


Numéro Constances

0.AQ\_MODVIE\_Id

# Mode de vie et santé

A remplir à votre domicile

 **N° Vert 0 805 02 02 63**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



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

Visa n°**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.



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire:

J J / M M / 2 0 A A  
jour mois année

1.AQ\_MODVIE\_DtRemp

Quel est votre sexe ?

<sub>1</sub> Masculin

<sub>2</sub> Fém

2.AQ\_MODVIE\_Sex

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A  
jour mois année

3.AQ\_MODVIE\_DtNais

## I. VOTRE SANTÉ

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

Très bon         Très mauvais  
A B C D E F G H

4.AQ\_SANTE\_EtatGeneral

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

5.AQ\_SANTE\_EtatGenRapport

## 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)

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

1.AQ\_ACTPHY\_DegEffPhy

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

- <sub>1</sub> Non
- <sub>2</sub> Oui, moins de 15 minutes par trajet
- <sub>3</sub> Oui, 15 minutes et plus par trajet

2.AQ\_ACTPHY\_12MTrjPdByc

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

- Combien de fois par semaine **en moyenne** ?
- Depuis combien d'années ?

3.AQ\_ACTPHY\_12MTrjPdBycHbd

- <sub>1</sub> Moins d'1 an
- <sub>2</sub> 1 an ou plus

4.AQ\_ACTPHY\_12MTrjPdBycAn

➔ Indiquez depuis combien d'années :

5.AQ\_ACTPHY\_12MTrjPdBycAnN

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

- <sub>1</sub> Non
- <sub>2</sub> Oui, moins de 2 heures par semaine
- <sub>3</sub> Oui, 2 heures et plus par semaine

6.AQ\_ACTPHY\_12MSport

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

- Combien de fois par semaine **en moyenne** ?
- Depuis combien d'années ?

7.AQ\_ACTPHY\_12MSportHbd

- <sub>1</sub> Moins d'1 an
- <sub>2</sub> 1 an ou plus

8.AQ\_ACTPHY\_12MSportAn

➔ Indiquez depuis combien d'années :

9.AQ\_ACTPHY\_12MSportAnN

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

10.AQ\_ACTPHY\_12MTrvMan

- <sub>2</sub> Oui, moins de 2 heures par semaine
- <sub>3</sub> 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 ?

11.AQ\_ACTPHY\_12MTrvManHbd

- <sub>1</sub> Moins d'1 an
- <sub>2</sub> 1 an ou plus

12.AQ\_ACTPHY\_12MTrvManAn

➔ Indiquez depuis combien d'années :

13.AQ\_ACTPHY\_12MTrvManAnN



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) ?

■ Pour ceux marqués 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
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
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
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
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
→ 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
→ 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
→ 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
→ Produits laitiers et desserts <b>allégés (à 0 % ou 20 %)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
→ 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
→ Fromages <b>allégés</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
→ 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
→ Pain <b>complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle</b> , biscottes <b>complètes</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
→ 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
→ 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
→ Riz <b>complet ou brun</b> , pâtes <b>complètes</b> ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
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
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
→ 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
→ 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
→ Plats cuisinés du commerce <b>allégés</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
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

	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...)	1A.AQ_ALIM_FreqConsAlFrit		<input type="checkbox"/>	4	1B.AQ_ALIM_FreqConsAlFritPJ	
→ Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs	2A.AQ_ALIM_FreqConsBisSal		<input type="checkbox"/>	4	2B.AQ_ALIM_FreqConsBisSalPJ	
Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries	3A.AQ_ALIM_FreqConsPatis		<input type="checkbox"/>	4	3B.AQ_ALIM_FreqConsPatisPJ	
→ Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat...*	4A.AQ_ALIM_FreqConsBisc		<input type="checkbox"/>	4	4B.AQ_ALIM_FreqConsBiscPJ	
→ Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... <b>allégés</b>	5A.AQ_ALIM_FreqConsBiscAL		<input type="checkbox"/>	4	5B.AQ_ALIM_FreqConsBiscALPJ	
→ Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)	6A.AQ_ALIM_FreqConsBeurM		<input type="checkbox"/>	4	6B.AQ_ALIM_FreqConsBeurMPJ	
→ Huile (assaisonnement ou cuisson)	7A.AQ_ALIM_FreqConsHuile		<input type="checkbox"/>	4	7B.AQ_ALIM_FreqConsHuilePJ	

