



Données des suivis annuels 2013-2018



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

Principales données des autoquestionnaires dans le temps

	2013	2013	2014	2015	2016		2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16v1	S16v2	S17	S18
Aide au remplissage	x	x	x	x	x	x	x	x
État de santé perçu	x	x	x	x	x	x	x	x
Limitations	x	x	x	x				x
Poids	x	x	x	x	x	x	x	x
Problème cardiaque		x	x	x				
Liste des pathologies	x	x	x	x	x	x	x	x
Difficulté à obtenir une grossesse	x	x	x	x				
Suivre un régime alimentaire	x	x	x	x				
Internet et santé					x			
Scoff (troubles du comportement alimentaire)				x				
Sf12			x					
Santé respiratoire			x					
Transit		x						
Incontinence urinaire			x					
Sommeil	x	x		x			x	
Ces-d				x				x
Ghq 12					x	x		
Santé dentaire							x	
Peau et maladies cutanées								x
Tabac, cigarette électronique, cannabis	x	x	x	x	x	x	x	x
Paquet neutre					x			
Alcool	x	x	x	x		x	x	
Soutien social/relations sociales				x				
Animaux de compagnie				x				
Situation vis-a-vis de l'emploi	x	x	x	x	x	x	x	x
Événements de vie	x	x	x	x	x	x	x	x
Situation matérielle	x	x	x	x	x	x		
Divers (raisons de la participation)	x	x						
Complémentaire santé				x				
Alimentation							x	
Activité physique							x	
Composition du foyer								x
Pour les 30 ans et moins	x	x	x	x				
Pour les femmes	x	x	x	x	x	x		
Pour les 45 ans et plus					x	x		

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
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	1	1	1	1
Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Oui, légèrement limité(e) ; Non	2	2	2	2			6
Si oui, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous limité(e) ? (plusieurs réponses possibles)	2	2	2	2			6
Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute, etc.)	2	2	2	2			6
Autre(s) raison(s) de santé	2	2	2	2			6
Quel est votre poids ? __ __ __ kg	3	3	3	7	14	3	3
Actuellement, considérez-vous que vous êtes : Beaucoup trop maigre ; Un peu trop maigre ; D'un poids normal ; Un peu trop gros(s)e ; Beaucoup trop gros(s)e ; Je ne sais pas							
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de :		4	7	4	15		
Douleur(s) thoracique(s) (douleur(s) dans la poitrine) : O/N		4	7	4	15		
Si oui était-ce [à l'effort ; au repos]		4	7	4	15		
Essoufflement : O/N		4	7	4	15		
Si oui était-ce [à l'effort ; au repos]		4	7	4	15		
Perte(s) de connaissance : O/N		4	7	5	15		
Si oui était-ce [à l'effort ; au repos]		4	7	4	15		
Vertiges : O/N		4	7	4	15		
Si oui était-ce [à l'effort ; au repos]		4	7	4	15		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ? O/N				5	16	4	4
Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été découvert au cours des 12 derniers mois ? O/N				5	16	4	4
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découvert un problème cardiaque au cours d'une hospitalisation ? (exemple : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker, etc.) O/N				6	17	5	
LISTE DES PATHOLOGIES : Voici une liste de problèmes de santé. Indiquez ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des 12 derniers mois (qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, qu'il y ait ou non un traitement).	4	5	5	14	18	6	8
Affections respiratoires	4	5	5	14	18	6	8
.[S1;S2] Bronchite chronique, BPCO, insuffisance respiratoire	4	5	5	14	18	6	8
.[S3] Bronchite chronique, BPCO, emphysème, insuffisance respiratoire	4	5	5	14	18	6	8
Asthme	4	5	5	14	18	6	8
Affections cardio-vasculaires :	4	5	5	14	18	6	8
Hypertension artérielle	4	5	5	14	18	6	8
Angine de poitrine, maladie des coronaires	4	5	5	14	18	6	8
Infarctus du myocarde	4	5	5	14	18	6	8
Troubles du rythme cardiaque, pacemaker	4	5	5	14	18	6	8
.Insuffisance cardiaque chronique	4	5	5	14	18	6	8
.Insuffisance cardiaque ^[S15]	4	5	5	14	18	6	8
Artérite des membres inférieurs	4	5	5	14	18	6	8
Phlébite, embolie pulmonaire	4	5	5	14	18	6	8
Affections des os et des articulations :	4	5	5	14	18	6	8
Sciatique	4	5	5	14	18	6	8
Douleurs au bas du dos, lombalgie	4	5	5	14	18	6	8
Douleurs au niveau du cou, cervicalgie	4	5	5	14	18	6	8
Douleurs articulaires ou musculaires : épaule	4	5	5	14	18	6	8
Douleurs articulaires ou musculaires : coude, main	4	5	5	14	18	6	8
Douleurs articulaires ou musculaires : genou, hanche	4	5	5	14	18	6	8

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Syndrome du canal carpien	4	5	5	14	18	6	8
Ostéoporose				14	18	6	8
. ^[S1-S3] Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR)	4	5	5	14	18	6	8
. ^[S15] Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA)							
Affections digestives :	4	5	5	14	18	6	8
Constipation sévère	4	5	5	14	18	6	8
.[S1;S2] Maladie du foie (hépatite, stéatose, cirrhose, etc.)							
.[S3] Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre)	4	5	5	14	18	6	8
Maladies endocriniennes et métaboliques :	4	5	5	14	18	6	8
Maladie de la thyroïde	4	5	5	14	18	6	8
Diabète	4	5	5	14	18	6	8
Cholestérol, triglycérides élevés	4	5	5	14	18	6	8
Affections oculaires :	4	5	5	14	18	6	8
Glaucome, hypertension oculaire	4	5	5	14	18	6	8
Cataracte	4	5	5	14	18	6	8
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	4	5	5	14	18	6	8
Affections urinaires et génitales :	4	5	5	14	18	6	8
Coliques néphrétiques, calculs urinaires	4	5	5	14	18	6	8
Pertes involontaires d'urine	4	5	5	14	18	6	8
Insuffisance rénale chronique	4	5	5	14	18	6	8
Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, etc.)	4	5	5	14	18	6	8
Maladie de la prostate (adénome)	4	5	5	14	18	6	8
Maladie du sein	4	5	5	14	18	6	8
Endométriose	4	5	5	14	18	6	8
Troubles liés à la ménopause	4	5	5	14	18	6	8
Affections psychiques :	4	5	5	14	18	6	8
Troubles anxieux	4	5	5	14	18	6	8
Dépression nerveuse, maladie bipolaire	4	5					
Dépression			5	14	18	6	8
Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive			5	14	18	6	8
Autre affection psychiatrique	4	5					
Affections neurologiques :	4	5	5	14	18	6	8
Accident vasculaire cérébral	4	5	5	14	18	6	8
Traumatisme crânien avec perte de connaissance	4	5	5	14	18	6	8
Migraines	4	5	5	14	18	6	8
Maladie de Parkinson	4	5	5	14	18	6	8
Maladie d'Alzheimer	4	5	5	14	18	6	8
Cancer, précisez la localisation :							
Côlon-rectum ; Poumon ; Prostate ; Sein ; Col de l'utérus ; Utérus (endomètre) ; os ; Mélanome ; Vessie ; Testicule ; Rein ; Thyroïde ; Estomac ; Pancréas ; Foie ; Cerveau ; Leucémie ;	4	5	5	14	18	6	8
Lymphome ; Autre							
Autres	4	5	5	14	18	6	8
Apnées du sommeil	4	5	5	14	18	6	8
Symptôme allergiques (rhume des foins, rhinite, sinusite chronique, urticaire, eczéma, œdème de Quincke, etc.)	4						
Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique		5	5	14	18	6	8
^[S2] Sinusite chronique, conjonctivite, urticaire, eczéma, œdème de Quincke, etc.		5	5	14	18	6	8
^[S3 & suivants] Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite, urticaire, exzéma, œdème de Quincke, autre							

