


Numéro Constances

Mode de vie et santé

A remplir à votre domicile

 **0 805 567 900**

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°2013X708AU du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du ministre des Affaires sociales et de la Santé et du ministre de l'Économie et des Finances, valable pour l'année 2013.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Inserm Unité 1018 Plateforme de Recherche Cohortes en Population.

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 ou du Pr Marcel Goldberg, Inserm Unité 1018 Plateforme de Recherche Cohortes en Population, Hôpital Paul Brousse, Bâtiment 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

Comment remplir ce questionnaire

- Utilisez de préférence un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases . Répondez en faisant une croix dans une case.

Exemple : *Quel est votre sexe ?* Masculin ₁ Féminin ₂
- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES.

Exemple : C O N J O N C T I V I T E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le chiffre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple : *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?* 5

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix dans une case entre deux extrêmes.

Exemple : *Comment jugez-vous votre état de santé ?*

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir : JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple :

Date de votre consultation médicale :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Si la date est le 5 janvier 2012, remplissez

0 5 / 0 1 / 2 0 1 2

i Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.

Ce questionnaire restera strictement confidentiel

Il faut environ 30 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais l'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possibles.

Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires rendant impossible l'identification d'une personne.

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'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'année(s) : 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'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'année(s) : 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'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'année(s) : 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 ou étudiant)

- ₁ Chez vous
- ₂ A 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

10a. Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

➔ Si oui :

- Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(elle) de santé (médecin généraliste, médecin nutritionniste, diététicien(ne)) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

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

- ₁ Pour une raison médicale sans lien avec un problème de poids ou une allergie alimentaire
- ₁ En raison d'allergie(s) alimentaire(s)
- ₁ Pour maigrir
- ₁ Pour ne pas prendre du poids
- ₁ Pour rester en forme
- ₁ Vous êtes végétarien ou végétalien
- ₁ Par conviction personnelle ou religieuse

10b. 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

11. **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)?

	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'unité(s) 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, andouillettes ...)	<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"/>
Laitages et dessert lactés (lait, 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"/>
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"/>
Pain, biscottes et céréales	<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"/>
Fruits crus 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"/>
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"/>
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"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales	<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"/>
Chips, biscuits salés, cacahuètes, et autres produits pour l'apéritif	<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 composés préparés, en conserve ou surgelés (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"/>
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"/>
Pâtisserie, gâteau	<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"/>
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"/>
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"/>
Jus de fruits, nectar de fruits	<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"/>
Soda, boisson gazeuse (Coca, Orangina, Schweppes ...)	<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"/>
Boissons énergisantes (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"/>

12. *Habituellement*, à quelle fréquence consommez-vous :

- les produits « lights » ou allégés suivants ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Tous les jours
Yaourt, fromage blanc à 0 ou 20 %	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Beurre, margarine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sucre allégé (édulcorant, stévia ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Soda, boisson light, zéro ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

- les matières grasses ajoutées suivantes ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Pratiquement toujours
Beurre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Margarine standard	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3 ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Margarine enrichie en stérols végétaux (Fruit d'Or Pro-Activ', Saint-Hubert Cholégram ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de maïs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile d'arachide	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de tournesol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de pépins de raisin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile d'olive	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de mélange (ISIO 4, 4 graines végétales ...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de colza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de noix, de noisette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de soja	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

IV. CAPACITÉ VISUELLE

13. **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 :

₁ Vision de près Année :

14. **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

15. **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

16. **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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

- ₁ Oui ₂ Non

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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 ? ₁ Oui ₂ Non
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

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

₁ Oui ₂ Non

31. 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

32. Est-ce qu'un médecin ou un professionnel de santé vous a déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète ?

₁ Oui ₂ Non

➔ **SI NON**, passez **directement** à la **partie VII** : Troubles musculo-squelettiques (page 12).

➔ **Si oui**, était-ce uniquement au cours d'une grossesse (uniquement pour les femmes) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ **SI OUI**, passez **directement** à la **partie VII** : Troubles musculo-squelettiques (page 12).

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

34. 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,...)

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

₁ Oui ₂ Non

36. **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

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

₁ Oui ₂ Non

38. 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) ? , %

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

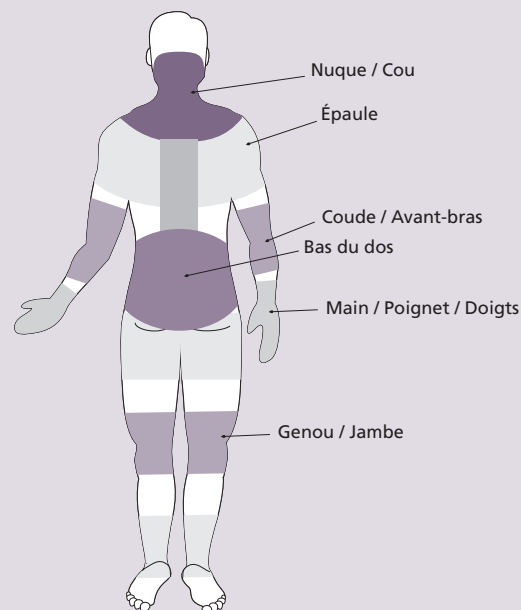
- Un ophtalmologiste ₁ Oui ₂ Non
- Un professionnel des pieds (podologue, pédicure) ₁ Oui ₂ Non
- Un néphrologue ₁ Oui ₂ Non
- Un diététicien ₁ Oui ₂ Non

VII. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

40. 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 45 (page 14).