## • 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	8A.AQ_ALIM_FreqConsCafe		<input type="checkbox"/>	4	8B.AQ_ALIM_FreqConsCafePJ	
Thé	9A.AQ_ALIM_FreqConsThe		<input type="checkbox"/>	4	9B.AQ_ALIM_FreqConsThePJ	
Jus ou nectar de fruits du commerce	10A.AQ_ALIM_FreqConsJus		<input type="checkbox"/>	4	10B.AQ_ALIM_FreqConsJusPJ	
→ Soda (Orangina, Schweppes...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)*	11A.AQ_ALIM_FreqConsSodaA		<input type="checkbox"/>	4	11B.AQ_ALIM_FreqConsSodaAPJ	
→ Soda, boisson aromatisée <b>light ou zéro</b>	12A.AQ_ALIM_FreqConsSodaAL		<input type="checkbox"/>	4	12B.AQ_ALIM_FreqConsSodaALPJ	
Boisson énergisante (Red bull, Monster...) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs)	13A.AQ_ALIM_FreqConsEnergy		<input type="checkbox"/>	4	13B.AQ_ALIM_FreqConsEnergyPJ	

13. Combien de sucre (blanc, brun, roux...) consommez-vous **par jour** (café, thé, yaourt...)? (nombre de morceaux ou de cuillères 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, **sucettes ou de cuillères 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.AQ\_ALIM\_MangeSale

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

- <sub>1</sub> Beurre <sub>2</sub> Beurre allégé <sub>3</sub> Huile <sub>4</sub> Margarine <sub>5</sub> Autre

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

- <sub>1</sub> Margarine standard  
<sub>2</sub> Margarine enrichie en oméga 3 (Saint-Hubert Oméga 3, Planta Fin Oméga 3...)  
<sub>3</sub> 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)

- <sub>1</sub> Tournesol <sub>3</sub> Colza <sub>5</sub> Olive  
<sub>2</sub> Arachide <sub>4</sub> Huile de mélange (type Isio 4) <sub>6</sub> Autre

3.AQ\_ALIM\_TypHuil

## IV. CAPACITÉ VISUELLE

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 4.AQ\_CAPVISU\_PortLunLent

↳ 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 :

5.AQ\_CAPVISU\_VuLoin

- <sub>1</sub> Vision de loin Année :  A  A  A  A

6.AQ\_CAPVISU\_VuLoinAn

7.AQ\_CAPVISU\_VuPres

- <sub>1</sub> Vision de près Année :  A  A  A  A

8.AQ\_CAPVISU\_VuPresAn

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 9.AQ\_CAPVISU\_Cataracte

↳ Si oui, avez-vous été opéré(e) : <sub>1</sub> D'un œil <sub>2</sub> Des deux yeux 10.AQ\_CAPVISU\_CataracteNbO

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 11.AQ\_CAPVISU\_MalOcu

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

12.AQ\_CAPVISU\_MalOcuDMLA

- <sub>1</sub> Une dégénérescence maculaire (DMLA) : <sub>1</sub> Un œil 13.AQ\_CAPVISU\_MalOcuDMLANbO

14.AQ\_CAPVISU\_MalOcuGlau

- <sub>1</sub> Un glaucome ou une hypertension oculaire : <sub>1</sub> Un œil 15.AQ\_CAPVISU\_MalOcuGlauNbO

16.AQ\_CAPVISU\_MalOcuAutre

- <sub>1</sub> Une ou plusieurs autres maladies oculaires, précisez :

17.AQ\_CAPVISU\_MalOcuAutA

- <sub>1</sub> Un œil 18.AQ\_CAPVISU\_MalOcuAutANbO

19.AQ\_CAPVISU\_MalOcuAutB

- <sub>1</sub> Un œil 20.AQ\_CAPVISU\_MalOcuAutBNbO

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

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 21.AQ\_CAPVISU\_Goutte

↳ Si oui, précisez le(s) traitement(s) utilisé(s) :