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Psoriasis	4	5	5	14	18	6	8
Autres problèmes de santé, y compris psychiques ^[S3 & suivants] (indiquez une seule pathologie par ligne) x 3 lignes	4	5	5	14	18	6	8
Au cours des 12 derniers mois, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un ou des médecins en raison de difficultés à obtenir une grossesse ?							
.[S1] Oui, vous ; Oui, votre partenaire ; Oui, tous les deux ; Non, ni vous ni votre partenaire	5	6	6	3			
.[S2&suitants] Oui, vous ; Oui, votre partenaire ; Oui, tous les deux ; Non, ni vous ni votre partenaire ; Non concerné(e)							
[S1-S3] Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ? O/N	8	11	4	8		53	
[S15] Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ou avez-vous des habitudes alimentaires particulières ? O/N							
Si oui							
.[S1;S2] Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé (médecin généraliste, médecin nutritionniste, diététicien(ne)) ? O/N	8	11	4	8		53	
.[S3] 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							
.[S15] Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé : médecin généraliste, médecin spécialiste, diététicien(ne) ? O/N							
Si oui							
Pour quelle(s) raison(s) suivez-vous ce régime ? (plusieurs réponses possibles)	8	11	4	8			
.[S1;S2] Pour une raison médicale sans lien avec un problème de poids ou une allergie alimentaire	8	11	4	8			
.[S3&suitants] Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel)							
Pour maigrir				8			
Pour ne pas prendre du poids				8			
Pour rester en forme				8			
Pour un problème de surpoids ou d'obésité	8	11	4				
Pour ne pas prendre du poids, rester en forme ou raison esthétique	8	11	4				
Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse...)	8	11	4	8			
INTERNET ET SANTE					19_v1		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé ? Oui ; Non ; Je n'utilise pas Internet					19_v1		
Habituellement, sur quel sujet de santé cherchez-vous des informations sur Internet ? (plusieurs réponses possibles)					20_v1		
Les risques liés à la sexualité, comme le sida ou les infections sexuellement transmissibles					20_v1		
La contraception ou les méthodes pour éviter une grossesse					20_v1		
La nutrition, la prise de poids ou certains troubles alimentaires					20_v1		
La grossesse ou la maternité					20_v1		
La santé ou les maladies de l'enfant					20_v1		
L'alcool					20_v1		
Le tabac					20_v1		
Le cannabis ou d'autres drogues illicites					20_v1		
Des problèmes de santé ponctuels, des maladies, des traitements ou des médicaments					20_v1		
Habituellement, lorsque vous cherchez des informations de santé sur Internet, est-ce plutôt : (plusieurs réponses possibles)					21_v1		
Sur un forum					21_v1		
Avez-vous posé ou répondu à une question sur ce forum ? O/N					21_v1		
Sur un site d'information					21_v1		
Je ne sais pas					21_v1		
Globalement, les informations de santé que vous avez obtenues sur Internet vous semblent-elles fiables ? Oui, tout à fait ; Oui, plutôt ; Non, pas vraiment ; Non, pas du tout					22_v1		
Globalement, les informations que vous avez trouvées sur Internet ont-elles changé la façon dont vous vous occupez de votre santé ? Oui, tout à fait ; Oui, plutôt ; Non, pas vraiment ; Non, pas du tout					23_v1		
Cela vous a-t-il conduit à aller chez le médecin : Plus souvent ; Moins souvent ; Ça n'a rien changé					24_v1		
VOTRE SANTÉ : PROBLÈMES SPÉCIFIQUES							
SCOFF (troubles du comportement alimentaire)							
Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? O/N				9			

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? O/N				10			
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ? O/N				11			
Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? O/N				12			
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? O/N				13			
SF12			7				
Score résumé physique normalisé [PCS] (indicateur calculé, voir documentation)							
Score résumé mental normalisé [MCS] (indicateur calculé, voir documentation)							
Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :							
Excellente ; Très bonne ; Bonne ; Médiocre ; Mauvaise			8				
Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.			9				
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules			9				
Oui, beaucoup limité(e) ; Oui, un peu limité(e) ; Non, pas du tout limité(e)							
Monter plusieurs étages par l'escalier			9				
Oui, beaucoup limité(e) ; Oui, un peu limité(e) ; Non, pas du tout limité(e)							
Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :			10				
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?			10				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?			10				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :			11				
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?			11				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?			11				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?			12				
Pas du tout ; Un petit peu ; Moyennement ; Beaucoup ; Enormément							
Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :			13				
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?			13				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?			13				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Vous vous êtes senti(e) triste et déprimé(e) ?			13				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?			14				
En permanence ; Très souvent ; Quelquefois ; Rarement ; Jamais							
RHINITE							
Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu :			21				
Une sinusite O/N			21				
Une conjonctivite allergique O/N			21				
De l'eczéma O/N			21				
Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ? O/N			22				
Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? __ __ ans			21				
Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ? O/N			23				
Si oui, aviez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ? O/N			23				
Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? __ __ ans			23				

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Si oui, avez-vous eu ces problèmes de nez dans les 12 derniers mois ? O/N			23				
Au cours de quel mois avez-vous eu ces problèmes de nez ? (Plusieurs réponses possibles) : Janv. ; fév. ; mars ; avr. ; mai ; juin ; juil. ; août ; sept. ; oct. ; nov. ; dec.			24				
Quel facteur a déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ? (Plusieurs réponses possibles)			25				
Acariens ou poussières de maison			25				
Animaux			25				
Pollution atmosphérique			25				
Changement de temps			25				
Tabac			25				
Pollen			25				
Air froid			25				
Autre(s)			25				
Ne sait pas			25				
Avez-vous eu ces problèmes de nez plus de 4 jours dans la même semaine ? O/N			26				
Si oui, ces problèmes ont-ils duré plus de 4 semaines de suite ? O/N			26				
Pour chacun des problèmes suivants, indiquez si vous l'avez eu au cours des 12 derniers mois et s'il a été gênant. Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'un d'eux, indiquez-le dans la 1ère colonne du tableau.							
[Je n'ai pas eu ce problème]							
[J'ai eu ce problème mais il ne m'a pas gêné]			27				
[J'ai eu ce problème mais il m'a gêné sans affecter mes activités quotidiennes ni mon sommeil]							
[J'ai eu ce problème mais il m'a gêné et a affecté mes activités quotidiennes ou mon sommeil]							
Le nez qui coule comme de l'eau			27				
Le nez bouché (impression d'être incapable de respirer par le nez)			27				
Le nez qui démange			27				
Des éternuements particulièrement violents et par crises			27				
Les yeux qui pleurent, rouges, qui piquent			27				
Avez-vous utilisé des sprays de corticoïdes par voie nasale pour soigner ces problèmes de nez ? (Nasacort, Nasonex, Avamys, Rhinocort, Beconase, Béclométazone...) O/N			28				
Avez-vous utilisé des traitements antihistaminiques;anti-allergiques par voie orale pour soigner ces problèmes de nez ? (Aerius, Xyzall, Clarityne, Kestin Virlix, Zyrtec, Cétirizine, Loratadine, Desloratadine...) O/N			29				
TRANSIT ET INCONTINENCE URINAIRE							
Au cours du dernier mois, combien de fois en moyenne êtes-vous allé(e) à la selle ?							
- Plus d'1 fois par jour ;							
- 1 fois par jour ;							
- Tous les 2 jours ;			7				
- Tous les 3 à 4 jours ;							
- Tous les 5 à 6 jours ;							
- 1 fois dans la semaine ou moins							
Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des laxatifs ? O/N			8				
Si oui, combien de fois en moyenne ?							
-Tous les jours ou presque ;							
- Assez souvent, 3 à 5 fois par semaine ;			8				
- Occasionnellement 1 à 2 fois dans le mois							
Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des pertes involontaires d'urine ? O/N			30				

