE DE LA PROFESSION ET DU SECTEUR D'ACTIVITE PAR SICORE (voir aussi la description dans l'onglet Documentation) => CODAGE_NAF2 + NAF2 + NAF5 + CODAGE_PCS + CC_RES + PCS_RES	indice calculé

Pour une bonne compréhension de l'utilisation de ce calendrier, il est indispensable de se rapprocher de l'équipe Constances avant toute demande concernant ces données.

NB : certaines variables sont disponibles dans expositions professionnelles et elles peuvent être suffisantes.

Questionnaire Médical

Questionnaire administré par le médecin

versions

i1

i2

▶	Bouchon de cérumen oreille droite ? O / N	0,5	0,5
	Si oui, occlusif ? O / N	0,5	0,5
▶	Bouchon de cérumen oreille gauche ? O / N	0,5	0,5
	Si oui, occlusif ? O / N	0,5	0,5
ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS			
▶	Le consultant a-t-il apporté son carnet de santé : O / N	0,6	0,6
▶	Poids de naissance inscrit sur le carnet de santé : _ _ _ _ g	0,6	0,6
#▶	Affections cardio-vasculaires :	1	1
>	Hypertension artérielle : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	1	1
>	Angine de poitrine : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	1	1
>	Infarctus du myocarde : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	1	1
>	Accident vasculaire cérébral : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	1	1
>	Artérite des membres inférieurs : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	1	1
>	Autre(s) affection(s) cardio-vasculaire(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	1	1
#▶	Affections respiratoires :	2	2
>	Bronchite chronique : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	2	2
>	Emphysème : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans		2
>	Asthme : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	2	2
>	Autre(s) affection(s) respiratoire(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	2	2
#▶	Affections digestives :	3	3
>	Hépatite B : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	3	3
>	Hépatite C : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	3	3
>	Autres hépatites : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	3	3
>	Autre(s) affection(s) digestive(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	3	3
#▶	Affections urogénitales :	4	4
>	Condylomes ou HPV : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	4	4
>	Autre(s) affection(s) urogénitale(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	4	4
#▶	Affections rénales :	5	5
>	Maladie rénale chronique* : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	5	5
	<i>* Protéinurie ou hématurie ou baisse de la fonction rénale (débit de l'infiltration glomérulaire estimé par équation de Cockcroft-Gault ou autre <60 ml/min) connue et persistant > 3 mois ou maladie rénale chronique diagnostiquée par biopsie ou échographie rénale et confirmée par un néphrologue. Ne pas inclure les calculs rénaux, les infections et autres affections rénales aiguës, ou l'incontinence urinaire.</i>	x	x
>	Autre(s) affection(s) rénale(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	5	5
#▶	Affections neurologiques et psychiques :	6	6
>	Dépression traitée : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	6	6
>	Tentative de suicide : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	6	6
>	Maladie de Parkinson : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	6	6
>	Autre(s) affection(s) nerveuse(s) et psychique(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	6	6
#▶	Affections ostéo-articulaires :	7	7
>	Arthrite inflammatoire : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	7	7
>	Autre(s) affection(s) ostéo-articulaire(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	7	7
#▶	Fractures :	8	8
>	Fracture du poignet : O / N ; âge au moment de la fracture _ _ ans	8	8
>	Fracture de l'humérus (épaule) : O / N ; âge au moment de la fracture _ _ ans	8	8
>	Fracture du col du fémur : O / N ; âge au moment de la fracture _ _ ans	8	8
>	Fracture vertébrale (fracture-tassement) : O / N ; âge au moment de la fracture _ _ ans	8	8
#▶	Affections endocriniennes :	9	9
>	Pathologie thyroïdienne : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	9	9
>	Diabète de type I : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	9	9
>	Diabète de type II : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	9	9
>	Hypercholestérolémie traitée : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	9	9