22.AQ\_CAPVISU\_GoutTraitA

23.AQ\_CAPVISU\_GoutTraitB



## 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) :

- <sub>1</sub> N'a pas changé      <sub>2</sub> S'est amélioré      <sub>3</sub> S'est détérioré

1.AQ\_CAPRESP\_Etat

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

2.AQ\_CAPRESP\_Siffle

➔ Si oui :

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

3.AQ\_CAPRESP\_SiffleEssouf

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

4.AQ\_CAPRESP\_SiffleEnrhum

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

5.AQ\_CAPRESP\_ReveilGenResp

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

6.AQ\_CAPRESP\_EssoufRepos

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

7.AQ\_CAPRESP\_EssoufEff

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

8.AQ\_CAPRESP\_ReveilEssouf

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

9.AQ\_CAPRESP\_ReveilToux

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

10.AQ\_CAPRESP\_TouxLeve

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

11.AQ\_CAPRESP\_TouxLeve3mois

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

12.AQ\_CAPRESP\_TouxHab

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

13.AQ\_CAPRESP\_TouxHab3mois

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

14.AQ\_CAPRESP\_CrachLev

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

15.AQ\_CAPRESP\_CrachLev3mois

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

35. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

• Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? <sub>1</sub> Oui

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

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

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 modification de l'alimentation et de l'activité physique) ?

<sub>1</sub> Non concernée (vous n'avez jamais été enceinte)

<sub>2</sub> Oui

<sub>3</sub> 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) ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si oui, s'agit-il :

<sub>1</sub> D'un médecin généraliste <sub>1</sub> D'un spécialiste (e ...)

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> 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 <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

• Un professionnel des pieds (podologue, pédicure) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

• Un néphrologue <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

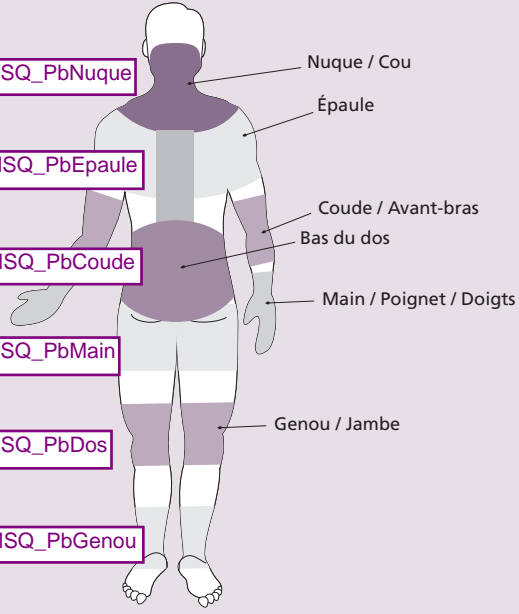
• Un diététicien <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

## 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	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	1.AQ_TMSQ_PbNuque	Nuque / Cou
• Epaule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	2.AQ_TMSQ_PbEpaule	Épaule
• Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	3.AQ_TMSQ_PbCoude	Coude / Avant-bras Bas du dos
• Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	4.AQ_TMSQ_PbMain	Main / Poignet / Doigts
• Bas du dos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	5.AQ_TMSQ_PbDos	Genou / Jambe
• Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No	6.AQ_TMSQ_PbGenou	



**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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	7.AQ_TMSQ_TpSouffreNuque	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Epaule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	8.AQ_TMSQ_TpSouffreEpaule	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	9.AQ_TMSQ_TpSouffreCoude	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	10.AQ_TMSQ_TpSouffreMain	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Bas du dos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	11.AQ_TMSQ_TpSouffreDos	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/>	12.AQ_TMSQ_TpSouffreGenou	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

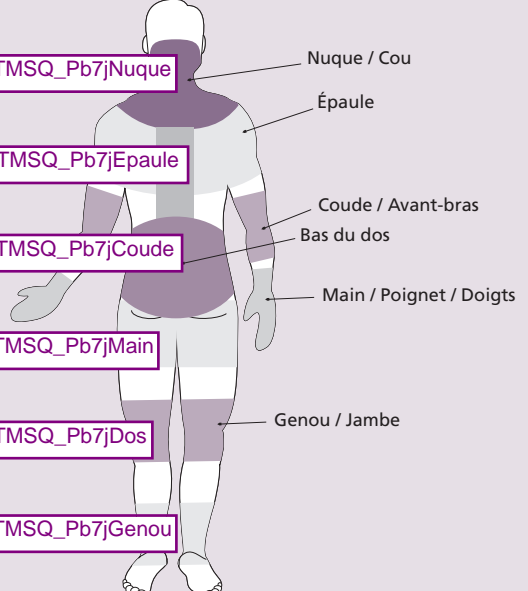
49. Si vous avez souffert de **douleurs du bas du dos (lombalgies)** au moins un jour au cours des **12 derniers mois**, s'agissait-il de :

- |   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| • Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | 13.AQ_TMSQ_SoufSciatBGenou |
| • Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | 14.AQ_TMSQ_SoufSciatHGenou |
| • Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée)                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | 15.AQ_TMSQ_SoufLumbago     |
| • Autre type de lombalgie                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | 16.AQ_TMSQ_SoufAutre       |

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	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	1.AQ_TMSQ_Pb7jNuque	Nuque / Cou
• Epaule	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	2.AQ_TMSQ_Pb7jEpaule	Épaule
• Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	3.AQ_TMSQ_Pb7jCoude	Coude / Avant-bras Bas du dos
• Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	4.AQ_TMSQ_Pb7jMain	Main / Poignet / Doigts
• Bas du dos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	5.AQ_TMSQ_Pb7jDos	Genou / Jambe
• Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	6.AQ_TMSQ_Pb7jGenou	



**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	<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"/>	7.AQ_TMSQ_IntensNuque	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
• Épaule	Ni gêne ni douleur	<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"/>	8.AQ_TMSQ_IntensEpaule	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
• Coude / Avant-bras	Ni gêne ni douleur	<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"/>	9.AQ_TMSQ_IntensCoude	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
• Main / Poignet / Doigts	Ni gêne ni douleur	<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"/>	10.AQ_TMSQ_IntensMain	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
• Bas du dos	Ni gêne ni douleur	<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"/>	11.AQ_TMSQ_IntensDos	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
• Genou / Jambe	Ni gêne ni douleur	<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"/>	12.AQ_TMSQ_IntensGenou	Douleur maximale imaginable
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		



## 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	1.AQ_CESD_Q01 <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	2.AQ_CESD_Q02 <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	3.AQ_CESD_Q03 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 1	4.AQ_CESD_Q04 <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	5.AQ_CESD_Q05 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 1	6.AQ_CESD_Q06 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 1	7.AQ_CESD_Q07 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 1	8.AQ_CESD_Q08 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 1	9.AQ_CESD_Q09 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 1	10.AQ_CESD_Q10 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 1	11.AQ_CESD_Q11 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 1	12.AQ_CESD_Q12 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 1	13.AQ_CESD_Q13 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	14.AQ_CESD_Q14 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	15.AQ_CESD_Q15 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 1	16.AQ_CESD_Q16 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 1	17.AQ_CESD_Q17 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 1	18.AQ_CESD_Q18 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 1	19.AQ_CESD_Q19 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 1	20.AQ_CESD_Q20 <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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <span>1.AQ_SOMMEIL_MoisDiffEnd</span>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <span>2.AQ_SOMMEIL_MoisRevNuit</span>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <span>3.AQ_SOMMEIL_MoisRevTot</span>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <span>4.AQ_SOMMEIL_MoisRevFat</span>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

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"/> <sub>1</sub> Moins de 5 heures                              | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> 7 heures 30        |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5 heures                                       | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> 8 heures           |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 5 heures 30                                    | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> 8 heures 30        |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 6 heures <span>5.AQ_SOMMEIL_SemDurTranc</span> | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> 9 heures          |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 6 heures 30                                    | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> 9 heures 30       |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> 7 heures                                       | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> 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 ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e)  
<sub>2</sub> Oui, limité(e) 1.AQ\_HANDICAP\_Limit  
<sub>3</sub> Oui, légèrement limité(e)  
<sub>4</sub> Non