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?							
- Jamais ;							
- Environ 1 fois par semaine au maximum ;							
- 2 à 3 fois par semaine ;			31				
- Environ 1 fois par jour ;							
- Plusieurs fois par jour ;							
- Tout le temps							
Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?							
- Nulle ;							
- Une petite quantité ;			32				
- Une quantité moyenne ;							
- Une grande quantité							
De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?							
Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vraiment beaucoup			33				
Quand avez-vous de pertes d'urine ? (Plusieurs réponses possibles)			34				
Jamais			34				
Avant de pouvoir arriver aux toilettes			34				
Quand vous tousssez ou éternuez			34				
Quand vous dormez			34				
Quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice			34				
Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)			34				
Sans cause apparente			34				
Tout le temps			34				
SOMMEIL							
Heures de sommeil par nuit	x	x					
Au cours du dernier mois, indiquez combien de jours :							
Pour chacun des item répondre :							
[jamais ; 1 à 3 jours ; 4 à 7 jours ; 8 à 14 jours ; 15 à 21 jours ; 22 à 31 jours]	6	9		15			
Vous avez eu des difficultés à vous endormir	6	9		15			
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	6	9		15			
Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	6	9		15			
Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	6	9		15			
Au cours de la dernière semaine (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi en moyenne par nuit ?							
.[S1-S2] Moins de 5 heures ; 5 heures ; 5 heures 30 ; 6 heures ; 6 heures 30 ; 7 heures ; 7 heures 30 ; 8 heures ; 8 heures 30 ; 9 heures ; 9 heures 30 ; 10 heures et plus	7	10		16			
.[S15] Moins de 5 heures ; Entre 5h et moins de 6 heures ; Entre 6h et moins de 7 heures ; Entre 7h et moins de 8 heures ; Entre 8h et moins de 9 heures ; Entre 9h et moins de 10 heures ; 10 heures et plus							
Quel risque avez-vous de somnoler ou de vous endormir, et pas simplement de vous sentir fatigué(e) dans les situations suivantes ?				17			
Aucun risque ; Faible risque ; Risque modéré ; Risque important							
Assis(e) en train de lire				17			
En redgardant la télévision				17			
Assis(e), inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, cinéma, réunion...)				17			
Comme passager(ère) d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure				17			
Allongé(e) l'après-midi pour vous reposer, lorsque les circonstances le permettent				17			
Assis(e) en train de parler avec quelqu'un				17			
Assis(e) au calme après un repas sans alcool				17			
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes				17			

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
En moyenne, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin généralement pour être en forme le lendemain ? Heures ; Minutes							22
<u>En semaine ou en période de travail, le plus souvent :</u>							23
À quelle heure vous mettez-vous au lit ? Heures ; Minutes							23
À quelle heure éteignez-vous la lumière ? Heures ; Minutes							24
Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? Heures ; Minutes							25
Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ? O/N							26
En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? XX fois par nuit							26
Quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes réveillé(e) ? Heures ; Minutes ; Je ne sais pas							26
En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? Heures ; Minutes							27
En général, à quelle heure vous levez-vous ? Heures ; Minutes							28
<u>Les jours de repos ou de vacances, le plus souvent :</u>							29
À quelle heure vous mettez-vous au lit ? Heures ; Minutes							29
À quelle heure éteignez-vous la lumière ? Heures ; Minutes							30
Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? Heures ; Minutes							31
Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ? O/N							32
En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? XX fois par nuit							32
Quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes réveillé(e) ? Heures ; Minutes ; Je ne sais pas							32
En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? Heures ; Minutes							33
En général, à quelle heure vous levez-vous ? Heures ; Minutes							34
Au cours des 8 derniers jours, avez-vous eu des problèmes de sommeil ?							35
Pas du tout ; Un peu ; Beaucoup ; Je ne sais pas							35
Pensez-vous être une personne :							36
Tout à fait du matin ;							36
Plutôt du matin ;							36
Tout à fait du soir ;							36
Plutôt du soir ;							36
Ni du matin, ni du soir ;							36
Les 2 : du matin et du soir ;							36
Je ne sais pas							36
Vous arrive-t-il de ronfler ? O/N ; Je ne sais pas							37
Si oui, à quelle fréquence ?							37
Toutes les nuits ou presque ;							37
3 à 4 fois par semaine ;							37
1 à 2 fois par semaine ;							37
1 à 2 fois par mois ;							37
Presque jamais							37
Si oui, quel est le niveau sonore de votre ronflement ? (Si besoin, demandez à votre entourage)							37
Légèrement plus fort que la respiration ;							37
Comparable au bruit d'une conversation normale ;							37
Plus fort qu'une conversation normale ;							37
Très fort, s'entend d'une pièce voisine							37
Votre ronflement gêne-t-il les autres ? O/N ; Je ne sais pas							38
Quelqu'un a-t-il remarqué que vous vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil ? O/N ; Je ne sais pas							39

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Si oui, à quelle fréquence ? Toutes les nuits ou presque ; 3 à 4 fois par semaine ; 1 à 2 fois par semaine ; 1 à 2 fois par mois ; Presque jamais						39	
Vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e) ou épuisé(e) après avoir dormi ? O/N						40	
Si oui, à quelle fréquence ? Tous les jours ou presque ; 3 à 4 fois par semaine ; 1 à 2 fois par semaine ; 1 à 2 fois par mois ; Presque jamais						40	
Vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e), épuisé(e) durant la journée ? O/N						41	
À quelle fréquence ? Tous les jours ou presque ; 3 à 4 fois par semaine ; 1 à 2 fois par semaine ; 1 à 2 fois par mois ; Presque jamais						41	
Vous arrive-t-il de vous assoupir ou de vous endormir en conduisant un véhicule ? O/N ; Non concerné(e), je ne conduis pas						42	
Si oui, à quelle fréquence ? Tous les jours ou presque ; 3 à 4 fois par semaine ; 1 à 2 fois par semaine ; 1 à 2 fois par mois ; Presque jamais						42	
Êtes-vous traité(e) pour des apnées du sommeil ? O/N						43	
Utilisez-vous un dispositif comme un appareil de ventilation nocturne ? O/N						43	
Utilisez-vous un dispositif comme une orthèse d'avancée mandibulaire ou gouttière anti-ronflement ? O/N						43	
Combien d'heures par nuit utilisez-vous en moyenne votre dispositif ? Moins de 3 heures par nuit ; De 3 à 4 heures par nuit ; De 5 à 6 heures par nuit						43	
Combien de nuits par semaine utilisez-vous en moyenne votre dispositif ? Moins de 3 nuits par semaine ; De 3 à 5 nuits par semaine ; De 6 à 7 nuits par semaine						43	
Combien mesure votre tour de cou ? XX cm						44	
CES-D				x			x
Score CES-D (indicateur calculé, voir documentation)				x	x		
Classe score CES-D (indicateur calculé, voir documentation)				x	x		
Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste durant la semaine écoulée. Pour répondre, cocher la case correspondante à la réponse choisie: [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]				18			24