Questionnaire Médical

Questionnaire administré par le médecin

versions

i1

i2

>	Hypertriglycéridémie traitée : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans	9	9
>	Autre(s) affection(s) endocrinienne(s) : O / N ; âge au diagnostic _ _ ans ; précisez : (2 choix)	9	9
# ▶	Cancer : O / N, si oui :	10	10
>	Sein : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Utérus Col : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Utérus Corps : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Ovaire : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Thyroïde : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Broncho-pulmonaire : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Prostate : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Colon / rectum : âge au diagnostic _ _ ans	10	10
>	Autre(s) cancer(s) : Précisez la localisation et l'âge : _ _ _ _ _ _ _ _ / âge au diagnostic _ _ ans (x 2 lignes)	10	10
▶	Autre(s) affection(s) : (2009 : Autres pathologies)	11	11
	Précisez la localisation et l'âge : _ _ _ _ _ _ _ _ / âge au diagnostic _ _ ans (x2 lignes)	11	11
ANTECEDENTS MEDICAUX FAMILIAUX			
# ▶	Personne concernée : père ou mère	12	12
▶	Cancer : Père / Mère	12	12
	Précisez la localisation :	12	12
	Age au diagnostic	12	12
▶	Infarctus : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Angine de poitrine : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Hypertension artérielle : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Mort subite : Père / Mère	12	12
	Age	12	12
▶	AVC : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Maladie d'Alzheimer : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Maladie psychiatrique grave : Père / Mère	12	12
	Précisez :	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Suicide : Père / Mère	12	12
	Age	12	12
▶	Diabète de type II (DNID) : Père / Mère	12	12
	Age audiagnostic	12	12
▶	Dialyse ou greffe rénale : Père / Mère	12	12
	Age	12	12
▶	Autre maladie grave : Père / Mère	12	
	Précisez :	12	
	Age audiagnostic	12	
▶	Asthme : Père / Mère		12
	Age audiagnostic		12

Examens paracliniques

► Date de l'examen

RECUEIL BIOLOGIE (prélèvement sanguin)

► A quelle heure avez-vous fini de prendre votre dernier repas (approximativement) ?

► Avez-vous mangé ce matin (exception faite d'eau et de médicaments) ?

► Durée du jeûne entre le dernier repas et le bilan biologique

► Pour les femmes : Avez-vous actuellement vos règles ?

► Heure du prélèvement

► Difficultés de prélèvement

► Motif de non réalisation du prélèvement

► Biochimie du sang / Glycémie (MMOL/L)

► Biochimie du sang / Créatinine (MICROMOL/L)

► Biochimie du sang / Gamma GT (UI/L)

► Biochimie du sang / ALAT (UI/L)

► Biochimie du sang / Cholestérol total (MMOL/L)

► Biochimie du sang / Cholestérol-HDL (MMOL/L)

► Biochimie du sang / Triglycérides (MMOL/L)

► Hématologie / Globules blancs (CEL $10^9/L$)

► Hématologie / Globules rouges (CEL $10^{12}/L$)

► Hématologie / Hémoglobine (g/L)

► Hématologie / Volume globulaire moyen (fL)

► Hématologie / Plaquettes (g/L)

► Hématologie / Basophiles (% de GB)

► Hématologie / Eosinophiles (% de GB)

► Hématologie / Hématocrite

► Hématologie / Lymphocytes (% de GB)

► Hématologie / Monocytes (% de GB)

► Hématologie / Neutrophiles (% de GB)

BIOMETRIE

► Mesure de la taille

► Mesure du poids

► Mesure du poids Sages Contrôle

► Port d'un appareillage (orthèses, prothèses...)

► Si oui, appareillage retiré

► PROXI heure du prélèvement (basée sur heure d'accueil)

BMI

(indicateur calculé - voir documentation - sur les lignes 21 et 22 : PARACL_HAU_MesTail ; PARACL_POI_MesPoi)

► Mesure du tour de taille

► Mesure du tour de hanches

► Mesure du périmètre ombilical (optionnel)

ACUITE VISUELLE

► VISION DE PRES / Port d'une correction pendant le test

► VISION DE PRES / Œil droit sans correction

► VISION DE PRES / Œil gauche sans correction

► VISION DE PRES / Œil droit avec correction

► VISION DE PRES / Œil gauche avec correction

► VISION DE PRES / Binoculaire sans correction

► VISION DE PRES / Binoculaire avec correction

► VISION DE PRES / Cas particulier / Cécité ou prothèse ou amblyopie monoculaire

► VISION DE LOIN / Œil droit sans correction

► VISION DE LOIN / Œil gauche sans correction

► VISION DE LOIN / Œil droit avec correction

► VISION DE LOIN / Œil gauche avec correction

Examens paracliniques

- ▶ VISION DE LOIN / Binoculaire sans correction
- ▶ VISION DE LOIN / Binoculaire avec correction
- ▶ VISION DE LOIN / Cas particulier / Cécité ou prothèse ou amblyopie monoculaire