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

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 2.AQ_HANDICAP_LimAccCirc   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Accident de la circulation routière   |
| 3.AQ_HANDICAP_LimAccAut    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Autre accident corporel (accident domestique, lié à une activité sportive, du travail...) |
| 4.AQ_HANDICAP_LimTbVis     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Trouble(s) de la vision ou de l'audition  |
| 5.AQ_HANDICAP_LimMalChro   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Maladie(s) chronique(s) (diabète, sclérose en plaques...)                                 |
| 6.AQ_HANDICAP_LimSeqMal    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Séquelle(s) de maladie  |
| 7.AQ_HANDICAP_LimArthros   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Arthrose  |
| 8.AQ_HANDICAP_LimDoullmp   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Douleurs importantes  |
| 9.AQ_HANDICAP_LimSurchP    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Surcharge pondérale   |
| 10.AQ_HANDICAP_LimDepress  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Etat dépressif  |
| 11.AQ_HANDICAP_LimTbSom    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Troubles du sommeil   |
| 12.AQ_HANDICAP_LimFatImp   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Fatigue importante  |
| 13.AQ_HANDICAP_LimMigraine | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Migraines   |
| 14.AQ_HANDICAP_LimTbPsych  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Troubles psychiques (anxiété, troubles du comportement, phobies, TOC...)                  |
| 15.AQ_HANDICAP_LimMalfCong | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Malformation congénitale (c'est-à-dire depuis la naissance)                               |
| 16.AQ_HANDICAP_LimAutre    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Autre raison de santé   |

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

- <sub>1</sub> Oui, sans aucune difficulté  
<sub>2</sub> Oui, mais avec quelques difficultés 17.AQ\_HANDICAP\_EtgEscSeul  
<sub>3</sub> Oui, mais avec beaucoup de difficultés  
<sub>4</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non 18.AQ\_HANDICAP\_EtgEscAide

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

- <sub>1</sub> Oui, sans aucune difficulté
- <sub>2</sub> Oui, mais avec quelques difficultés 1.AQ\_HANDICAP\_March1KmSeul
- <sub>3</sub> Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- <sub>4</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non 2.AQ\_HANDICAP\_March1KmAide

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) ?

- <sub>1</sub> Oui, sans aucune difficulté
- <sub>2</sub> Oui, mais avec quelques difficultés 3.AQ\_HANDICAP\_Port5KgSeul
- <sub>3</sub> Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- <sub>4</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non 4.AQ\_HANDICAP\_Port5KgAide

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

- De lecture (y compris avec des lunettes) :      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 5.AQ\_HANDICAP\_DifRead
- D'écriture (y compris avec des lunettes) :      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 6.AQ\_HANDICAP\_DifWrite
- De calcul :      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 7.AQ\_HANDICAP\_DifCalcul

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

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> Parfois 8.AQ\_HANDICAP\_OccPapier
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Toujours

64. Remplissez-vous ce questionnaire ?

- <sub>1</sub> Vous-même 9.AQ\_HANDICAP\_RempQuest
- <sub>2</sub> Avec l'aide d'un proche
- <sub>3</sub> Avec l'aide d'une personne du Centre d'examen de santé

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 10.AQ\_HANDICAP\_TravSocial

## XI. FOYER ET CADRE DE VIE

66. De quelle zone géographique êtes-vous originaire ?

- <sub>1</sub> France métropolitaine
- <sub>2</sub> DOM-TOM
- <sub>3</sub> Europe
- <sub>4</sub> Afrique du Nord 1.AQ\_FOYVIE\_OriGeo
- <sub>5</sub> Afrique noire (ou subsaharienne)
- <sub>6</sub> Asie
- <sub>7</sub> Autre
- <sub>8</sub> Ne peut pas répondre

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

 2.AQ\_FOYVIE\_EtrArrFranceAg

68. Quelle est votre nationalité ?

- <sub>1</sub> Français(e) de naissance
- <sub>2</sub> Français(e) par acquisition (naturalisation) 3.AQ\_FOYVIE\_Nationalit
- <sub>3</sub> De nationalité étrangère

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

- <sub>1</sub> Le français uniquement
- <sub>2</sub> Une ou plusieurs langues, mais pas le français 4.AQ\_FOYVIE\_LangParEnf
- <sub>3</sub> Le français et une ou plusieurs autres langues

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

- <sub>1</sub> France métropolitaine
- <sub>2</sub> DOM-TOM
- <sub>3</sub> Europe 5.AQ\_FOYVIE\_OriGeoPere
- <sub>4</sub> Afrique du Nord
- <sub>5</sub> Afrique noire (ou subsaharienne)
- <sub>6</sub> Asie
- <sub>7</sub> Autre
- <sub>8</sub> Ne peut pas répondre

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

- <sub>1</sub> France métropolitaine
- <sub>2</sub> DOM-TOM
- <sub>3</sub> Europe 6.AQ\_FOYVIE\_OriGeoMere
- <sub>4</sub> Afrique du Nord
- <sub>5</sub> Afrique noire (ou subsaharienne)
- <sub>6</sub> Asie
- <sub>7</sub> Autre
- <sub>8</sub> Ne peut pas répondre







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) ?
- <sub>1</sub> Moins de 450 €
- <sub>2</sub> De 450 € à moins de 1 000 €
- <sub>3</sub> De 1 000 € à moins de 1 500 €
- <sub>4</sub> De 1 500 € à moins de 2 100 €
- <sub>5</sub> De 2 100 € à moins de 2 800 €
- <sub>6</sub> De 2 800 € à moins de 4 200 €
- <sub>7</sub> 4 200 € ou plus
- <sub>8</sub> Ne sait pas répondre
- <sub>9</sub> 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...) ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
85. **Actuellement**, avez-vous une ou plusieurs pensions alimentaires à verser à quelqu'un qui ne vit pas avec vous ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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 ?
- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> 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...) ?
- <sub>1</sub> Non, et cela n'est jamais arrivé
- <sub>2</sub> Non, mais cela est arrivé dans le passé
- <sub>3</sub> Oui, depuis moins d'un an
- <sub>4</sub> Oui, depuis plusieurs années

## XII. VIE SEXUELLE

89. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre      1.AQ\_VIESEX\_RapSex

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

90. A quel âge avez-vous eu votre **premier** rapport sexuel ? 2.AQ\_VIESEX\_RapSex1Ag <sub>1</sub> Ne so 3.AQ\_VIESEX\_RapSex1AgNr

91. *Était-ce :* <sub>1</sub> Avec un homme      <sub>2</sub> Avec une 4.AQ\_VIESEX\_RapSex1Qui      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre

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

- <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> 5.AQ\_VIESEX\_PartNb      <sub>1</sub> Ne 6.AQ\_VIESEX\_PartNbNspr

93. *Était-ce :*

- <sub>1</sub> Uniquement des hommes  
<sub>2</sub> Uniquement des femmes      7.AQ\_VIESEX\_PartQuel  
<sub>3</sub> Des hommes et des femmes  
<sub>4</sub> Ne souhaite pas répondre

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre      8.AQ\_VIESEX\_PartNew12m

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre      9.AQ\_VIESEX\_RapSexMois

➔ Si oui, était-ce :

- <sub>2</sub> 1 à 3 fois dans le mois  
<sub>3</sub> 1 à 2 fois par semaine      10.AQ\_VIESEX\_RapSexFreq  
<sub>4</sub> 3 à 6 fois par semaine  
<sub>5</sub> 1 fois par jour ou plus

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre      11.AQ\_VIESEX\_RapSexStab

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non      12.AQ\_VIESEX\_RelActPrv  
<sub>3</sub> Pas de relation actuelle  
<sub>4</sub> Ne souhaite pas répondre

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

- <sub>1</sub> Non, vous l'utilisez ou vous l'avez utilisé pour d'autres raisons  
<sub>2</sub> Oui, vous l'avez utilisé à un moment de votre relation pour vous protéger du sida, puis vous avez arrêté      13.AQ\_VIESEX\_RelActPrvSid  
<sub>3</sub> Oui, vous l'utilisez encore pour vous protéger du sida mais pas systématiquement  
<sub>4</sub> Oui, vous l'utilisez encore systématiquement pour vous protéger du sida



98. Avez-vous déjà réalisé un test VIH ?

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre 1.AQ\_VIESEX\_TestVIH

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre 2.AQ\_VIESEX\_HCirconci

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

- <sub>1</sub> Jamais ou exceptionnellement
- <sub>2</sub> Parfois 3.AQ\_VIESEX\_RapSexDoul
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Toujours
- <sub>5</sub> 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 ?

- <sub>1</sub> Les douleurs ne gênent pas les rapports
- <sub>2</sub> Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci 4.AQ\_VIESEX\_RapSexDoulRet
- <sub>3</sub> Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport
- <sub>4</sub> Les rapports sont impossibles à cause de la douleur
- <sub>5</sub> Ne souhaite pas répondre

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

- <sub>1</sub> Pas du tout satisfaisante
- <sub>2</sub> Pas très satisfaisante 5.AQ\_VIESEX\_VieSexSatisf
- <sub>3</sub> Satisfaisante
- <sub>4</sub> Très satisfaisante
- <sub>5</sub> Ne souhaite pas répondre

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

- <sub>1</sub> Pas du tout satisfaisante
- <sub>2</sub> Pas très satisfaisante 6.AQ\_VIESEX\_VieCoupleSatisf
- <sub>3</sub> Satisfaisante
- <sub>4</sub> Très satisfaisante
- <sub>5</sub> Ne souhaite pas répondre
- <sub>6</sub> 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) ?

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      1.AQ\_COMPORTEcTabac

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

→ Si oui :

• A quel âge avez-vous commencé ?        ans      2.AQ\_COMPORTEcAgeDeb

• Fumez-vous encore **actuellement** ?      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      3.AQ\_COMPORTEcFumAct

→ Si non, à quel âge avez-vous arrêté (dernier arrêt) ?             4.AQ\_COMPORTEcAgeFin

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

<sub>1</sub> Moins d'1 an      5.AQ\_COMPORTEcArr1An

<sub>2</sub> 1 an ou plus

→ Indiquez combien d'années au total :        année(s)      6.AQ\_COMPORTEcArrNbAn

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

• La cigarette (hors cigarette électronique) :      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      7.AQ\_COMPORTEcCigt

→ Si oui :

• Pendant combien d'années ?

<sub>1</sub> Moins d'1 an      8.AQ\_COMPORTEcCigt1An

<sub>2</sub> 1 an ou plus

→ Indiquez combien d'années :             9.AQ\_COMPORTEcCigtNbAn

• Combien de cigarettes par jour en moyenne ?

<sub>1</sub> Moins d'1 cigarette par jour      10.AQ\_COMPORTEcCigt1J

<sub>2</sub> 1 cigarette ou plus par jour

→ Indiquez combien de cigarettes par jour en moyenne :            11.AQ\_COMPORTEcCigtJNb

→ • Le cigarillo, le cigare, la pipe :      <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      12.AQ\_COMPORTEcPCCP

→ Si oui :

• Pendant combien d'années ?

<sub>1</sub> Moins d'1 an      13.AQ\_COMPORTEcCCP1An

<sub>2</sub> 1 an ou plus

→ Indiquez combien d'années :        a      14.AQ\_COMPORTEcCCPNbAn

• Combien par jour en moyenne ?

<sub>1</sub> Moins d'1 par jour      15.AQ\_COMPORTEcCCP1J

<sub>2</sub> 1 ou plus par jour

→ Indiquez combien par jour en moyenne :             16.AQ\_COMPORTEcCCPJNb

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

→ <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

→ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

→ <sub>1</sub> Moins d'1 an

<sub>2</sub> 1 an ou plus

→ Indiquez combien d'années **au total** :

Actuellement :

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

→ Si oui, indiquez combien de cigarettes par jour **en moyenne** :

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

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

<sub>1</sub> 0 (sans nicotine)

<sub>2</sub> Moins de 6

<sub>3</sub> 6-12

<sub>4</sub> 13 ou plus

## XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Ne souhaite pas répondre

→ Si oui :

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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*) ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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...)?

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 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 ?

- <sub>1</sub> 1 à plusieurs fois par semaine

➔ Indiquez combien de jours par semaine :

jour(s)

- <sub>2</sub> 2 à 3 fois par mois  
<sub>3</sub> 1 fois par mois ou moins  
<sub>4</sub> Jamais

➔ Indiquez pourquoi :

- <sub>1</sub> Pour des raisons de santé  
<sub>2</sub> Par goût  
<sub>3</sub> 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** ?