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas				18			24
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit				18			24
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis				18			24
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres				18			24
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais				18			24
Je me suis senti(e) déprimé(e)				18			24
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort				18			24
J'ai été confiant(e) en l'avenir				18			24
J'ai pensé que ma vie était un échec				18			24
Je me suis senti(e) craintif(ve)				18			24
Mon sommeil n'a pas été bon				18			24
J'ai été heureux(se)				18			24
J'ai parlé moins que l'habitude				18			24
Je me suis senti(e) seul(e)				18			24
Les autres ont été hostiles envers moi				18			24
J'ai profité de la vie				18			24
J'ai eu des crises de larmes				18			24
Je me suis senti(e) triste				18			24
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas				18			24
J'ai manqué d'entrain				18			24
GHQ 12					x		
Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ? Mieux que d'habitude ; Comme d'habitude ; Moins bien que d'habitude ; Beaucoup moins que d'habitude					2		
Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					3		
Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ? Plus que d'habitude ; Comme d'habitude ; Moins bien que d'habitude ; Beaucoup moins bien que d'habitude					4		
Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)" ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					5		
Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ? Plus que d'habitude ; comme d'habitude ; Moins utile que d'habitude ; Beaucoup moins utile que d'habitude					6		
Avez-vous eu le sentiment que nous ne pourrions pas surmonter vos difficultés ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					7		
Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ? Plus que d'habitude ; Comme d'habitude ; Un peu moins que d'habitude ; Beaucoup moins que d'habitude					8		
Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ? Mieux que d'habitude ; Comme d'habitude ; Un peu moins que d'habitude ; Beaucoup moins que d'habitude					9		
Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					10		
Avez-vous perdu confiance en vous-même ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					11		
Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ? Pas du tout ; Pas plus que d'habitude ; Un peu plus que d'habitude ; Beaucoup plus que d'habitude					12		
Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(e), tout bien considéré ? Plus que d'habitude ; Comme d'habitude ; Un peu moins que d'habitude ; Beaucoup moins que d'habitude					13		
MALADIE PARODONTALE						x	
De quand date votre dernière visite chez le dentiste ?							
Moins de 6 mois ;							
6 mois ou + mais - d'1 an ;							
1 an ou + mais - de 2 ans ;							
2 ans ou + mais - de 3 ans ;						7	
3 ans ou + mais - de 5 ans ;							
Plus de 5 ans ;							
Je n'y suis jamais allé(e) ;							
Je ne sais pas							
Quelles étaient les raisons de votre dernière visite chez le dentiste ? (plusieurs réponses possibles)							8
J'y suis allé(e) de moi-même pour un examen de contrôle ou un détartrage							8
J'ai été appelé(e) par le dentiste pour un examen de contrôle ou un détartrage							8

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Quelque chose n'allait pas, me gênait ou me faisait mal						8	
J'y suis allé(e) pour un traitement à la suite d'un précédent examen fait par le dentiste						8	
J'y suis allé(e) parceque je voulais améliorer l'esthétique de mes dents						8	
Autre(s)						8	
Je ne sais pas						8	
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins dentaires dont vous aviez besoin ?							
[Je ne vais jamais ou presque jamais chez le dentiste]						9	
[Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin]							
[Oui, au moins une fois j'y ai renoncé alors que j'en avais besoin]							
Si oui, pour quelles raisons avez-vous renoncé à ces soins dentaires ? (Plusieurs réponses possibles)						9	
Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher						9	
Le délai pour avoir un rendez-vous était trop long						9	
Je n'avais pas le temps						9	
Le dentiste était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre						9	
J'ai eu peur d'aller chez le dentiste car cela fait mal						9	
J'ai préféré attendre au cas où les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes						9	
Je ne connaissais pas de bon dentiste						9	
Autre(s)						9	
Si oui, à quels types de soins avez-vous renoncé ? (Plusieurs réponses possibles)						9	
Un dentier						9	
Une couronne ou un bridge						9	
Un implant dentaire						9	
Un détartrage						9	
Des soins de gencives (soins parodontaux)						9	
Des soins de carie						9	
Autre(s)						9	
Pensez-vous avoir une maladie des gencives ? O/N ; Je ne sais pas ; Je ne souhaite pas répondre						10	
En général, comment évaluez-vous la santé de vos dents et de vos gencives ?							
Excellente ; Très bonne ; Bonne ; Acceptable ; Mauvaise ; Je ne sais pas						11	
Avez-vous déjà eu un traitement pour une maladie des gencives de type détartrage avec surfaçage, parfois appelé "nettoyage profond" ? O/N ; Je ne sais pas						12	
Avez-vous déjà eu une dent qui bouge sans qu'il y ait eu un choc ?							
O/N ; Je ne sais pas						13	
Avez-vous déjà été alerté(e) par un dentiste que vous perdez de l'os autour de vos dents ?							
O/N ; Je ne sais pas						14	
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous remarqué quelque chose d'anormal sur l'une de vos dents (douleur, gencive gonflée, mauvais goût, etc...) ? O/N ; Je ne sais pas						15	
En dehors du brossage habituel, combien de jours au cours de la dernière semaine avez-vous utilisé un moyen complémentaire (fil dentaire, brossettes interdentaires, hydropulseur, etc...) pour nettoyer vos dents ? 1 jour ; 2 jours ; 3 jours ; 4 jours ; 5 jours ; 6 jours ; 7 jours ; Je ne sais pas						16	
En dehors du brossage habituel, combien de jours au cours de la dernière semaine avez-vous utilisé un bain de bouche ou un autre produit de rinçage pour soigner votre bouche ou vos gencives ?							
1 jour ; 2 jours ; 3 jours ; 4 jours ; 5 jours ; 6 jours ; 7 jours ; Je ne sais pas						17	
Est-ce que vos gencives ont saigné récemment ? O/N ; Je ne sais pas						18	
Avez-vous des bourrages alimentaires entre vos dents ? O/N ; Je ne sais pas						19	
Avez-vous remarqué que vos dents se déchaussent ? O/N ; Je ne sais pas						20	
Avez-vous remarqué que vos gencives se rétractent ? O/N ; Je ne sais pas						21	
PEAU ET MALADIES CUTANÉES							x

