

cohorte
CONSTANCES
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

Mode de vie et santé

A remplir à votre domicile

 **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°**2015A707AU** du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2015.

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.

Instituts
thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire:

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

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 SANTÉ

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

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

2. Comment jugez-vous votre état de santé général par rapport à une personne de votre entourage du même âge ?

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H



II. ACTIVITÉ PHYSIQUE

3. Dans **votre travail actuel ou dans votre dernier emploi si vous ne travaillez pas actuellement**, quel degré d'effort physique vous est-il (était-il) demandé **habituellement** ? (une seule réponse possible)

- ₁ Travail sédentaire
- ₂ Travail léger : marche, petite manutention (moins de 10 kg)
- ₃ Travail moyen : manutention d'objets assez lourds (entre 10 kg et 25 kg)
- ₄ Travaux de force : manutention lourde (25 kg et plus)
- ₅ N'a jamais travaillé

4. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des trajets à pied, à vélo... (pour le travail ou non) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 15 minutes par trajet
- ₃ Oui, 15 minutes et plus par trajet

➔ Si oui (quel que soit le temps de trajet) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)

5. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** du sport (hors trajets, bricolage, jardinage et ménage) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 2 heures par semaine
- ₃ Oui, 2 heures et plus par semaine

➔ Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)

6. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des travaux de bricolage, jardinage ou ménage ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 2 heures par semaine
- ₃ Oui, 2 heures et plus par semaine

➔ Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)



III. ALIMENTATION

7. *Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?*

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

8. *Pour vous, manger représente avant tout : (plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Une chose indispensable pour vivre
- ₁ Un moyen de conserver la santé
- ₁ Un plaisir gustatif
- ₁ Un bon moment à partager avec d'autres
- ₁ Une contrainte

9. *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

10. *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

- Pour quelle raison suivez-vous ce régime ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel...)
- ₁ Pour maigrir
- ₁ Pour ne pas prendre de poids
- ₁ Pour rester en forme
- ₁ Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse...)

11. *Actuellement, considérez-vous que vous êtes :*

- ₁ Beaucoup trop maigre
- ₂ Un peu trop maigre
- ₃ D'un poids normal
- ₄ Un peu trop gros(se)
- ₅ Beaucoup trop gros(se)
- ₆ Ne sait pas



12. **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...)	<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"/>
Volaille (poulet, dinde...)	<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"/>
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="text"/>
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="text"/>
Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillette...)	<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"/>
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="text"/>
Produits laitiers (petits suisses, yaourts, fromage blanc...) *	<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"/>
Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, mousses, glaces...) *	<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"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule...)	<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"/>
Riz complet ou brun , pâtes 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="text"/>
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches...)	<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"/>
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="text"/>
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="text"/>
Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...) *	<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"/>
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="text"/>
Plats de restauration rapide (hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches...)	<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"/>



	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 ?
Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...)	<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"/>
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="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat...*	<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"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... 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="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/>

• 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 ?
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...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)*	<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, 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"/>
Boisson énergisante (Red bull, Monster...) (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"/>

13. Combien de sucre (blanc, brun, roux...) consommez-vous **par jour** (café, thé, yaourt...) ? (nombre de morceaux ou de cuillerées à café)

₁ Jamais ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

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

₁ Jamais ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

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

₁ Oui ₂ Non



16. *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

➔ **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...)
₃ Margarine enrichie en stérols végétaux (Fruit d'Or Pro-Activ', Saint-Hubert Cholégram...)

17. *Quels types 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

IV. CAPACITÉ VISUELLE

18. *Actuellement, portez-vous régulièrement des lunettes de vue ou des lentilles oculaires ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui, précisez s'il s'agit d'une vision de près, de loin ou des deux, et l'année où vous avez commencé à porter des lunettes ou des lentilles :**

₁ Vision de loin Année : A A A A

₁ Vision de près Année : A A A A

19. *Avez-vous été opéré(e) de la cataracte ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui, avez-vous été opéré(e) :** ₁ D'un œil ₂ Des deux yeux

20. *Au cours de votre vie, avez-vous déjà souffert d'autres maladies oculaires ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui, était-ce (précisez si la maladie concernait un œil ou les deux yeux) :**

₁ Une dégénérescence maculaire (DMLA) : ₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Un glaucome ou une hypertension oculaire : ₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Une ou plusieurs autres maladies oculaires, précisez :

₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Un œil ₂ Les deux yeux

21. *Actuellement, utilisez-vous tous les jours des gouttes pour les yeux ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui, précisez le(s) traitement(s) utilisé(s) :**



V. SANTÉ RESPIRATOIRE

22. Dans l'ensemble, **depuis 10 ans**, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'âge) :

- ₁ N'a pas changé ₂ S'est amélioré ₃ S'est détérioré

23. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

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

- ₁ Oui ₂ Non

- Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

- ₁ Oui ₂ Non

24. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

25. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

26. Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

27. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

28. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

29. Toussez-vous **habituellement** en vous levant, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non

30. Toussez-vous **habituellement** pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non

31. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non



32. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

₁ Oui ₂ Non

33. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

₁ Oui ₂ Non

34. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

₁ Oui ₂ Non

35. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? ₁ Oui ₂ Non

• A quel âge avez-vous eu votre **première** crise d'asthme ? ans

• A quel âge avez-vous eu votre **dernière** crise d'asthme ? ans

• Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ?

₁ Oui ₂ Non

• Prenez-vous **actuellement** des médicaments contre l'asthme ?
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

₁ Oui ₂ Non

36. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

₁ Oui ₂ Non

37. 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 ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Aviez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?

₁ Oui ₂ Non

• Avez-vous eu ces problèmes de nez dans les **12 derniers mois** ?

₁ Oui ₂ Non



VI. DIABÈTE

38. *Si vous êtes une femme* : un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteinte de diabète gestationnel (c'est-à-dire un diabète **découvert pendant** une de vos grossesses, traité par insuline ou par une modification de l'alimentation et de l'activité physique) ?

- ₁ Non concernée (vous n'avez jamais été enceinte)
₂ Oui
₃ Non

39. Un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète (**en dehors** d'un diabète gestationnel) ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si non, passez directement à la partie suivante : VII. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES, page 12.

40. À quel âge vous a-t-on dit pour la **première fois** que vous étiez diabétique ? ans

41. Consultez-vous **régulièrement** un médecin pour le suivi de votre diabète ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui, s'agit-il :

- ₁ D'un médecin généraliste ₁ D'un spécialiste (endocrinologue, diabétologue,...)

42. **Actuellement**, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par des comprimés ?

- ₁ Oui ₂ Non

43. **Actuellement**, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui, à quel âge environ avez-vous commencé les injections d'insuline ? ans

44. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée (ou bien glycosylée, encore appelée HbA1c) ?

- ₁ Oui ₂ Non

45. Avez-vous déjà eu un dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

→ Si oui, quel est votre **dernier** résultat d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ? , %

46. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consulté (pour votre diabète ou pour une autre raison) :

- Un ophtalmologiste ₁ Oui ₂ Non
- Un professionnel des pieds (podologue, pédicure) ₁ Oui ₂ Non
- Un néphrologue ₁ Oui ₂ Non
- Un diététicien ₁ Oui ₂ Non

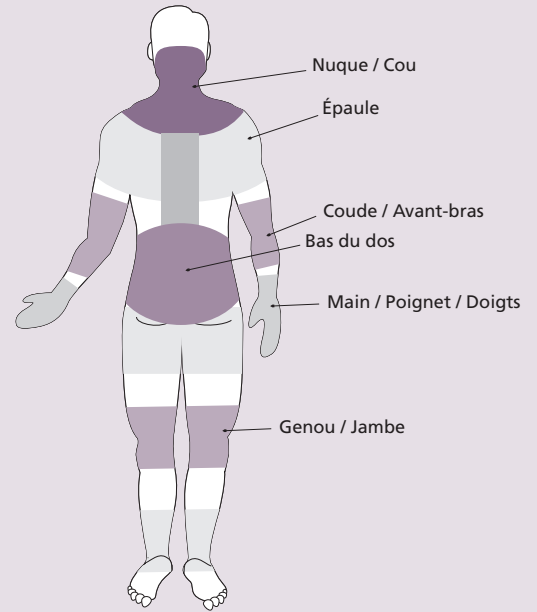


VII. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

47. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

- Nuque / Cou ₁ Oui ₂ Non
- Epaule ₁ Oui ₂ Non
- Coude / Avant-bras ₁ Oui ₂ Non
- Main / Poignet / Doigts ₁ Oui ₂ Non
- Bas du dos ₁ Oui ₂ Non
- Genou / Jambe ₁ Oui ₂ Non



i Si non à toutes ces questions, passez **directement** à la **question 52, page 14.**