- <sub>1</sub> Jamais  
<sub>2</sub> Moins d'une fois par mois  
<sub>3</sub> Chaque mois        
<sub>4</sub> Chaque semaine  
<sub>5</sub> 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="2.AQ_COMPORT_Alc12mPaFair"/>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="3.AQ_COMPORT_Alc12mArrBoi"/>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="4.AQ_COMPORT_Alc12mCulpa"/>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="5.AQ_COMPORT_Alc12mSouv"/>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <input type="text" value="6.AQ_COMPORT_Alc12mMatin"/>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

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

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub>

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? <sub>1</sub> Oui

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 ?

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? <sub>1</sub> Oui

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

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)	A1.AQ_COMPORTE_AlcLJAucune	B1	C1	D1	E1	F1	G1
Vendredi	A2.AQ_COMPORTE_AlcVAucune	B2	C2	D2	E2	F2	G2
Samedi	A3.AQ_COMPORTE_AlcSAucune	B3	C3	D3	E3	F3	G3
Dimanche	A4.AQ_COMPORTE_AlcDAucune	B4	C4	D4	E4	F4	G4

\*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

5.AQ\_COMPORTE\_Alc1ereAge

120. Avez-vous déjà été saoul(e) ?

1 Oui  2 Non

6.AQ\_COMPORTE\_AlcDejSoul

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

7.AQ\_COMPORTE\_AlcDejSoulAg

- B1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJBierNbV
- C1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJVinNbV
- D1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJFortNbV
- E1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJApeNbV
- F1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJPremNbV
- G1.AQ\_COMPORTE\_AlcLJCockNbV
- B2.AQ\_COMPORTE\_AlcVBierNbV
- C2.AQ\_COMPORTE\_AlcVVinNbV
- D2.AQ\_COMPORTE\_AlcVFortNbV
- E2.AQ\_COMPORTE\_AlcVApeNbV
- F2.AQ\_COMPORTE\_AlcVPremNbV
- G2.AQ\_COMPORTE\_AlcVCockNbV
- B3.AQ\_COMPORTE\_AlcSBierNbV
- C3.AQ\_COMPORTE\_AlcSVinNbV
- D3.AQ\_COMPORTE\_AlcSFortNbV
- E3.AQ\_COMPORTE\_AlcSApeNbV
- F3.AQ\_COMPORTE\_AlcSPremNbV
- G3.AQ\_COMPORTE\_AlcSCockNbV
- B4.AQ\_COMPORTE\_AlcDBierNbV
- C4.AQ\_COMPORTE\_AlcDVinNbV
- D4.AQ\_COMPORTE\_AlcDFortNbV
- E4.AQ\_COMPORTE\_AlcDApeNbV
- F4.AQ\_COMPORTE\_AlcDPremNbV
- G4.AQ\_COMPORTE\_AlcDCockNbV

## XVI. VIE AU TRAVAIL

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 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"/>	<input type="checkbox"/> 2.AQ_VIETRAV_ConstPresse	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3.AQ_VIETRAV_FreqInterro	<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"/>	<input type="checkbox"/> 4.AQ_VIETRAV_PlusExigeant	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5.AQ_VIETRAV_RecRespSup	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mes perspectives de promotion sont faibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6.AQ_VIETRAV_PersPromFaib	<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"/>	<input type="checkbox"/> 7.AQ_VIETRAV_ChgtIndesir	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ma sécurité d'emploi est menacée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8.AQ_VIETRAV_SecEmpMen	<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"/>	<input type="checkbox"/> 9.AQ_VIETRAV_EstimeMerit	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10.AQ_VIETRAV_PersPromSat	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11.AQ_VIETRAV_SalaireSat	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12.AQ_VIETRAV_FreqPresse	<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"/>	<input type="checkbox"/> 13.AQ_VIETRAV_PensTravMat	<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"/>	<input type="checkbox"/> 14.AQ_VIETRAV_Decontracte	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15.AQ_VIETRAV_SacrTrav	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16.AQ_VIETRAV_TravCouch	<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"/>	<input type="checkbox"/> 17.AQ_VIETRAV_RepSomDiff	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

123. Avez-vous accès à Internet ?

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      1.AQ\_FOYVIE\_WebAcces

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      2.AQ\_FOYVIE\_WebRempAq

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](mailto:contact@constances.fr)