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Quelle était la couleur naturelle de vos cheveux à 20 ans ? Blancs ; Roux ; Blonds ; Châtains ; Bruns ; Noirs							9
Quelle est la couleur de vos yeux ? Bleus ; Gris ; Verts ; noisettes ; Marrons ; Noirs							10
En hiver, sans bronzage, quelle est la couleur de la peau de votre visage ? Albinos ; Laitéuse ; Claire ; Mate ; Noire							11
Vous arrive-t-il d'avoir des coups de soleil ? Jamais ; Exceptionnellement ; Rarement ; Souvent ; Toujours							12
Quelle peut être l'intensité maximale de votre bronzage ? Absente ; Légère ; Claire ; Foncée ; Très foncée							13
Parmi les 6 profils ci-dessous, lequel vous correspond le mieux ? - Ma peau est très claire, blanche, mes cheveux sont blonds ou roux , mes yeux sont bleus ou verts et des taches de rousseur apparaissent très rapidement en cas d'exposition ; - Ma peau est très claire et peut devenir hâlée, mes cheveux sont blonds ou châains clairs, des taches de rousseur apparaissent au soleil. Ma peau brûle facilement et bronze à peine ; - Ma peau est modérément claire, mes cheveux sont blonds ou châains, et j'ai peu de taches de rousseur. Ma peau brûle modérément, bronze graduellement ; - Ma peau est mate, mes cheveux sont châains ou bruns, et je n'ai aucune tache de rousseur. Ma peau brûle à peine et bronze toujours bien ; - Ma peau est brun foncé, naturellement pigmentée, mes cheveux et mes yeux sont noirs. Ma peau brûle à peine et bronze toujours bien ; - Ma peau est noire, mes cheveux et yeux sont noirs et ma peau ne brûle pas.							14
Lorsque vous étiez adolescent(e), combien aviez-vous de grains de beauté sur la peau ? Aucun ; Très peu ; Peu ; Beaucoup							15
Lorsque vous étiez adolescent(e), combien aviez-vous de taches de rousseur sur le visage à la fin de l'été ? Aucune ; Très peu ; Peu ; Beaucoup							16
Durant votre enfance et votre adolescence, avez-vous eu un ou plusieurs coups de soleil ? O/N							17
Combien de fois approximativement avez-vous eu de coups de soleil ? 1 à 5 fois ; 6 à 10 fois ; Tous les étés ; Je ne sais pas							17
Quelle a été l'intensité de votre coup de soleil le plus grave ? Simple rougeur non persistante ; Simple rougeur persistante ; Rougeur douloureuse de plus d'une journée ; Rougeur avec cloque							17
Votre peau a-t-elle pelé ? O/N							17
Sans protection, preniez-vous systématiquement un coup de soleil à chaque exposition ? O/N ; J'avais toujours une protection solaire							17
Durant votre vie adulte, avez-vous eu un ou plusieurs coups de soleil ? O/N							18
Combien de fois approximativement avez-vous eu de coups de soleil ? 1 à 5 fois ; 6 à 10 fois ; Tous les étés ; Je ne sais pas							18
Quelle a été l'intensité de votre coup de soleil le plus grave ? Simple rougeur non persistante ; Simple rougeur persistante ; Rougeur douloureuse de plus d'une journée ; Rougeur avec cloque							18
Votre peau a-t-elle pelé ? O/N							18
Avez-vous déjà eu une dermatite atopique (eczéma débutant généralement dans l'enfance) ? O/N ; Je ne sais pas							19
Cette dermatite atopique a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par : Un(e) dermatologue ; Votre médecin traitant ; Un autre médecin ; Vous -même ; Je ne sais pas							19
À quel âge approximativement cette dermatite atopique a-t-elle commencé ? Avant l'âge de 2 ans ; Entre 2 et 12 ans ; Au cours de mon enfance (je ne me souviens pas à quel âge) ; à l'adolescence ; à l'âge adulte ; Je ne sais pas							19

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Actuellement, cette dermatite atopique est-elle toujours présente ? O/N ; Je ne sais pas							19
Comment jugez-vous la sévérité de votre dermatite atopique ?							19
Échelle de 1 à 10 : de 1 = pas du tout sévère à 10 = Extrêmement sévère							
Avez-vous déjà eu un psoriasis ? O/N ; Je ne sais pas							20
Ce psoriasis a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par :							
Un(e) dermatologue ; Votre médecin traitant ; Un autre médecin ; Vous-même ; Je ne sais pas							20
En quelle année approximativement ce psoriasis a-t-il commencé ? AAAA ; Je ne sais pas							20
Actuellement, ce psoriasis est-il toujours présent ? O/N ; Je ne sais pas							20
Comment jugez-vous la sévérité de votre psoriasis ?							20
Échelle de 1 à 10 : de 1 = pas du tout sévère à 10 = Extrêmement sévère							
Avez-vous déjà eu un vitiligo ? O/N ; Je ne sais pas							21
Ce vitiligo a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par :							
Un(e) dermatologue ; Votre médecin traitant ; Un autre médecin ; Vous-même ; Je ne sais pas							21
En quelle année approximativement ce vitiligo a-t-il commencé ? AAAA ; Je ne sais pas							21
Actuellement, ce vitiligo est-il toujours présent ? O/N ; Je ne sais pas							21
Comment jugez-vous la sévérité de votre vitiligo ?							21
Échelle de 1 à 10 : de 1 = pas du tout sévère à 10 = Extrêmement sévère							
Avez-vous déjà eu une maladie de Verneuil (ou hidradénite supprimée) ? O/N ; Je ne sais pas							22
Cette maladie de Verneuil a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par :							
Un(e) dermatologue ; Votre médecin traitant ; Un autre médecin ; Vous-même ; Je ne sais pas							22
En quelle année approximativement cette maladie de Verneuil a-t-elle commencé ? AAAA ; Je ne sais pas							22
Actuellement, cette maladie de Verneuil est-elle toujours présente ? O/N ; Je ne sais pas							22
Comment jugez-vous la sévérité de votre maladie de Verneuil ?							22
Échelle de 1 à 10 : de 1 = pas du tout sévère à 10 = Extrêmement sévère							
Avez-vous déjà eu une pelade ? O/N ; Je ne sais pas							23
Cette pelade a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par :							
Un(e) dermatologue ; Votre médecin traitant ; Un autre médecin ; Vous-même ; Je ne sais pas							23
En quelle année approximativement cette pelade a-t-elle commencé ? AAAA ; Je ne sais pas							23
Actuellement, cette pelade est-elle toujours présente ? O/N ; Je ne sais pas							23
Comment jugez-vous la sévérité de votre pelade ?							23
Échelle de 1 à 10 : de 1 = pas du tout sévère à 10 = Extrêmement sévère							
TABAC, CIGARETTE ELECTRONIQUE, CANNABIS							
Actuellement, fumez-vous (sauf cigarette électronique) ?							
Oui (au moins une fois par jour) ; Non ou occasionnellement	9	12	15	19	25	45	25
Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne : de cigarettes	9	12	15	19	25	45	25
Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne : de cigarillos	9	12	15	19	25	45	25
Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne : de pipes	9	12	15	19	25	45	25
Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne : de cigares	9	12	15	19	25	45	25
Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique jetable ou rechargeable [S1,S2] ? O/N	10	13	16	20	32	46	26
Si oui :							
Depuis combien d'années ? Moins d'1 an ; 1 an ou plus	10	13				46	26
Depuis combien d'années ? Moins d'1 an ; 1 an ; 2 ans ; 3 ans ou plus			16	20	32	46	26
Combien utilisez-vous par jour en moyenne de : cigarette(s) (si jetables) ; __ __ nb de cigarettes	10	13	16	20	32	46	26
Combien utilisez-vous par jour en moyenne de : ml (si rechargeables) ; __ __ ml	10	13	16	20	32	46	26
Quel dosage en nicotine (mg/ml) : 0-5 ; 6-10 ; 11-15 ; 16-18 ; 19 et plus	10	13				46	26