AUDITION

- ▶ Motif de non réalisation de l'examen
- ▶ Examen réalisé en cabine
- ▶ Le volontaire est-il suivi par un spécialiste pour une perte auditive ?
- ▶ Si oui, oreille droite/ gauche ?
- ▶ **Oreille droite : noter les décibels pour chaque fréquence :**
[[500HZ/ |_|_| dB] [1000HZ/ |_|_| dB] [2000HZ/ |_|_| dB] [4000HZ/ |_|_| dB] [8000HZ/ |_|_| dB]]
valeurs négatives : case à cocher pour chaque fréquence
- ▶ **Oreille gauche : noter les décibels pour chaque fréquence :**
[[500HZ/ |_|_| dB] [1000HZ/ |_|_| dB] [2000HZ/ |_|_| dB] [4000HZ/ |_|_| dB] [8000HZ/ |_|_| dB]]
valeurs négatives : case à cocher pour chaque fréquence

SPIROMETRIE

- ▶ Motif de non réalisation de l'examen
- ▶ Critères d'acceptabilité
- ▶ Critères de reproductibilité
- ▶ Vérification de la reproductibilité
- ▶ Difficultés / Réalisation sans pince (ou sans obstruction nasale)
- ▶ Difficultés / Techniquement imparfait
- ▶ Difficultés / Capteur saturé
- ▶ Difficultés / Pathologie respiratoire en cours
- ▶ 1ère mesure : VEMS : |_|_|,|_|_| litres - CVF |_|_|, |_|_| litres
- ▶ 2ème mesure : VEMS : |_|_|,|_|_| litres - CVF |_|_|, |_|_| litres
- ▶ 3ème mesure : VEMS : |_|_|,|_|_| litres - CVF |_|_|, |_|_| litres

ELECTROCARDIOGRAMME

- ▶ Motif de non réalisation de l'ECG
- ▶ Cas particuliers / ECG pratiqué en position assise (uniquement en cas de handicap)
- ▶ Cas particuliers / Électrodes posées à la racine des membres supérieurs
- ▶ Cas particuliers / Électrodes posées à la racine des membres inférieurs
- ▶ Cas particuliers / Réduction du gain à 5 mm pour 1 millivolt
- ▶ Cas particuliers / Augmentation du gain à 20 mm pour 1 millivolt
- ▶ Fichier cadionics

TENSION ARTERIELLE

- ▶ Tension Artérielle Systolique Droite
- ▶ Tension Artérielle Diastolique Droite
- ▶ Tension Artérielle Systolique Gauche
- ▶ Tension Artérielle Diastolique Gauche
- ▶ PAS |_|_| |_|_| |_|_| mm Hg (Bras Droit / Bras Gauche) (Bras de référence)
- ▶ PAD |_|_| |_|_| |_|_| mm Hg (Bras Droit / Bras Gauche) (Bras de référence)
- ▶ Tension artérielle systolique en orthostatisme
- ▶ Tension artérielle diastolique en orthostatisme
- ▶ Cas particuliers / Tension en position assise
- ▶ Cas particuliers / Examen fait de façon unilatéral

INFORMATIONS SOCIO-ECONOMIQUES RECUEILLIES AU CENTRE DE SANTE

- ▶ Heure d'accueil
- ▶ Aide médicale état
- ▶ Bénéficiaire de la CMU
- ▶ Bénéficiaire du RMI/RSA
- ▶ CMU de base
- ▶ CMU complémentaire
- ▶ Jeune en voie d'insertion

Examens paracliniques

- ▶ Prise en charge 100% suite ALD
- ▶ Rencontrez-vous parfois un travailleur social
- ▶ Etes-vous propriétaire de votre logement
- ▶ Problèmes d'argent pour acheter de la nourriture
- ▶ Sport au cours des 12 derniers mois
- ▶ Cinéma , spectacle au cours des 12 derniers mois
- ▶ Vacances au cours des 12 derniers mois
- ▶ Contacts famille au cours des 6 derniers mois
- ▶ Quelqu'un peut-il vous héberger en cas de difficulté
- ▶ Quelqu'un peut-il vous aider matériellement en cas de difficulté