41. 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

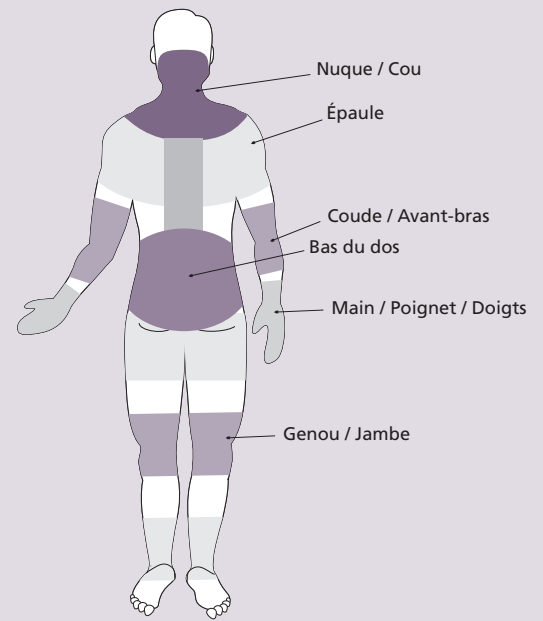
42. Si vous avez souffert de **douleurs du bas du dos (lombalgies)** au moins un jour au cours des **12 derniers mois**, s'agissait-il de :

- 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

43. 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 45** (page 14).

44. 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
- Epaule 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

45. 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 :

46. 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 :

47. 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 :

VIII. VOTRE MORAL

48. 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. SOMMEIL

49. 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

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

heures minutes

X. LIMITATIONS

51. 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

52. 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

53. 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

54. 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

55. 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

56. 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

57. 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

58. 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

59. 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 peut pas répondre

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

61. Quelle est votre nationalité ?

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

62. Quand vous étiez enfant, dans quelle(s) langue(s) vous parlaient **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

63. 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 peut pas répondre

64. 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 peut pas répondre

65. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre père pendant **vos** 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

66. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre mère pendant **vos** 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

67. 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)

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

69. 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)

70. 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)

71. 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 74 (page 22).

72. 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 :

73. 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 :

74. 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
- 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 :

75. 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
76. **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
77. **Actuellement**, avez-vous un ou plusieurs emprunts en cours (immobiliers, prêts personnels, revolving, leasing, achats à crédit...) ?
- ₁ Oui ₂ Non
78. **Actuellement**, avez-vous une ou plusieurs pensions alimentaires à verser à quelqu'un qui ne vit pas avec vous ?
- ₁ Oui ₂ Non
79. 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
80. 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)
81. 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

82. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

➔ **SI NON**, passez **directement** à la **partie XIII** : Consommation de tabac (page 26).

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

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

85. 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

86. Était-ce :

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

88. 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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

90. 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

91. *Avez-vous déjà réalisé un test VIH ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

92. *Si vous êtes un homme, êtes-vous circoncis ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

93. *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

94. *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

95. **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

96. **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

97. 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 **partie XIV** : Consommation de cannabis (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

98. 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'année(s) au total : année(s)

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

• La cigarette : ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui** :

• Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'année(s) : année(s)

• Combien de cigarette(s) par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 cigarette par jour

₂ 1 cigarette ou plus par jour

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

• Le cigarillo : ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui** :

• Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'année(s) : année(s)

• Combien de cigarillo(s) par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 cigarillo par jour

₂ 1 cigarillo ou plus par jour

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

- La pipe : ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

↳ Indiquez combien d'année(s) : année(s)

- Combien de pipe(s) par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 pipe par jour

₂ 1 pipe ou plus par jour

↳ Indiquez combien de pipe(s) par jour en **moyenne** : pipes(s)

- Le cigare : ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

↳ Indiquez combien d'année(s) : année(s)

- Combien de cigare(s) par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 cigare par jour

₂ 1 cigare ou plus par jour

↳ Indiquez combien de cigare(s) par jour en **moyenne** : cigare(s)

XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS

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

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

101. 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** ?

- 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** ?

XV. CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES

102. 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 XVI** : Vie au travail (page 31).

103. **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 111** (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.

104. 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

105. 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

106. 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

107. 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

108. 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

109. 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

110. 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 (Rouge, blanc, rosé)	Alcool fort (Whisky, Vodka, Pastis, etc.)	Apéritif (Suze, Martini, etc.)	Premix*	Cocktail 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

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

112. Avez-vous déjà été saoul(e) ?

1 Oui 2 Non

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

XVI. VIE AU TRAVAIL

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

₁ Oui ₂ Non

➔ **SI NON**, passez **directement** à la question 115 (page 32).

114. 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

115. 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

Cohorte Constances – Inserm Unité 1018 Plateforme de Recherche Cohortes en Population
Hôpital Paul Brousse – Bât. 15/16 - 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : constances@inserm.fr