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Quel dosage en nicotine (mg;ml) :							
0 (sans nicotine) ; Moins de 6 ; 6-12 ; 13 ou plus[S3] ;Ne sait pas [S15]			16	20	32	46	26
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ? O/N	13	16	17	21	33	47	27
Si oui,	13	16	17	21	33	47	27
est-ce que vous en avez consommé : Moins d'une fois par mois ; 1 à 2 fois par mois ; au moins une fois par semaine ; tous les jours ou presque							
PAQUET NEUTRE					x		
Que pensez-vous de la marque que vous fumez habituellement par rapport aux autres marques ? Elle est : [Un peu moins nocive ; Équivalente ; Un peu plus nocive]					26_v1		
L'aspect des paquets de cigarettes ou de tabac à rouler que vous achetez habituellement vous plaît-il ? [Oui, tout à fait ; Oui, plutôt ; Non, pas vraiment ; Non, pas du tout ; Je ne sais pas ; Je ne souhaite pas répondre]					27_v1		
Vous arrive-t-il d'être gêné(e) de sortir votre paquet de cigarettes ou de tabac à rouler à la vue de tous à cause de son aspect ? [Systématiquement ; Souvent ; Parfois ; Jamais ; Je ne sais pas ; Je ne souhaite pas répondre]					28_v1		
Pensez-vous éprouver une gêne plus importante avec un paquet neutre, c'est-à-dire sans les couleurs et symboles habituels de la marque, et ne présentant que des avertissements sur les dangers du tabac ? [Oui, tout à fait ; Oui, plutôt ; Non, pas vraiment ; Non, pas du tout ; Je ne sais pas ; Je ne souhaite pas répondre]					29_v1		
Les affirmations ci-dessous portent sur les avertissements inscrits sur les paquets de cigarettes ou de tabac à rouler. Pour chacune d'elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti.					30_v1		
[Pas du tout d'accord ; Pas d'accord ; D'accord ; Tout à fait d'accord]							
Les avertissements me rappellent les risques associés au tabagisme					30_v1		
Les avertissements augmentent mes chances d'arrêter de fumer					30_v1		
Les avertissements m'ont déjà conduit à ne pas prendre ou rouler une cigarette, alors que j'étais sur le point de le faire					30_v1		
Avez-vous déjà acheté un paquet neutre, c'est-à-dire sans les couleurs et symboles habituels de la marque, et ne présentant que des avertissements sur les dangers du tabac ? O/N					31_v1		
ALCOOL							
La question suivante porte sur votre consommation de boissons alcoolisées standard. Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.							
Consommation d'alcool moyenne minimum en nombre de verres (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x	x	x	48	
Recommandation selon la consommation journalière d'alcool (indicateur calculé, voir documentation)	x	x	x	x	x	48	
Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard au cours de la dernière semaine ? (Si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1ère colonne du tableau)							
ENTETES DE COLONNES :							
[Aucne boisson alcoolisée]							
[Bière, cidre ; Nb de verres standard]							
[Vin, champagne (Rouge, blanc, rosé) ; Nb de verres standard]							
[Alcool fort (Whisky, Vodka, Pastis, etc. ; Nb de verres standard]							
[Apéritif (Suze, Martini, etc.) ; Nb de verres standard]	11	14	18	22	19_v2	48	
[Premix ; Nb de bouteilles de 30 cl]							
[Cocktail (Gin tonic, Punch, Téquila sunrise, etc.) ; Nb de verres standard]							
ENTETES DE LIGNES :							
[Du lundi au jeudi (Nombre de verres par jour en moyenne)]							
[Vendredi]							
[Samedi]							
[Dimanche]							
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être ivre ? O/N	12	15	19	23	20_v2	49	
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous est-il arrivé de boire au moins 6 boissons alcoolisées standard pour les hommes ou 5 pour les femmes, en 2 heures ou moins ?							
Jamais ; Moins d'une fois par mois ; Chaque mois ; Chaque semaine ; Chaque jour ou presque			20	24	21_v2	50	
SOUTIEN SOCIAL;RELATIONS SOCIALES							
Combien d'ami(e)s proches avez-vous ? (c'est-à-dire les personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise, vous pouvez parler de choses personnelles ou que vous pouvez appeler pour demander de l'aide)				25			
[aucun ; 1 ou 2 ; 3 à 5 ; 6 à 9 ; 10 ou plus]							

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche? [aucun ; 1 ou 2 ; 3 à 5 ; 6 à 9 ; 10 ou plus]				26			
Combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ? [aucun ; 1 ou 2 ; 3 à 5 ; 6 à 9 ; 10 ou plus]				27			
Etes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ? (c'est-à-dire les personnes qui sont importantes pour vous actuellement) [très satisfait ; plutôt satisfait ; plutôt insatisfait ; insatisfait]				28			
En réfléchissant aux échanges que vous avez eus avec les personnes de votre entourage ces derniers temps, diriez-vous que: - Vous avez donné plus aux autres que vous n'avez reçu d'eux ; - Vous avez donné autant que vous avez reçu ; - Vous avez donné moins que vous n'avez reçu				29			
En dehors de votre conjoint, y a-t-il quelqu'un avec qui vous pouvez discuter de choses personnelles ou d'une décision importante ? O/N				30			
Auriez-vous besoin de plus de ce type d'aide que vous n'en recevez ? Oui, beaucoup plus ; Oui, plus ; Oui, un peu plus ; Non, c'était suffisant				30			
En dehors de votre conjoint, y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous aider ponctuellement (bricolage, garde d'enfants, prêt d'objets ? O/N Auriez-vous besoin de plus de ce type d'aide que vous n'en recevez ? Oui, beaucoup plus ; Oui, plus ; Oui, un peu plus ; Non, c'était suffisant				31			
ANIMAUX DE COMPAGNIE							
Actuellement, avez-vous un animal de compagnie ? O/N				32			
Si oui, est-ce :				32			
un chien				32			
un chat				32			
un poisson				32			
un rongeur				32			
un oiseau				32			
un autre				32			
SITUATION VIS-A-VIS DE L'EMPLOI							
Quelle est votre situation actuelle vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)	14	17	35	33	34	64	32
Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.	14	17	35	33	34	64	32
Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité ; paternité ; d'adoption ; parental).	14	17	35	33	34	64	32
Précisez votre métier							
Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi	14	17	35	33	34	64	32
Retraité(e) ou retiré(e) des affaires	14	17	35	33	34	64	32
Ne travaille pas pour raisons de santé (invalidité, maladie chronique, etc.). Précisez le motif	14	17	35	33	34	64	32
Sans activité professionnelle	14	17	35	33	34	64	32
Autre, précisez	14	17	35	33	34	64	32
Actuellement, vivez-vous en couple ? O/N			36	34	35	64	32
[(S3 & suivants) Si oui,]							
Quelle et la situation actuelle de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)	15	18	36	34	35	65	33
Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.	15	18	36	34	35	65	33
Occupe un emploi, y compris si il/elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité ; paternité ; d'adoption ; parental)	15	18	36	34	35	65	33
Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi	15	18	36	34	35	65	33
Retraité(e) ou retiré(e) des affaires	15	18	36	34	35	65	33
Ne travaille pas pour raisons de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)	15	18	36	34	35	65	33
Sans activité professionnelle	15	18	36	34	35	65	33
Autre, précisez	15	18	36	34	35	65	33