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

▶ Heure de l'entretien : H/mn	x	x
▶ Le consultant comprend-il le français ? O / N	x	x
▶ Préférence manuelle : [Gauche] [Droite] [Pas de préférence]*	x	x
▶ A jeun : O / N	x	x
QUESTIONNAIRE INTRODUCTIF		
▶ Présentez-vous les symptômes suivants de manière habituelle ?	x	x
> Oublis dans les activités de la vie courante (faire les courses, utiliser les appareils ménagers...) O / N	x	x
> Difficultés à retenir de nouvelles informations simples. O / N	x	x
> Difficultés à se rappeler des souvenirs anciens. O / N	x	x
> Difficultés à calculer (par rapport à une situation antérieure)	x	x
> Difficultés de langage (pour trouver ses mots, reconnaître des objets...) O / N	x	x
> Difficultés d'orientation dans la ville, dans la rue. O / N	x	x
▶ Si vous avez dit oui à une de ces 6 questions, avez-vous parlé de ce ou ces symptômes à votre médecin ? O / N	x	x
▶ Avez-vous déjà passé des tests de mémoire avec un médecin ou psychologue ? O / N	x	x
▶ Avez-vous déjà eu des troubles de l'équilibre ? O / N	x	x
▶ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute parce que vous avez trébuché ou glissé ? O / N / Ne sait pas / Ne se souvient plus	x	x
▶ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute sur une marche ou dans des escaliers ? O / N / Ne sait pas / Ne se souvient plus	x	x
▶ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute d'une certaine hauteur (échelle, en montant sur chaise, une table, etc.) ? O / N / Ne sait pas / Ne se souvient plus	x	x
▶ Quelle que soit la cause de la chute (sol glissant, obstacle, etc.), mais sans compter les chutes liées à un accident de la circulation, combien de fois êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ? __ __ 	x	x
LES 4 ITEMS DE L'ECHELLE IALD (LAWTON)		
Capacité à utiliser le téléphone :	x	x
Je n'ai pas de téléphone		
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros		
Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus		
Je réponds au téléphone mais n'appelle pas		
Je suis incapable d'utiliser le téléphone		
Moyen de transport :	x	x
Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture)		
Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus		
Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)		
Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)		
Je ne me déplace pas du tout		
Responsabilité pour la prise de médicaments :	x	x
Je ne prends jamais de médicaments		
Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires		
Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance		
Je suis incapable de les prendre moi-même		
Capacité à gérer son budget :	x	x
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer des factures...)		
Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme		
Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour		
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)		
>> version consensuelle du GRECO		
"Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez."	x	
quelle est la date aujourd'hui ? [coter 0 ou 1]	x	
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :	x	
1) En quelle année sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
2) En quelle saison sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
3) En quel mois sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
4) Quel jour du mois sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
5) Quel jour de la semaine sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
Orientation dans le temps (1 pt par réponse juste - maximum 5 pts) - SCORE __ / 5	x	
"Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons."	x	
6) Quel est le nom de l'établissement où nous sommes ? [coter 0 ou 1]	x	x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

	i1	i2
7) Dans quelle ville se trouve-t-il ? [coter 0 ou 1]	x	x
8) Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? [coter 0 ou 1]	x	x
9) Dans quelle province ou région administrative est situé ce département ? [coter 0 ou 1]	x	x
10) à quel étage sommes-nous ? [coter 0 ou 1]	x	x
Orientation dans l'espace (1 pt par réponse juste - maximum : 5 pts) - SCORE __ / 5	x	
"Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure : citron, clé, ballon."	x	
Répétez les 3 mots	x	
11) 1er mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
12) 2e mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
13) 3e mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
Apprentissage (1 pt par mot répété correctement - maximum : 3 pts) - SCORE __ / 3	x	
"Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?"	x	
14) 93 [coter 0 ou 1]	x	x
15) 86 [coter 0 ou 1]	x	x
16) 79 [coter 0 ou 1]	x	x
17) 72 [coter 0 ou 1]	x	x
18) 65 [coter 0 ou 1]	x	x
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : "Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?"	x	
Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position, mais ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.	x	
Attention et calcul (1 pt par soustraction exacte - maximum 5 pts) - SCORE __ / 5	x	
"Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?"	x	
19) 1er mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
20) 2e mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
21) 3e mot cité [coter 0 ou 1]	x	x
Rappel (1 pt par mot rappelé - maximum 3 pts) - SCORE __ / 3	x	
22) Montrer un crayon. "Quel est le nom de cet objet ?" [coter 0 ou 1]	x	x
23) Montrer une montre. "Quel est le nom de cet objet ?" [coter 0 ou 1]	x	x
24) "Écoutez bien et répétez après moi : pas de mais, de si ni de et" [coter 0 ou 1]	x	x
Mettez 1 point si la réponse est bonne, et 1 point pour la 24 si la répétition est parfaitement correcte.	x	
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : "Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire"	x	
25) "Prenez cette feuille de papier avec la main droite" [coter 0 ou 1]	x	x
26) "Pliez-la en deux" [coter 0 ou 1]	x	x
27) "et jetez-la par terre" [coter 0 ou 1]	x	x
28) Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dites au sujet : "Faites ce qui est écrit". [coter 0 ou 1 si consigne exécutée]	x	x
29) Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : "Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens". [coter 0 ou 1]	x	x
Langage - SCORE __ / 8	x	
30) Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "Voulez-vous recopier ce dessin ?" (Pentagones croisés) [coter 0 ou 1]	x	
Praxies constructives (1 pt si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de 2 côtés différents) - SCORE __ / 1	x	
MMSE - SCORE TOTAL __ __ / 130	x	x
Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non	x	x
Si oui, complet, conditions particulières :	x	
Aucun problème	x	x
Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)	x	x
Dérangement / Interruption en cours de test	x	x
Autre	x	x
Si oui, incomplet, ou si non, motif :	x	x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Autre