48. Au cours des **12 derniers mois**, combien de temps au total, avez-vous souffert au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Moins de 24 heures	De 1 à 7 jours	De 8 à 30 jours	Plus de 30 jours	En permanence
Nuque / Cou	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Epaule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Bas du dos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

49. Si vous avez souffert de **douleurs du bas du dos (lombalgies)** au moins un jour au cours des **12 derniers mois**, s'agissait-il de :

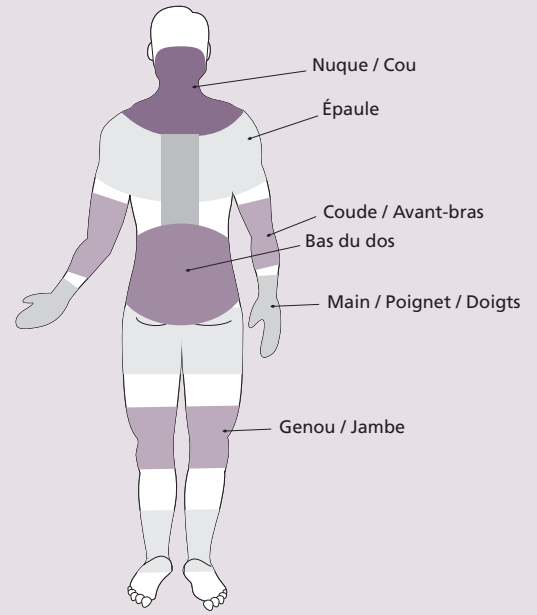
- Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou ₁ Oui ₂ Non
- Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou ₁ Oui ₂ Non
- Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée) ₁ Oui ₂ Non
- Autre type de lombalgie ₁ Oui ₂ Non



50. Au cours des **7 derniers jours**, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

- Nuque / Cou ₁ Oui ₂ Non
- Epaule ₁ Oui ₂ Non
- Coude / Avant-bras ₁ Oui ₂ Non
- Main / Poignet / Doigts ₁ Oui ₂ Non
- Bas du dos ₁ Oui ₂ Non
- Genou / Jambe ₁ Oui ₂ Non



i Si non à toutes ces questions, passez **directement** à la **question 52, page 14**

51. Au moment où vous remplissez le questionnaire, comment évaluez-vous l'intensité de ce(s) problème(s), sur l'échelle ci-dessous ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

- Nuque / Cou Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Épaule Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Coude / Avant-bras Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Main / Poignet / Doigts Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Bas du dos Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Genou / Jambe Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



52. Avez-vous déjà été opéré(e) pour :

- Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ₁ Oui ₂ Non
- Un problème de genou ₁ Oui ₂ Non
- Un problème touchant le bras ou la main (par exemple syndrome du canal carpien) ₁ Oui ₂ Non
- Un problème d'épaule ₁ Oui ₂ Non
- Un autre problème touchant les articulations ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez pour quelle articulation :

Grid of 30 empty boxes for specifying the joint.

53. Avez-vous déjà eu un changement de travail ou de poste de travail pour :

- Un problème de dos (hernie discale, sciatique...) ₁ Oui ₂ Non
- Un problème de genou ₁ Oui ₂ Non
- Un problème touchant le bras ou la main (par exemple syndrome du canal carpien) ₁ Oui ₂ Non
- Un problème d'épaule ₁ Oui ₂ Non
- Un autre problème touchant les articulations ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez pour quelle articulation :

Grid of 30 empty boxes for specifying the joint.

54. Avez-vous arrêté **définitivement** de travailler, avant votre date officielle de retraite, pour un problème de dos ou un autre problème touchant les articulations ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez pour quel problème de santé :

Grid of 30 empty boxes for specifying the health problem.



