



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2017

Pour vous informer

Pour avoir des informations régulières sur l'actualité de Constances, abonnez-vous à la newsletter sur le site Internet de la cohorte :

<http://www.constances.fr>

Pour nous contacter

COHORTE CONSTANCES - UMS 011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂT. 15/16
16 AV PAUL VAILLANT-COUTURIER 94807 VILLEJUIF CEDEX

contact@constances.fr

N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n°2017A706AU du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année 2017.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en populations ».

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, **UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.**

VAGUE1 **S2017**





Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

1. Comment jugez-vous votre état de santé général ?

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

▪ Votre logement

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
A B C D E F G H

▪ Votre quartier

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
A B C D E F G H

▪ Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
A B C D E F G H

▪ Vos loisirs

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
A B C D E F G H

▪ La vie que vous menez actuellement

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
A B C D E F G H

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ?

kg

4. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été découvert au cours des 12 derniers mois ?

₁ Oui ₂ Non

5. 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 ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker, etc.)

₁ Oui ₂ Non



III. VOTRE SANTÉ DENTAIRE

7. De quand date votre dernière visite chez le dentiste?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> ₅ 3 ans ou plus mais moins de 5 ans |
| <input type="checkbox"/> ₂ 6 mois ou plus mais moins d'1 an | <input type="checkbox"/> ₆ Plus de 5 ans |
| <input type="checkbox"/> ₃ 1 an ou plus mais moins de 2 ans | <input type="checkbox"/> ₇ Je n'y suis jamais allé(e) |
| <input type="checkbox"/> ₄ 2 ans ou plus mais moins de 3 ans | <input type="checkbox"/> ₈ Je ne sais pas |

8. Quelles étaient les raisons de votre dernière visite chez le dentiste ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ J'y suis allé(e) de moi-même pour un examen de contrôle ou un détartrage
- ₁ J'ai été appelé(e) par le dentiste pour un examen de contrôle ou un détartrage
- ₁ Quelque chose n'allait pas, me gênait ou me faisait mal
- ₁ J'y suis allé(e) pour un traitement à la suite d'un précédent examen fait par le dentiste
- ₁ J'y suis allé(e) parce que je voulais améliorer l'esthétique de mes dents
- ₁ Autre(s)
- ₁ Je ne sais pas

9. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous renoncé à des soins dentaires dont vous aviez besoin ?

- ₁ Je ne vais jamais ou presque jamais chez le dentiste
- ₂ Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin
- ₃ Oui, au moins une fois j'y ai renoncé alors que j'en avais besoin

➔ Si oui :

• Pour quelle(s) raison(s) avez-vous renoncé à ces soins dentaires ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher
- ₁ Le délai pour avoir un rendez-vous était trop long
- ₁ Je n'avais pas le temps
- ₁ Le dentiste était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre
- ₁ J'ai eu peur d'aller chez le dentiste car cela fait mal
- ₁ J'ai préféré attendre au cas où les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes
- ₁ Je ne connaissais pas de bon dentiste
- ₁ Autre(s)

• À quel(s) type(s) de soins avez-vous renoncé ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Un dentier | <input type="checkbox"/> ₁ Des soins de gencive (soins parodontaux) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Une couronne ou un bridge | <input type="checkbox"/> ₁ Des soins de carie |
| <input type="checkbox"/> ₁ Un implant dentaire | <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Un détartrage | |



* Q S 0 1 7 0 6 *

10. Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

11. En général, comment évaluez-vous la santé de vos dents et de vos gencives ?

₁ Excellente ₂ Très bonne ₃ Bonne ₄ Acceptable ₅ Mauvaise ₆ Je ne sais pas

12. Avez-vous déjà eu un traitement pour une maladie des gencives de type détartrage avec surfaçage, parfois appelé « nettoyage profond » ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

13. Avez-vous déjà eu une dent qui bouge sans qu'il y ait eu un choc ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