x

TEST RL/RI-16 DE GROBER ET BUSCHKE modèle de protocole pour la version de base

Réponses (en colonnes) :

x

x

[RIM] [Rappel 1 : [RL1] [RI1]] [Rappel 2 : [RL2] [RI2]] [Rappel 3 : [RL3] [RI3]] [Rappel différé : [RLD] [RID]]

Propositions (en lignes) :

x

x

[CATÉGORIE] > [Item]

x

x

[POISSON] > [hareng]

x

x

[VETEMENT] > [gilet]

x

x

[JEU] > [domino]

x

x

[FLEUR] > [Jonquille]

x

x

[PROFESSION] > [dentiste]

x

x

[FRUIT] > [groseille]

x

x

[METAL] > [cuivre]

x

x

[INSTRUMENT MUSIQUE] > [harpe]

x

x

[OISEAU] > [mésange]

x

x

[ARBRE] > [tilleul]

x

x

[SPORT] > [judo]

x

x

[LEGUME] > [céleri]

x

x

[DANSE] > [valse]

x

x

[MALADIE] > [rougeole]

x

x

[MEUBLE] > [tabouret]

x

x

[SCIENCE] > [géographie]

x

x

RIM

x

x

Rappel libre 1 score nombre de mots

x

x

Rappel indicé 1 score nombre de mots

x

x

Rappel libre 2 score nombre de mots

x

x

Rappel indicé 2 score nombre de mots

x

x

Rappel libre 3 score nombre de mots

x

x

Rappel indicé 3 score nombre de mots

x

x

Rappel différé libre score nombre de mots

x

x

Rappel différé indicé score nombre de mots

x

x

Score - Rappel 1 (score r1 + score ri1)

x

x

Score - Rappel 2 (score r2 + score ri2)

x

x

Score - Rappel 3 (score r3 + score ri3)

x

x

Score - Rappel différé (score r4 + score ri4)