VIII. VOTRE MORAL

55. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la **dernière semaine**, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	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)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



IX. VOTRE SOMMEIL

56. Au cours **du dernier mois**, indiquez combien de jours :

	Jamais	1 à 3 jours	4 à 7 jours	8 à 14 jours	15 à 21 jours	22 à 31 jours
Vous avez eu des difficultés à vous endormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

57. Au cours de la **dernière semaine** (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi **en moyenne** par nuit ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins de 5 heures | <input type="checkbox"/> ₇ 7 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₂ 5 heures | <input type="checkbox"/> ₈ 8 heures |
| <input type="checkbox"/> ₃ 5 heures 30 | <input type="checkbox"/> ₉ 8 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₄ 6 heures | <input type="checkbox"/> ₁₀ 9 heures |
| <input type="checkbox"/> ₅ 6 heures 30 | <input type="checkbox"/> ₁₁ 9 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₆ 7 heures | <input type="checkbox"/> ₁₂ 10 heures et plus |



X. LIMITATIONS

58. Depuis au moins 6 mois, êtes-vous limité(e), c'est-à-dire avez-vous des difficultés à cause d'un problème de santé, pour effectuer les activités courantes (à la maison, au travail, pendant les loisirs) en vous comparant aux personnes de votre âge ?

- ₁ Oui, fortement limité(e)
- ₂ Oui, limité(e)
- ₃ Oui, légèrement limité(e)
- ₄ Non

➔ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Accident de la circulation routière
- ₁ Autre accident corporel (accident domestique, lié à une activité sportive, du travail...)
- ₁ Trouble(s) de la vision ou de l'audition
- ₁ Maladie(s) chronique(s) (diabète, sclérose en plaques...)
- ₁ Séquelle(s) de maladie
- ₁ Arthrose
- ₁ Douleurs importantes
- ₁ Surcharge pondérale
- ₁ Etat dépressif
- ₁ Troubles du sommeil
- ₁ Fatigue importante
- ₁ Migraines
- ₁ Troubles psychiques (anxiété, troubles du comportement, phobies, TOC...)
- ₁ Malformation congénitale (c'est-à-dire depuis la naissance)
- ₁ Autre raison de santé

59. Pouvez-vous monter ou descendre **seul(e)** un étage d'escalier ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui
- ₂ Non



60. Pouvez-vous marcher un kilomètre **seul(e)** sans vous arrêter (en marchant avec ou sans cannes, béquilles...) ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

61. Pouvez-vous porter **seul(e)** un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

62. Dans la vie courante, éprouvez-vous des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul ?

- De lecture (y compris avec des lunettes) : ₁ Oui ₂ Non
- D'écriture (y compris avec des lunettes) : ₁ Oui ₂ Non
- De calcul : ₁ Oui ₂ Non

63. Avez-vous besoin d'une aide pour vous occuper des papiers, des démarches administratives (exemples : chèques, feuilles de soins...) ?

- ₁ Jamais
- ₂ Parfois
- ₃ Souvent
- ₄ Toujours

64. Remplissez-vous ce questionnaire ?

- ₁ Vous-même
- ₂ Avec l'aide d'un proche
- ₃ Avec l'aide d'une personne du Centre d'examens de santé

65. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur(trice)) **pour vous-même** ?

- ₁ Oui
- ₂ Non



XI. FOYER ET CADRE DE VIE

66. De quelle zone géographique êtes-vous originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre

67. Si vous n'êtes pas né(e) en France, à quel âge y êtes-vous arrivé(e) ?

ans

68. Quelle est votre nationalité ?

- ₁ Français(e) de naissance
- ₂ Français(e) par acquisition (naturalisation)
- ₃ De nationalité étrangère

69. Quand vous étiez enfant, dans quelle(s) langue(s) vous parliez **habituellement** vos parents ou les personnes qui vous ont élevé(e) ?

- ₁ Le français uniquement
- ₂ Une ou plusieurs langues, mais pas le français
- ₃ Le français et une ou plusieurs autres langues

70. De quelle zone géographique votre père est-il originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre

71. De quelle zone géographique votre mère est-elle originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre



72. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre père **pendant votre adolescence** ?

- ₁ Agriculteur exploitant
- ₂ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien, contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier
- ₇ Au foyer, sans profession
- ₈ Autre, précisez :
- ₉ Ne peut pas répondre

73. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre mère **pendant votre adolescence** ?