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Quelle est sa catégorie socioprofessionnelle actuelle ou celle qu'il (elle) a occupé 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...);				34			34
- Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...);							
- Ouvrier(ère) ;							
- N'a jamais travaillé ;							
- Autre, précisez							
EVENEMENTS DE VIE							
Parmi les événements suivants, quels sont ceux qui vous sont arrivés personnellement, au cours des 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)							
Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)	16	19	44	46	41	66	31
Mariage, PACS	16	19	44	46	41	66	31
Divorce, séparation	16	19	44	46	41	66	31
Période d'hébergement précaire	16	19	44	46	41	66	31
Décès de votre conjoint(e)	16	19	44	46	41	66	31
Décès d'un enfant	16	19	44	46	41	66	31
Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant)	16	19	44	46	41	66	31
Tentative de suicide	16	19	44	46	41	66	31
Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.)	16	19	44	46	41	66	31
Aucun de ces événements				46	41	66	31
Autre(s)	16	19	44	46			
Autre(s), précisez				x	41	66	31
SITUATION MATERIELLE							
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 € ;				35			
- 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				36			
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer, pour vous-même ou votre conjoint, à certains soins en raison de problèmes financiers ? O/N							
Si oui, à quels soins avez-vous dû renoncer pour vous ou pour votre conjoint ?	17	20	37	37	36		
Des soins dentaires					36		
Des lunettes, verres, montures, lentilles					36		
Une consultation d'un médecin généraliste					36		
Une consultation d'un médecin spécialiste					36		
Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)					36		
Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)					36		

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Autre					36		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer, pour vos enfants, à certains soins en raison de problèmes financiers ? O/N ; non concerné(e)	18	21	38	38	37		
Si oui, à quels soins avez-vous dû renoncer pour vos enfants ?					37		
Des soins dentaires					37		
Des lunettes, verres, montures, lentilles					37		
Une consultation d'un médecin généraliste					37		
Une consultation d'un médecin spécialiste					37		
Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)					37		
Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)					37		
Autre					37		
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, votre conjoint ou vos enfants, à certains soins parce que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long ? O/N ; non concerné(e)					38		
Si oui, à quels soins avez-vous dû renoncer parce que le délai était trop long ?					38		
Des soins dentaires					38		
Des lunettes, verres, montures, lentilles					38		
Une consultation d'un médecin généraliste					38		
Une consultation d'un médecin spécialiste					38		
Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)					38		
Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)					38		
Autre					38		
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, votre conjoint ou vos enfants, à certains soins parce que La structure de soin (cabinet médical, centre de santé, hôpital, laboratoire...) était trop éloignée ou parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre ? O/N ; non concerné(e)					39		
Si oui, à quels soins avez-vous dû renoncer en raison de l'éloignement de la structure de soins ?					39		
Des soins dentaires					39		
Des lunettes, verres, montures, lentilles					39		
Une consultation d'un médecin généraliste					39		
Une consultation d'un médecin spécialiste					39		
Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)					39		
Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)					39		
Autre					39		
Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous avez rencontré de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts, etc.) ?	19	22	39	39	40		
Non ; Oui, occasionnellement ; Oui, régulièrement							
Par rapport à il y a 1 an, pensez-vous que votre situation professionnelle est :							
Meilleure ; Identique ; Moins bonne ; Non concerné(e)	20	23	40	40			
Quand vous pensez aux 12 prochains mois, quelle confiance avez-vous en votre situation professionnelle ? Vous êtes :							
Très confiant(e) ; Assez confiant(e) ; Pas très confiant(e) ; Pas confiant(e) du tout ; Non concerné(e)	21	24	41	41			
Par rapport à il y a 1 an, pensez-vous que votre situation financière est :							
Meilleure ; Identique ; Moins bonne	22	25	42	42			
Quand vous pensez aux 12 prochains mois, quelle confiance avez-vous en votre situation financière ? Vous êtes							
Très confiant(e) ; Assez confiant(e) ; Pas très confiant(e) ; Pas confiant(e) du tout	23	26	43	43			
POUR LES 30 ANS ET MOINS							
Avez-vous obtenu un nouveau diplôme au cours des 12 derniers mois ? O/N	25	28	45	47			
Avez-vous trouvé (ou pensez-vous trouver dans un avenir proche) un emploi qui corresponde à vos études et à votre qualification?							
Oui, certainement ; Oui, probablement ; Non, probablement pas ; Non certainement pas	26	29	46	48			

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Pensez-vous avoir (ou que vous aurez) une situation professionnelle meilleure que celle de vos parents ? Oui, certainement ; Oui, probablement ; Non, probablement pas ; Non certainement pas	27	30	47	49			
Pensez-vous que vous allez réussir sur le plan professionnel (salaire, stabilité de l'emploi, poste en cohérence avec vos compétences, etc.) ? Oui, certainement ; Oui, probablement ; Non, probablement pas ; Non certainement pas	28	31	48	50			
POUR LES FEMMES							
Actuellement, utilisez vous un moyen de contraception ? Oui ; Non ; Je suis enceinte ; Je suis ménopausée	29	32	49	51	48		
Si oui, précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)	29	32	49	51	48		
La pillule, précisez laquelle	29	32	49	51	48		
Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez : au cuivre ; Hormonal (MIRENA) ; Ne sait pas	29	32	49	51	48		
Le préservatif masculin (capote)	29	32	49	51	48		
Autre(s) méthode(s) (patch, implant, méthodes naturelles, vasectomie du partenaire, ligature des trompes, etc.)	29	32	49	51	48		
Si oui, pour quelle raison ? Est-ce (plusieurs réponses possibles)	29	32	49	51			
Pour éviter une grossesse	29	32	49	51			
Pour vous protéger ou protéger votre partenaire des infections sexuellement transmissibles.	29	32	49	51			
Autre(s) raison(s) médicale(s) (ex. acné, problème hormonal, etc.)	29	32	49	51			
Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ? Oui ; Non ; Ne sait pas	30	33	50	52	49		
Si oui, lequel est-ce ? (plusieurs réponses possibles)	30	33	50	52	49		
Un traitement hormonal, par voie orale (comprimés) ou cutanée (patch, gel)	30	33	50	52	49		
Un traitement à base de plantes ; > Précisez s'il s'agit de phyto-oestrogènes (dont le soja) : O/N ; Ne sait pas	30	33	50	52	49		
Un traitement pas homéopathie ou acupuncture	30	33	50	52	49		
Autre(s)	30	33	50	52	49		
Je ne sais pas	30	33	50	52	49		
Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? O/N							7
COMPLEMENTAIRE SANTE							
Avez-vous une complémentaire santé, aussi appelée "mutuelle", c'est-à-dire un contrat d'assurance qui complète les remboursements de la Sécurité sociale ? O/N				44			
Si oui (a) Comment l'avez-vous obtenue ?							
- Par votre employeur (entreprise ou administration) ;							
- Par l'employeur de votre conjoint(e) ;							
- Par votre ancien employeur ;							
- Auprès de votre sécurité sociale étudiante ;				44			
- Vous êtes encore couvert(e) par la complémentaire de vos parents ;							
- Par une démarche personnelle ;							
- Autre							
Si oui (b) Avez-vous une surcomplémentaire santé, c'est-à-dire d'un contrat d'assurance permettant de compléter les remboursements de votre complémentaire santé ? O/N				44			
Si non, pourquoi n'avez-vous pas de couverture complémentaire santé ?							
- Je n'en ai pas besoin ;							
- Je suis en cours d'adhésion ;							
- Je n'ai pas les moyens financiers ;				44			
- Je ne sais pas quelles démarches faire ;							
- Je n'y pense pas ou je n'ai pas le temps de faire les démarches ;							
- Autre							
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une demande d'aide à la Complémentaire santé (ACS), aussi appelée "chèque santé" ? Il s'agit d'une aide financière accordée par l'Assurance maladie, sous conditions de ressources, pour payer une partie de la cotisation de la mutuelle. O/N ; Ne se rappelle pas				45			