x

x

Intru Rappel libre 1

x

x

Intru Rappel indicé 1

x

x

Intru Rappel libre 2

x

x

Intru Rappel indicé 2

x

x

Intru Rappel libre 3

x

x

Intru Rappel indicé 3

x

x

Intru Rappel libre différé

x

x

Intru Rappel indicé différé

x

x

Doublons Rappel libre 1

x

x

Doublons Rappel indicé 1

x

x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

Doublons Rappel libre 2	x	x
Doublons Rappel indicé 2	x	x
Doublons Rappel libre 3	x	x
Doublons Rappel indicé 3	x	x
Doublons Rappel libre différé	x	x
Doublons Rappel indicé différé	x	x
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel indicé immédiat (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel libre 1 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel indicé 1 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel libre 2 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel indicé 2 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel libre 3 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel indicé 3 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel libre 4 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
correspond à l'ensemble des mots trouvés rappel indicé 4 (exemple : 1, 2, 3, 6 => pour hareng, gilet, domino, groseille) annexe correspondance		
Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non	x	x
Si oui, complet, conditions particulières :	x	
Aucun problème	x	x
Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)	x	x
Dérangement / Interruption en cours de test	x	x
Autre	x	x
Si oui, incomplet, ou si non motif :	x	x
Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)	x	
Problème de compréhension des consignes	x	
Dérangement / Interruption en cours de test	x	
Abandon / Refus	x	
Autre	x	
▶ TRAIL MAKING TEST		
EPREUVE A (figure en annexe)		x
Nombre de mauvais déplacements __ __ - Nombre d'erreurs __ __ (uniquement à partir de 2013)		x
Temps de réalisation : __ __ secondes	x	x
Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non	x	x
Si oui, complet, conditions particulières :	x	
Aucun problème	x	
Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)	x	
Dérangement / Interruption en cours de test	x	
Autre	x	
Si oui, incomplet, ou si non motif :	x	x
Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)	x	
Problème de compréhension des consignes	x	
Dérangement / Interruption en cours de test	x	
Abandon / Refus	x	
Autre	x	
EPREUVE B (figure en annexe)		x
Nombre de mauvais déplacements __ __ - Nombre d'erreurs __ __ (uniquement à partir de 2013)	x	x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

Temps de réalisation : |__|__| secondes

x

x

Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non

x

x

Si oui, complet, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui, incomplet, ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Autre

x

Codes de WECHSLER (sous-item de la WAIS-R) (figure en annexe)

2014 : Figure des codes de Wechsler (sous-item de WAIS-IV)

Note maximale : 135

SCORE : |__|__|

x

x

Nombre d'erreurs

x

Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non

x

x

Si oui, complet, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui, incomplet, ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Autre

x

TEST D'EQUILIBRE STATION UNIPODALE

Jambe d'appui durant le test : Droite / Gauche

x

x

Test réussi 30 secondes : O / N

x

x

Si non, durée du test : |__|__|, |__| secondes

x

x

Test passé ? Oui / Non

x

x

Si oui, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives)

x

x

Déficit fonctionnel (ex : prothèse articulaire, handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Refus

x

Autre

x

TEST DE VITESSE DE MARCHÉ

Durée de la marche normale |__|__|, |__| m/secondes

x

x

Durée de la marche rapide |__|__|, |__| m/secondes

x

x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non

x

x

Si oui, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

A marché avec une canne

x

x

A retiré ses chaussures

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives)

x

x

Déficit fonctionnel (ex : prothèse articulaire, handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui, incomplet ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Problème de matériel

x

Autre

x

Rappel : retourner page n pour effectuer le rappel différé du test RL/RI-19 de Grober et Buschke

x

▶ FLUENCE VERBALE

A. Fluence sémantique

x

x

Durée = 1 minute = de 1 à 40 entrées

x

Nombre total de mots énoncés |__|__| (2009 : nombre de mots produits)

x

x

Nombre de répétitions |__|__|

x

x

Nombre d'erreurs |__|__| (2009 : nombre d'intrusions)

x

x

Score final |__|__|

x

x

Test passé ? Oui / Non

x

x

Si oui, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui incomplet ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Refus

x

Autre

x

B. Fluence lexicale

x

x

Durée = 1 minute = de 1 à 40 entrées

x

Nombre total de mots énoncés |__|__| (2009 : nombre de mots produits)

x

x

Nombre de répétitions |__|__|

x

x

Nombre d'erreurs |__|__| (2009 : nombre d'intrusions)

x

x

Score final |__|__|

x

x

Test passé ? Oui / Non

x

x

Si oui, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui incomplet ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Tests cognitifs et fonctionnels

versions

2012 (i1): questionnaire papier administré par un neuropsychologue

2013 (i2) : application électronique administrée par un neuropsychologue + cahier du volontaire

i1

i2

Problème de compréhension des consignes

x

Refus

x

Autre

x

▶ FINGER TAPPING TEST

Main utilisée : Droite / Gauche

x

x

[Test 1 |__|__|__| impulsions]

x

x

[Test 2 |__|__|__| impulsions]

[Test 3 |__|__|__| impulsions]

Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non

x

x

Si oui, complet, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

N'a pas utilisé sa main préférée

x

x

Arthrose

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui, incomplet ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Problème de matériel

x

Autre

x

▶ HAND GRIP TEST (ou force de préhension)

Main utilisée : Droite / Gauche

x

x

[Test 1 |__|__|__| impulsions]

x

x

[Test 2 |__|__|__| impulsions]

[Test 3 |__|__|__| impulsions]

Test passé ? Oui, complet / Oui, incomplet / Non

x

x

Si oui, complet, conditions particulières :

x

Aucun problème

x

x

N'a pas utilisé sa main préférée

x

x

Arthrose

x

x

Mains trop larges

x

x

Test réalisé assis

x

x

Soutien du bras lors du test (table, accoudoir)

x

x

Déficit sensoriel (vue, audition, y compris si le volontaire a oublié ses lunettes ou ses prothèses auditives)

x

x

Déficit fonctionnel (ex : prothèse articulaire, handicap, paralysie)

x

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

x

Autre

x

x

Si oui, incomplet ou si non, motif :

x

x

Incapacité liée à un déficit sensoriel (vue, audition) ou fonctionnel (handicap, paralysie)

x

Problème de compréhension des consignes

x

Dérangement / Interruption en cours de test

x

Abandon / Refus

x

Problème de matériel

x

Autre

x

INDICATEURS CONTEXTUELS

Indicateurs d'accessibilités potentielles - APL (Drees-Irdes)

- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux gynécologues libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux ophtalmologistes libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux pédiatres libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux pharmaciens libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux psychiatres libéraux de 2013
- ▶ Indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux sages-femmes libérales de 2013

Unités urbaines (Insee)

- ▶ Tranche d'unité urbaine calculée sur la population 2012
- ▶ Tranche détaillée d'unité urbaine calculée sur la population 2012
- ▶ Type de l'unité urbaine
- ▶ Typologie rurale ou urbaine de la commune
- ▶ Statut de la commune dans l'unité urbaine

Aires urbaines (Insee)

- ▶ Tranche d'aire urbaine calculée sur la population 2014
- ▶ Catégorie de la commune dans le zonage en aires urbaines 2010

Indice de désavantage social (Fdep)

- ▶ Population
- ▶ Pourcentage d'ouvriers dans la population active
- ▶ Pourcentage de bacheliers dans la population de 15 ans et plus
- ▶ Pourcentage de chômeurs dans la population active
- ▶ Revenu fiscal médian par unité de consommation
- ▶ Indice de désavantage social (Fdep09)

Données de la CNAV

- ▶ N° CONSTANCES
- ÉTAT CIVIL
- ▶ SEXE
- ▶ DATE DE NAISSANCE
- ▶ COMMUNE DE NAISSANCE
- ▶ PAYS DE NAISSANCE (Fr / étranger)
- ▶ CODE CERTIFICATION DU DÉCÈS (non-signalé / non-certifié / certifié INSEE)
- ▶ DATE DE DECES
- RETRAITE :
- ▶ CODE RETRAITE DE DROIT PROPRE : *pas de retraite droit propre / pension normale / pension invalidité 1ère catégorie / pension invalidité 2ème ou 3ème catégorie / pension pour inaptitude*
- ▶ DATE D'EFFET DROIT PROPRE
- ▶ CODE RETRAITE DE DROIT DERIVE : *pas de droit dérivé / pension de réversion / pension de veuvage (ancien)*
- ▶ DATE D'EFFET DROIT
- ▶ MONTANT GLOBAL MENSUEL : *ce que perçoit l'assuré parmi l'ensemble des pensions attribuées par le régime général, y compris éventuel minimum vieillesse. S'il a des pensions autres régimes, la cnav ne les a pas ... (dernier montant attribué)*
- ACTIVITES :
- ▶ VALIDITÉ : *validité sur laquelle porte le versement de carrière (année + trimestre le cas échéant)*
- ▶ TYPE DE REPORT :
- > NATURE DU VERSEMENT SALARIÉ : *DADS / DNT / chèques service, ...*
- > TRIMESTRES AUTRES RÉGIMES : *si renseigné (en fonction des régimes)*
- > NATURE DU VERSEMENT VIGNETTE : *artistes / auteurs / dockers, ...*
- > NATURE DE VERSEMENT PERIODE ASSIMILEES : *maladie / AT / rente / chômage, ... (niveau détaillé maximum)*
- > NATURE DE VERSEMENT SPÉCIFIQUE : *congés payés / VRP, ...*
- ▶ NOMBRE D'UNITÉS : *représentant la majoration d'assurance ou quantifiant un versement de carrière (trimestres, francs, euros...) (si salaire plafonné : limité à 4 trimestres/catég.)*
- ▶ SALAIRE BRUT annuel : *montant brut de la rémunération annuelle correspondant à un versement "déclaration salarié" (depuis 1999)*
- ▶ SIRET : *uniquement si DADS, DNT, vignette (celui du salaire brut le plus élevé de la période si employeur multiple)*
- ▶ CODE NAF (ex-APE) : *code activité principale d'un employeur (celui du salaire brut le plus élevé de la période)*
- ▶ CODE LIEU D'ACTIVITÉ : *département si Fr, code INSEE pays sinon*
- ▶ CODE EMPLOI : *code INSEE des emplois et catégories socio-professionnelles (PCS 2003 – niveau 3)*
- ▶ CODE CONDITION EMPLOI : *temps complet / partiel, ...*
- ▶ CODE DROIT DNA : *code droit relatif à une DNA (= type de bénéficiaire) (sans montant, sans trimestre)*

Avertissement

Les données fournies par la CNAV sont complexes et contiennent des informations permettant le calcul et la gestion des retraites, qui ne peuvent être utilisées sans une connaissance suffisante de leur structure et de leur signification.

La cohorte Constances est appariée chaque année avec les données de la CNAV. La CNAV transmet pour les participants de Constances les données sous forme « brute » telles qu'elles sont enregistrées dans leur système d'information, c'est-à-dire "vie entière", mise à jour chaque année.

Il faut noter que **les données brutes provenant de la CNAV ne sont pas intégrées telles quelles dans la base de données Constances**, car elles ne sont pas utilisables sous cette forme. Des variables qui synthétisent l'information disponible sont « construites » à partir des données brutes en fonction des demandes des utilisateurs de Constances, et fournies à ceux-ci en complément des autres données concernant les participants de la cohorte. Cette construction implique un travail spécifique adapté à chaque demande.

Il est donc indispensable de se rapprocher de l'équipe Constances avant toute demande concernant les données de la CNAV.

Note importante : les données construites à partir des données brutes fournies par la CNAV ne peuvent être transmises sans son autorisation.

À titre d'information, les principaux types de données en provenance du SNIIRAM à partir desquelles les variables utiles peuvent être construites figurent ci-dessus.

Données du SNIIRAM

- Consommation de soins
 - ▶ Table Prestation
 - ▶ Table Biologie
 - ▶ Table Pharmacie
 - ▶ Table CCAM
 - ▶ Table Dispositif médical
 - ▶ Table Transport
 - ▶ Table UCD
 - ▶ Table Rente AT/MP
 - ▶ Table Pension d'invalidité
 - ▶ Table Autre remboursement que Régime obligatoire
 - ▶ Table Etablissement exécutant les soins

- Table médicalisée des bénéficiaires
 - PMSI-MCO (toutes les tables)
 - PMSI-HAD (toutes les tables)
 - PMSI-SSR (toutes les tables)
 - PMSI-PSY (toutes les tables)

Information :

- Les données brutes de consommations de soins sont transmises en date de flux. Cela signifie que pour un fichier donné (une année de flux), il peut y avoir des consommations datant des années antérieures en date de soins.
- Les données brutes du PMSI-MCO sont transmises en date de fin de séjour.
- La table médicalisée des bénéficiaires est une table historisée. Pour l'instant, cette table contient des informations jusqu'en 2016.

Le SNIIRAM est une base de données complexe contenant des informations à visée de gestion, qui ne peut être utilisée sans une connaissance suffisante de leur structure et de leur signification.

La cohorte Constances est appariée chaque année avec le SNIIRAM. La CNAMTS transmet pour les participants de Constances les données sous forme « brute » telles qu'elles sont enregistrées dans le SNIIRAM, qui comporte plus de 900 variables, dont de nombreuses données de gestion.

Il faut noter **que les données brutes provenant du SNIIRAM ne sont pas intégrées telles quelles dans la base de données Constances**, car elles ne sont pas utilisables sous cette forme. Des variables qui synthétisent l'information disponible sont « construites » à partir des données brutes en fonction des demandes des utilisateurs de Constances, et fournies à ceux-ci en complément des autres données concernant les participants de la cohorte. Cette construction implique un travail spécifique adapté à chaque demande.

Il est donc indispensable de se rapprocher de l'équipe Constances avant toute demande concernant les données du SNIIRAM.

Note importante : les données construites à partir des données brutes fournies par la CNAMTS ne peuvent être transmises sans son autorisation.

À titre d'information, les principaux types de données en provenance du SNIIRAM à partir desquelles les variables utiles peuvent être construites figurent ci-dessus.