- ₁ Agricultrice exploitante ou conjointe sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçante, chef d'entreprise ou conjointe collaboratrice
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmière, assistante sociale, technicienne, contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employée (employée de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrière
- ₇ Au foyer, sans profession
- ₈ Autre, précisez :
- ₉ Ne peut pas répondre

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

- ₁ Sans diplôme
- ₂ Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires, Diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges)
- ₃ Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP)
- ₄ Baccalauréat ou diplôme équivalent ^(a)
- ₅ Bac +2 ou +3 ^(b)
- ₆ Bac +4 ^(c)
- ₇ Bac +5 ou plus ^(d)
- ₈ Autre, précisez :

^(a) Exemples : Capacité en droit, Diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), Brevet Professionnel (BP), Brevet de Technicien (BT), Probatoire du Diplôme d'Etudes Comptables Supérieures (DECS)

^(b) Exemples : Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT), Brevet de Maîtrise (BM), Diplôme des Métiers d'Arts (DMA), Diplôme d'études universitaires générales (DEUG), Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST), Licence, Licence professionnelle

^(c) Exemples : Maîtrise, Maîtrise des Sciences et Techniques (MST), Maîtrise des Sciences de Gestion (MSG), Master 1

^(d) Exemples : Diplôme d'études approfondies (DEA), Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), Master 2, Doctorat, Diplôme de recherche technologique (DRT)



75. Ce diplôme a-t-il été obtenu dans le cadre d'une validation des acquis professionnels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

76. Quelle est votre situation de famille **actuelle** au sens de l'état civil ?

- ₁ Célibataire (jamais marié(e))
₂ Pacsé(e)
₃ Marié(e)
₄ Séparé(e)
₅ Divorcé(e)
₆ Veuf(ve)

77. Dans le domicile où vous résidez **le plus souvent**, vivez-vous :

• En couple :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, avez-vous une relation amoureuse, sentimentale suivie ?

- ₁ Oui ₂ Non

• Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? enfant(s)

• Avec d'autres personnes (famille, amis...) :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, avec combien :

- d'ascendants (parents, beaux parents ou grands-parents) ? ascendant(s)
- de personnes autres que des ascendants ? personne(s)

78. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien (qu'ils habitent ou non à votre domicile) ? enfant(s)

i Si vous ne vivez pas en couple actuellement, passez **directement** à la **question 81, page 22**.

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

- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il (elle) est en 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 En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ₁ Au foyer, sans profession
- ₁ Autre, précisez :



80. Quelle est la catégorie socioprofessionnelle **actuelle** de votre conjoint(e) ou celle qu'il (elle) a **occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement** (retraite, chômage ...) ?

- ₁ Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice)
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier(ère)
- ₇ N'a jamais travaillé
- ₈ Autre, précisez :

81. Quelle est l'origine de vos **revenus personnels** ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Revenus professionnels
- ₁ Indemnités ou allocations de chômage
- ₁ Pension(s) de retraite, pension(s) de réversion, allocation(s) de pré-retraite, allocation(s) du minimum vieillesse, allocation de solidarité aux personnes âgées...
- ₁ Revenu de solidarité active (RSA)
- ₁ Allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou pour frais professionnels (ACFP), prestation de compensation, pension d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), rente d'incapacité permanente partielle
- ₁ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- ₁ Autre(s) aide(s) familiale(s) : allocation(s) de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), complément familial, allocation de soutien familial
- ₁ Aide(s) au logement : allocation de logement, aide personnalisée au logement
- ₁ Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail, maternité ou paternité ou adoption
- ₁ Revenus du capital (loyers, dividendes...)
- ₁ Pension(s) alimentaire(s)
- ₁ Aide régulière de la famille ou de proches
- ₁ Bourse, aide pour financer ses études
- ₁ Sans revenus personnels ou uniquement ceux du (de la) conjoint(e)
- ₁ Autre, précisez :



82. 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) ?

- ₁ Moins de 450 €
- ₂ De 450 € à moins de 1 000 €
- ₃ De 1 000 € à moins de 1 500 €
- ₄ De 1 500 € à moins de 2 100 €
- ₅ De 2 100 € à moins de 2 800 €
- ₆ De 2 800 € à moins de 4 200 €
- ₇ 4 200 € ou plus
- ₈ Ne sait pas répondre
- ₉ Ne souhaite pas répondre

83. **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...) ?

personne(s) contribue(nt) au revenu du foyer

84. **Actuellement**, avez-vous un ou plusieurs emprunts en cours (immobiliers, prêts personnels, revolving, leasing, achats à crédit...) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

85. **Actuellement**, avez-vous une ou plusieurs pensions alimentaires à verser à quelqu'un qui ne vit pas avec vous ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

86. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il déjà arrivé de renoncer, **pour vous-même ou votre conjoint**, à certains soins de santé pour des raisons financières ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

87. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il déjà arrivé de renoncer, **pour vos enfants**, à certains soins de santé pour des raisons financières ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Non concerné(e)

88. Y a-t-il des moments dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts...) ?

- ₁ Non, et cela n'est jamais arrivé
- ₂ Non, mais cela est arrivé dans le passé
- ₃ Oui, depuis moins d'un an
- ₄ Oui, depuis plusieurs années



XII. VIE SEXUELLE

89. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

➔ Si non, passez directement à la question 104, page 26.

90. A quel âge avez-vous eu votre **premier** rapport sexuel ? ans ₁ Ne souhaite pas répondre

91. Était-ce : ₁ Avec un homme ₂ Avec une femme ₃ Ne souhaite pas répondre

92. Au cours de **votre vie**, avec combien de partenaires différent(e)s avez-vous eu des rapports sexuels ?

- partenaire(s) ₁ Ne souhaite pas répondre

93. Était-ce :

- ₁ Uniquement des hommes
₂ Uniquement des femmes
₃ Des hommes et des femmes
₄ Ne souhaite pas répondre

94. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu un nouveau ou une nouvelle partenaire ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

95. Au cours du **mois dernier**, avez-vous eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

➔ Si oui, était-ce :

- ₂ 1 à 3 fois dans le mois
₃ 1 à 2 fois par semaine
₄ 3 à 6 fois par semaine
₅ 1 fois par jour ou plus

96. **Actuellement**, avez-vous des rapports sexuels avec un(e) partenaire stable ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

97. Au cours de **votre relation actuelle**, avez-vous utilisé ou utilisez-vous des préservatifs ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Pas de relation actuelle
₄ Ne souhaite pas répondre

➔ Si oui, est-ce ou était-ce pour vous protéger du sida ?

- ₁ Non, vous l'utilisez ou vous l'avez utilisé pour d'autres raisons
₂ Oui, vous l'avez utilisé à un moment de votre relation pour vous protéger du sida, puis vous avez arrêté
₃ Oui, vous l'utilisez encore pour vous protéger du sida mais pas systématiquement
₄ Oui, vous l'utilisez encore systématiquement pour vous protéger du sida



98. Avez-vous déjà réalisé un test VIH ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

99. Si vous êtes un homme, êtes-vous circoncis ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

100. Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports (ou immédiatement après ceux-ci) ?

- ₁ Jamais ou exceptionnellement
₂ Parfois
₃ Souvent
₄ Toujours
₅ Ne souhaite pas répondre

101. Si vous avez des douleurs au cours des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

- ₁ Les douleurs ne gênent pas les rapports
₂ Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci
₃ Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport
₄ Les rapports sont impossibles à cause de la douleur
₅ Ne souhaite pas répondre

102. Actuellement, votre vie sexuelle vous paraît-elle :

- ₁ Pas du tout satisfaisante
₂ Pas très satisfaisante
₃ Satisfaisante
₄ Très satisfaisante
₅ Ne souhaite pas répondre

103. Actuellement, votre vie de couple vous paraît-elle :

- ₁ Pas du tout satisfaisante
₂ Pas très satisfaisante
₃ Satisfaisante
₄ Très satisfaisante
₅ Ne souhaite pas répondre
₆ Non concerné(e)



XIII. CONSOMMATION DE TABAC ET DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

104. Au cours de **votre vie** , avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez **directement** à la question 107, page 27.

➔ Si oui :

- A quel âge avez-vous commencé ? ans
- Fumez-vous encore **actuellement** ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, à quel âge avez-vous arrêté (**dernier arrêt**) ? ans

105. Si vous vous êtes **déjà arrêté puis avez recommencé**, combien de temps **au total** ces périodes d'arrêt ont-elles duré ?

- ₁ Moins d'1 an
₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années **au total** : année(s)

106. Sur l'ensemble de vos périodes de consommation, avez-vous fumé :

- La cigarette (hors cigarette électronique) : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- Pendant combien d'années ?
 - ₁ Moins d'1 an
 - ₂ 1 an ou plus
- ➔ Indiquez combien d'années : année(s)

- Combien de cigarettes par jour **en moyenne** ?

- ₁ Moins d'1 cigarette par jour
₂ 1 cigarette ou plus par jour

➔ Indiquez combien de cigarettes par jour **en moyenne** : cigarette(s)

- Le cigarillo, le cigare, la pipe : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- Pendant combien d'années ?
 - ₁ Moins d'1 an
 - ₂ 1 an ou plus
- ➔ Indiquez combien d'années : année(s)

- Combien par jour **en moyenne** ?