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Si oui, votre demande a-t-elle été :							
- Acceptée et vous l'avez utilisée ;							
- Acceptée, mais vous ne l'avez pas utilisée ;				45			
- Refusée ;							
- Elle est en cours d'instruction							
POUR LES 45 ANS ET PLUS							
Ces questions concernent les activités quotidiennes. Pour chacune d'elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.							
Utilisation du téléphone :							
- Je n'ai pas de téléphone ;							
- Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros ;					42		
- 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							
Déplacements en transports :							
- 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 ;					43		
- 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							
Prise de médicaments :							
- Je ne prends jamais de médicaments ;							
- Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires ;					44		
- Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance ;							
- Je suis incapable de les prendre moi-même							
Gestion du budget :							
- Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer les factures...) ;							
- Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme ;					45		
- Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour							
Remplissez-vous vous-même votre déclaration d'impôts ?							
Oui ; Non, je ne le fais plus ; Non, je ne l'ai jamais fait					46		
Actuellement, utilisez-vous une carte de paiement (carte bleue, visa...) ?							
Oui ; Non, j'ai arrêté de l'utiliser ; Non, je n'en ai jamais eu					47		
ALIMENTATION							
Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?							
Tout à fait A B C D E F G H Pas du tout						51	
Pour vous, manger représente avant tout : (plusieurs réponses possibles)							
Une chose indispensable pour vivre							
Un moyen de conserver la santé							
Un plaisir gustatif							
Un bon moment à partager avec d'autres							
Une contrainte							

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
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						52	
Combien de sucre (blanc, brun, roux, etc.) consommez-vous par jour ? (nombre de morceaux ou de cuillerées à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.) Jamais ou rarement ; 1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou plus						55	
Combien de sucre allégé ou édulcorant (aspartame, stévia, sirop d'agave...) consommez-vous par jour ? (nombre de morceaux, sucrettes ou de cuillerées à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.) Jamais ou rarement ; 1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou plus						56	
Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ? O/N						57	
Quel type de matière grasse utilisez-vous le plus souvent pour cuire les aliments ? (une seule réponse) Beurre ; Beurre allégé ; Huile ; Margarine ; Autre						58	
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...)						58	
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						59	
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 par semaine ; Environ 1 x par semaine ; 2 à 3 x par semaine ; 4 à 6 fois par semaine ; 1 x par jour ou plus. Dans ce cas combien de fois ou d'unités par jour ?						54	
>>>> LISTE DES ALIMENTS NB : Pour ceux marqués d'une *, répondez en excluant les produits allégés ou lights. Ils font l'objet de questions spécifiques.						54	
Viande (bœuf, veau, agneau, porc...)						54	
Volaille (poulet, dinde...)						54	
Poissons ou fruits de mer						54	
Œufs						54	
Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillettes...)						54	

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Lait						54	
Produits laitiers (petits suisses, yaourts, fromage blanc...)*						54	
Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, fromage blanc...)*						54	
Produits laitiers et desserts ALLÉGÉS (à 0 % ou 20 %)						54	
Fromages*						54	
Fromages ALLÉGÉS						54	
Pain blanc, biscottes						54	
Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes						54	
Céréales pour le petit déjeuner						54	
Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule...)						54	
Riz complet ou brun, pâtes complète...						54	
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, fèves, pois chiches...)						54	
Légumes crus (crudités) ou cuits						54	
Fruits frais (y compris pressés)						54	
Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...)*						54	
Plats cuisinés du commerce ALLÉGÉS						54	
Plats de restauration rapide (hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches...)						54	
Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...)						54	
Biscuits salés, cacahouètes et autres produits apéritifs						54	
Pâtisserie, gâteau, viennoiseries						54	
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... *						54	
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat...ALLÉGÉS						54	
Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)						54	
Huile (assaisonnement ou cuisson)						54	
>>> LISTE DES BOISSONS							
Jamais ou presque ;							
Moins d'1 x par semaine ;							
Environ 1 x par semaine ;						54	
2 à 3 x par semaine ;							
4 à 6 fois par semaine ;							
1 x par jour ou plus. Dans ce cas combien de verres ou de tasses par jour ?							
Soda, boisson aromatisée LIGHT ou ZÉRO						54	
Café						54	
Thé						54	
Jus ou nectar de fruits du commerce						54	
Soda (Orangina, Schweppes...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)*						54	
Boissons énergisantes (Red bull, Monster...) à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs.						54	
ACTIVITÉ PHYSIQUE							
Les activités physiques intenses :							
font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement, comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du vélo à vive allure ou jouer au football, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée						60	
Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait des activités physiques intenses ?						60	
XX jours par semaine ; Je n'ai pas eu d'activité physique intense						60	
Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)						60	
XX heures - XX minutes ; Je ne sais pas						60	

Constances - Données de suivi de 2013 à 2018

	2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	S1	S2	S3	S15	S16	S17	S18
Auto-Questionnaire DE SUIVI (à remplir au domicile)							
Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement, comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.						61	
Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées ?						61	
XX jours par semaine ; Je n'ai pas eu d'activité physique modérée							
Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)						61	
XX heures - XX minutes ; Je ne sais pas							
La marche inclut la marche effectuée sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, les trajets pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous pouvez faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs, et qui n'entraîne pas de modification de votre respiration. Répondez en pensant uniquement aux épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée.						62	
Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait de la marche ?						62	
XX (nbr) de jours par semaine ; Je n'ai pas marché							
Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé à marcher au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)						62	
XX heures; XX minutes ; Je ne sais pas							
Le temps passé assis comprend le temps passé en position assise ou allongée, que ce soit sur votre lieu de travail ou d'études, pendant votre temps libre ou pendant vos déplacements. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis(e) à un bureau, chez des amis ou de la famille, à être assis(e) ou allongé(e) pour lire, regarder la télévision ou utiliser un ordinateur, à jouer aux cartes, à se déplacer en voiture, en bus, en train... Ne pas inclure le temps passé à dormir. Répondez en pensant uniquement aux jours de la semaine (week-end exclu).						63	
Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis(e) pendant une journée ordinaire ?						63	
XX heures - XX minutes ; Je ne sais pas							
FOYER ET CADRE DE VIE							
Quelle est votre satisfaction concernant :						2	2
Votre logement ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)						2	2
Votre quartier ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)						2	2
Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)						2	2
Vos loisirs ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)						2	2
la vie que vous menez actuellement ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)						2	2
Votre travail ?							
Très satisfait(e) A B C D E F G H Pas du tout satisfait(e)							2
Je ne travaille pas actuellement							
Quelle est votre situation de famille actuelle au sens de l'état civil ?							
Célibataire (jamais marié(e)) ;							
Pacsé(e) ;							
Marié(e) ;							28
Séparé(e) ;							
Divorcé(e) ;							
Veuf(ve)							
Dans le domicile où vous résidez le plus souvent, vivez-vous :							29
- En couple : O/N							
Si non, avez-vous une relation amoureuse, sentimentale suivie ? O/N							29