14. Avez-vous déjà été alerté(e) par un dentiste que vous perdez de l'os autour de vos dents ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

15. 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.) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

16. 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 0 jour ₂ 1 jour ₃ 2 jours ₄ 3 jours ₅ 4 jours ₆ 5 jours ₇ 6 jours ₈ 7 jours

17. 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 0 jour ₂ 1 jour ₃ 2 jours ₄ 3 jours ₅ 4 jours ₆ 5 jours ₇ 6 jours ₈ 7 jours

18. Est-ce que vos gencives ont saigné récemment ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

19. Avez-vous des bourrages alimentaires entre vos dents ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

20. Avez-vous remarqué que vos dents se déchaussent ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

21. Avez-vous remarqué que vos gencives se rétractent ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas



IV. VOTRE SOMMEIL

22. *En moyenne, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin généralement pour être en forme le lendemain ?*

heures minutes

En semaine ou en période de travail, le plus souvent :

23. *À quelle heure vous mettez-vous au lit ?* heures minutes

24. *À quelle heure éteignez-vous la lumière ?* heures minutes

25. *Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?* heures minutes

26. *Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?*

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui,

• En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois par nuit

• Quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes réveillé(e) ?

heures minutes ₁ Je ne sais pas

27. *En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ?* heures minutes

28. *En général, à quelle heure vous levez-vous ?* heures minutes

Les jours de repos ou de vacances, le plus souvent :

29. *À quelle heure vous mettez-vous au lit ?* heures minutes

30. *À quelle heure éteignez-vous la lumière ?* heures minutes

31. *Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?* heures minutes

32. *Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?*

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

• En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois par nuit

• Quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes réveillé(e) ?

heures minutes ₁ Je ne sais pas

33. *En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ?* heures minutes

34. *En général, à quelle heure vous levez-vous ?* heures minutes

35. *Au cours des 8 derniers jours, avez-vous eu des problèmes de sommeil ?*

₁ Pas du tout ₂ Un peu ₃ Beaucoup ₄ Je ne sais pas



* Q S 0 1 7 0 8 *

36. Pensez-vous être une personne :

- ₁ Tout à fait du matin ₃ Tout à fait du soir ₅ Ni du matin, ni du soir
₂ Plutôt du matin ₄ Plutôt du soir ₆ Les 2 : du matin et du soir
₇ Je ne sais pas

37. Vous arrive-t-il de ronfler ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui :

• À quelle fréquence ?

- ₁ Toutes les nuits ou presque
₂ 3 à 4 fois par semaine
₃ 1 à 2 fois par semaine
₄ 1 à 2 fois par mois
₅ Presque jamais

• Quel est le niveau sonore de votre ronflement ? (Si besoin, demandez à votre entourage)

- ₁ Légèrement plus fort que la respiration
₂ Comparable au bruit d'une conversation normale
₃ Plus fort qu'une conversation normale
₄ Très fort, s'entend d'une pièce voisine

38. Votre ronflement gêne-t-il les autres ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

39. Quelqu'un a-t-il remarqué que vous vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui, à quelle fréquence ?

- ₁ Toutes les nuits ou presque
₂ 3 à 4 fois par semaine
₃ 1 à 2 fois par semaine
₄ 1 à 2 fois par mois
₅ Presque jamais

40. Vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e) ou épuisé(e) après avoir dormi ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quelle fréquence ?

- ₁ Tous les jours ou presque
₂ 3 à 4 fois par semaine
₃ 1 à 2 fois par semaine
₄ 1 à 2 fois par mois
₅ Presque jamais



41. Vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e), épuisé(e) durant la journée ?

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

- ₁ Tous les jours ou presque
- ₂ 3 à 4 fois par semaine
- ₃ 1 à 2 fois par semaine
- ₄ 1 à 2 fois par mois
- ₅ Presque jamais

42. Vous arrive-t-il de vous assoupir ou de vous endormir en conduisant un véhicule ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e), je ne conduis pas de véhicule

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

- ₁ Tous les jours ou presque
- ₂ 3 à 4 fois par semaine
- ₃ 1 à 2 fois par semaine
- ₄ 1 à 2 fois par mois
- ₅ Presque jamais

43. Êtes-vous traité(e) pour des apnées du sommeil ?