- ₁ Moins d'1 par jour
₂ 1 ou plus par jour

➔ Indiquez combien par jour **en moyenne** :



107. Au cours de **votre vie**, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez **directement** à la **partie suivante** : XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS, page 27.

➔ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années **au total** : année(s)

Actuellement :

• Utilisez-vous des cigarettes électroniques **jetables** ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, indiquez combien de cigarettes par jour **en moyenne** : cigarette(s)

• Utilisez-vous des cigarettes électroniques **rechargeables** ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, indiquez combien de ml par jour **en moyenne** : ml

• Quel dosage en nicotine utilisez-vous **en moyenne** (mg/ml) ?

₁ 0 (sans nicotine)

₂ Moins de 6

₃ 6-12

₄ 13 ou plus

XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS

108. Vous a-t-on déjà proposé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

109. Au cours de **votre vie**, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

➔ Si oui :

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

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des **12 derniers mois** ?

fois

• Au cours des **30 derniers jours**, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des **30 derniers jours** ?

fois



XV. CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES

110. Au cours de **votre vie**, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées (vin, apéritif, cidre, bière...)?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la partie suivante : XVI. VIE AU TRAVAIL, page 31

111. **Habituellement**, à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?

- ₁ 1 à plusieurs fois par semaine

➔ Indiquez combien de jours par semaine : jour(s)

- ₂ 2 à 3 fois par mois
₃ 1 fois par mois ou moins
₄ Jamais

➔ Indiquez pourquoi :

- ₁ Pour des raisons de santé
₂ Par goût
₃ Autre

i Si vous ne consommez **jamais** de boissons alcoolisées, passez **directement** à la **question 119, page 30**.

Les 3 questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées standard.
Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

Une boisson alcoolisée standard



25 cl
de bière
à 5°



12,5 cl
de champagne
à 12°



12,5 cl
de vin
à 12°



2,5 cl
de pastis
à 45°



4 cl
de digestif
à 40°



4 cl
de whisky
à 40°



2,5 cl
de digestif
à 45°

Tous ces verres standards contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)

Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort équivalent à deux boissons standard.

112. Les jours où vous consommez de l'alcool, combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne au cours d'une journée ?

boisson(s) alcoolisée(s) standard



113. A quelle fréquence vous arrive-t-il de boire **six boissons alcoolisées standard ou plus** au cours d'une même occasion ?

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

114. Au cours des **12 derniers mois**, quel est le nombre **maximal** de boissons alcoolisées standard que vous avez consommées en 1 jour ?

boisson(s) alcoolisée(s) standard

115. En pensant aux **12 derniers mois**, répondez aux questions suivantes :

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
Combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que normalement vous auriez dû faire, parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

116. Au cours des **12 derniers mois**, vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? ₁ Oui ₂ Non

117. Au cours des **12 derniers mois**, est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? ₁ Oui ₂ Non



118. Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard au cours de **la dernière semaine** ?

i Si vous **n'avez pas consommé de boisson alcoolisée les jours indiqués**, cochez « Aucune boisson alcoolisée ».

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, Champagne	Alcool fort	Apéritif	Premix*	Cocktail
			Rouge, blanc, rosé	Whisky, Vodka, Pastis, etc.	Suze, Martini, etc.		Gin tonic, Punch, Téquila sunrise, etc.
		Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de bouteilles 30 cl	Nb de verres standard
Du Lundi au Jeudi (Nombre de verres par jour en moyenne)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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.

119. À quel âge avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée standard pour la première fois ? ans

120. Avez-vous déjà été saoul(e) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? ans



XVI. VIE AU TRAVAIL

121. **Actuellement**, exercez-vous un emploi ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la question 123, page 32

122. Pour les questions suivantes cochez la case qui correspond le mieux à votre situation dans votre emploi actuel. Si vous avez plusieurs emplois, répondez pour votre emploi principal (celui qui vous prend le plus de temps).

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mes perspectives de promotion sont faibles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ma sécurité d'emploi est menacée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je commence à penser à des problèmes liés au travail dès que je me lève le matin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Quand j'ai remis à plus tard quelque chose que j'aurais dû faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



123. Avez-vous accès à Internet ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, accepteriez-vous de remplir un questionnaire par Internet ?

₁ Oui ₂ Non

Merci de votre participation

UMS 011 Inserm UVSQ « Cohortes épidémiologiques en population »
Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : contact@constances.fr