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Utilisez-vous un dispositif comme :

- Un appareil de ventilation nocturne

₁ Oui ₂ Non

- Une orthèse d'avancée mandibulaire ou gouttière anti-ronflement

₁ Oui ₂ Non

- Combien d'heures par nuit utilisez-vous en moyenne votre dispositif ?

- ₁ Moins de 3 heures par nuit
- ₂ De 3 à 4 heures par nuit
- ₃ De 5 à 6 heures par nuit

- Combien de nuits par semaine utilisez-vous en moyenne votre dispositif ?

- ₁ Moins de 3 nuits par semaine
- ₂ De 3 à 5 nuits par semaine
- ₃ De 6 à 7 nuits par semaine

44. Combien mesure votre tour de cou ? cm

Pour mesurer votre tour de cou : Utilisez un mètre ruban souple (de couture). Tenez-vous bien droit(e) et enroulez-le autour de votre cou au niveau de la pomme d'Adam, en prenant soin qu'il soit bien à plat, ni trop lâche ni trop serré. Prenez la mesure à l'endroit où les deux parties du mètre se rencontrent.



* Q S 0 1 7 1 0 *

V. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

45. **Actuellement**, fumez-vous (*sauf cigarette électronique*) ?

₁ Oui (au moins une fois par jour) ₂ Non ou occasionnellement

➔ Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne :

De cigarettes : De cigarillos :
De pipes : De cigares :

46. **Actuellement**, utilisez-vous la cigarette électronique ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an ₂ 1 an ₃ 2 ans ₄ 3 ans ou plus

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s)

₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

₁ 0 (sans nicotine)

₂ Moins de 6

₃ 6 à 12

₄ 13 ou plus

₅ Je ne sais pas

47. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consommé du cannabis (*haschisch, marijuana, herbe, joint, shit, etc.*) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quelle fréquence en avez-vous consommé ?

₁ Moins d'1 fois par mois

₂ 1 à 2 fois par mois

₃ Au moins 1 fois par semaine

₄ Tous les jours ou presque



VI. BOISSONS ALCOOLISÉES

Les questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées en nombre de verres dits «standard». Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.



48. Pouvez-vous décrire, en nombre de verres standard, votre consommation de boissons alcoolisées au cours de la dernière semaine ? (si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1^{ère} colonne)

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, Champagne	Alcool fort	Apéritif	Premix*	Cocktail
		Nb de verres standard	Nb de bouteilles 30 cl	Nb de verres standard			
Du lundi au jeudi (Nombre de verres / jour en moyenne)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

*Premix: petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5°: Smirnoff Ice, Boomerang, etc.

49. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être ivre ? 1 Oui 2 Non

50. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au moins 6 verres standard de boissons alcoolisées (si vous êtes un homme) ou 5 (si vous êtes une femme), en 2 heures ou moins ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'1 fois par mois
- 3 Chaque mois
- 4 Chaque semaine
- 5 Chaque jour ou presque



VII. ALIMENTATION

51. Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?

Tout à fait Pas du tout
A B C D E F G H

52. **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(e) ou étudiant(e))

- ₁ Chez vous
- ₂ À la cantine (restaurant d'entreprise, école, restaurant universitaire...)
- ₃ Sur le lieu de travail (mais pas à la cantine)
- ₄ Chez des amis
- ₅ Au fast food, dans un snack
- ₆ Au restaurant, pizzeria, cafétéria
- ₇ Au café, bistrot
- ₈ Dans la rue ou dans un parc
- ₉ Autre(s)

53. **Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?**

₁ Oui ₂ Non

➔ 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) ?

₁ Oui ₂ Non

54. **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) ?**

i Pour les questions marquées d'une *, répondez en excluant les produits allégés ou lights. Ils font l'objet de questions spécifiques.

Aliments	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ?
Viande (bœuf, veau, agneau, porc, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Volaille (poulet, dinde, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poisson ou fruits de mer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillette, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lait	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Produits laitiers (petits-suisse, yaourts, fromage blanc, etc.)*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



▪ Aliments

	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ?
Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, mousses, glaces, etc.) *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Produits laitiers et desserts allégés (à 0 % ou 20 %)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fromages *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fromages allégés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pain blanc, biscottes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Céréales pour le petit-déjeuner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Riz complet ou brun, pâtes complètes, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Légumes crus (crudités) ou cuits	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fruits frais (y compris fruits pressés)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute, etc.) *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plats cuisinés du commerce allégés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plats de restauration rapide (hamburgers, kebabs, sandwiches, pizzas, quiches, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. allégés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Huile (assaisonnement ou cuisson)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



▪ Boissons

	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de verres ou de tasses ?
Soda, boisson aromatisée light ou zéro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>
Café	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>
Thé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>
Jus ou nectar de fruits du commerce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>
Soda (Orangina, Schweppes, etc.), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea, etc.) *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>
Boisson énergisante (Red bull, Monster, etc.) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/> <input type="text"/>

55. 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.)

- ₁ 0 ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

56. Combien de sucre allégé ou édulcorant (aspartame, stévia, sirop d'agave, etc.) consommez-vous **par jour** ? (nombre de morceaux, sucrettes ou de cuillerées à café ajoutés à votre café, thé, yaourt, etc.)

- ₁ 0 ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

57. Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ?

- ₁ Oui ₂ Non

58. Quel type de matière grasse utilisez-vous **le plus souvent** pour cuire les aliments ? (une seule réponse)

- ₁ Beurre ₂ Beurre allégé ₃ Huile ₄ Margarine ₅ Autre(s)

➔ Si vous utilisez de la margarine, précisez quel type :

- ₁ Margarine standard
₂ Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3, etc.)
₃ Margarine enrichie en stérols végétaux (Fruit d'Or Pro-Activ', Saint-Hubert Cholégram, etc.)

59. Quel(s) type(s) d'huile utilisez-vous **le plus souvent** pour l'assaisonnement ou la cuisson ? (deux réponses maximum)

- ₁ Tournesol ₃ Colza ₅ Olive
₂ Arachide ₄ Huile de mélange (type Isio 4) ₆ Autre(s)



VIII. ACTIVITE PHYSIQUE

Les questions suivantes portent sur l'intensité des différentes activités physiques que vous avez pu avoir au cours des 7 derniers jours dans le cadre de votre vie quotidienne (sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, pendant votre temps libre, etc.). Répondez à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.

60. **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.**

Au cours des 7 derniers jours :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques intenses ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas eu d'activité physique intense

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

61. **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.**

Au cours des 7 derniers jours :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas eu d'activité physique modérée

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

62. **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.**

Au cours des 7 derniers jours :

- Combien de jours avez-vous fait de la marche ?

Nombre de jours par semaine : Je n'ai pas marché

- Combien de temps avez-vous passé à marcher au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas

63. **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).**

- Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé assis(e) pendant une journée ordinaire ?

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes Je ne sais pas



* Q S 0 1 7 1 6 *

IX. VOTRE SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

64. Quelle est votre situation **actuelle** vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- ₁ 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)
- ↳ Précisez votre métier :
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- ↳ Précisez le motif :
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre(s), précisez :

65. **Actuellement**, vivez-vous en couple ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, quelle est la situation **actuelle** de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il ou elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé 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 Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre(s), précisez :

X. ÉVÉNEMENTS DE VIE

66. Parmi les événements suivants, lesquels vous sont arrivés **personnellement**, au cours des **12 derniers mois** ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.) |

₁ Aucun des événements ci-dessus

₁ Autre(s), précisez :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION