

Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

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°2012X705AU du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du ministre de la Santé et des Sports et du ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, valable pour l'année 2012.

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'Unité Mixte Inserm-UVSQ « Cohortes épidémiologiques 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, Unité Mixte Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bâtiment 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 ?

₁ Masculin

₂ Féminin

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)

- 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

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) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 15 minutes par trajet
- ₃ 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'année(s) ?

3.AQ_ACTPHY_12MTrjPdBycHbd

4.AQ_ACTPHY_12MTrjPdBycAn

- ₁ Moins d'1 an
- ₂ 1 an ou plus

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

5.AQ_ACTPHY_12MTrjPdBycAnN

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

6.AQ_ACTPHY_12MSport

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

- Combien de fois par semaine **en moyenne** ?
- Depuis combien d'année(s) ?

7.AQ_ACTPHY_12MSportHbd

8.AQ_ACTPHY_12MSportAn

- ₁ Moins d'1 an
- ₂ 1 an ou plus

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

9.AQ_ACTPHY_12MSportAnN

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

10.AQ_ACTPHY_12MTrvMan

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

- Combien de fois par semaine **en moyenne** ?
- Depuis combien d'année(s) ?

11.AQ_ACTPHY_12MTrvManHbd

12.AQ_ACTPHY_12MTrvManAn

- ₁ Moins d'1 an
- ₂ 1 an ou plus

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

13.AQ_ACTPHY_12MTrvManAnN

III. ALIMENTATION

7. Pensez-vous que votre alimentation est correcte ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

1.AQ_ALIM_Correct

8. Habituellement, combien de repas (y compris le petit déjeuner) prenez-vous par jour ?

₁ 1 repas ₂ 2 repas ₃ 3 repas ₄ Plus de 3 repas

2.AQ_ALIM_NbRepas

9. Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants ?

	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 par jour ?	
Lait et produits laitiers (sauf fromage)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	3A.AQ_ALIM_FreqConsLait						3B.AQ_ALIM_FreqConsLaitPJ
Viande (bœuf, veau, agneau, porc...), volaille (poulet...), lapin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	4A.AQ_ALIM_FreqConsVian						4B.AQ_ALIM_FreqConsVianPJ
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	
	5A.AQ_ALIM_FreqConsPoiss						5B.AQ_ALIM_FreqConsPoissPJ
Oeufs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	6A.AQ_ALIM_FreqConsOeuf						6B.AQ_ALIM_FreqConsOeufPJ
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	
	7A.AQ_ALIM_FreqConsPain						7B.AQ_ALIM_FreqConsPainPJ
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	
	8A.AQ_ALIM_FreqConsPate						8B.AQ_ALIM_FreqConsPatePJ
Fruits crus ou cuits (y compris les jus 100% 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	
	9A.AQ_ALIM_FreqConsFruit						9B.AQ_ALIM_FreqConsFruitPJ
Légumes crus (crudités) ou cuits (sauf la pomme de terre)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	10A.AQ_ALIM_FreqConsLegCru						10B.AQ_ALIM_FreqConsLegCruPJ
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, fèves, 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	
	11A.AQ_ALIM_FreqConsLegSec						11B.AQ_ALIM_FreqConsLegSecPJ
Plats préparés industriels ou de traiteur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	12A.AQ_ALIM_FreqConsPlat						12B.AQ_ALIM_FreqConsPlatPJ
Charcuterie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	13A.AQ_ALIM_FreqConsChar						13B.AQ_ALIM_FreqConsCharPJ
Fromage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	14A.AQ_ALIM_FreqConsFrom						14B.AQ_ALIM_FreqConsFromPJ
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	
	15A.AQ_ALIM_FreqConsCafe						15B.AQ_ALIM_FreqConsCafePJ
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	
	16A.AQ_ALIM_FreqConsThe						16B.AQ_ALIM_FreqConsThePJ
Boissons sucrées ou sodas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
	17A.AQ_ALIM_FreqConsSoda						17B.AQ_ALIM_FreqConsSodaPJ

10. *Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les corps gras suivants ?*

		Jamais	Rarement	Souvent	Tous les jours
Beurre	1.AQ_ALIM_GrasBeurre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Margarine	2.AQ_ALIM_GrasMargarine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de maïs	3.AQ_ALIM_GrasMais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile d'arachide	4.AQ_ALIM_GrasArachid	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de tournesol	5.AQ_ALIM_GrasTournesol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de pépins de rais	6.AQ_ALIM_GrasRaisin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile d'olive	7.AQ_ALIM_GrasOlive	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile mélangée	8.AQ_ALIM_GrasMelange	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de colza	9.AQ_ALIM_GrasColza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Huile de noix	10.AQ_ALIM_GrasNoix	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autre	11.AQ_ALIM_GrasAutre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

₁ Oui

₂ Non

12.AQ_ALIM_MangeSale

12. *Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une perte d'appétit ?*

₁ Non

₂ Oui, modérée

13.AQ_ALIM_PertAppetit

₃ Oui, importante

₄ Ne sait pas

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
- 1.AQ_CAPRESP_Etat

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 2.AQ_CAPRESP_Siffle

↳ Si oui :

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 3.AQ_CAPRESP_SiffleEssouf

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 4.AQ_CAPRESP_SiffleEnrhum

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
 5.AQ_CAPRESP_ReveilGenResp

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
 6.AQ_CAPRESP_EssoufRepos

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
 7.AQ_CAPRESP_EssoufEff

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
 8.AQ_CAPRESP_ReveilEssouf

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
 9.AQ_CAPRESP_ReveilToux

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 10.AQ_CAPRESP_TouxLeve

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 11.AQ_CAPRESP_TouxLeve3mois

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 12.AQ_CAPRESP_TouxHab

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

- ₁ Oui
 ₂ Non
 13.AQ_CAPRESP_TouxHab3mois

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 ans

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

• Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ? ₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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 11).

➔ **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 11).

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	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	1.AQ_TMSQ_PbNuque	Nuque / Cou
• Epaule	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	2.AQ_TMSQ_PbEpaule	Épaule
• Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	3.AQ_TMSQ_PbCoude	Coude / Avant-bras
• Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	4.AQ_TMSQ_PbMain	Bas du dos
• Bas du dos	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	5.AQ_TMSQ_PbDos	Main / Poignet / Doigts
• Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	6.AQ_TMSQ_PbGenou	Genou / Jambe

i SI NON à toutes ces questions, passez **directement** à la question 45 (page 13).

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	7.AQ_TMSQ_TpSouffreNuque	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Epaule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	8.AQ_TMSQ_TpSouffreEpaule	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	9.AQ_TMSQ_TpSouffreCoude	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	10.AQ_TMSQ_TpSouffreMain	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Bas du dos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	11.AQ_TMSQ_TpSouffreDos	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	12.AQ_TMSQ_TpSouffreGenou	<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	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	13.AQ_TMSQ_SoufSciatBGenou
• Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	14.AQ_TMSQ_SoufSciatHGenou
• Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	15.AQ_TMSQ_SoufLumbago
• Autre type de lombalgie	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	16.AQ_TMSQ_SoufAutre

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

SI NON à toutes ces questions, passez **directement** à la question 45 (page 13).

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

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

5.AQ_SOMMEIL_SemSomDur

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)

1.AQ_HANDICAP_Limit

₃ Oui, légèrement limité(e)

₄ Non

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

2.AQ_HANDICAP_LimAccCirc

₁ Accident de la circulation routière

3.AQ_HANDICAP_LimAccAut

₁ Autre accident corporel (accident domestique, lié à une activité sportive, du travail...)

4.AQ_HANDICAP_LimTbVis

₁ Trouble(s) de la vision ou de l'audition

5.AQ_HANDICAP_LimMalChro

₁ Maladie(s) chronique(s) (diabète, sclérose en plaques...)

6.AQ_HANDICAP_LimSeqMal

₁ Séquelle(s) de maladie

7.AQ_HANDICAP_LimArthros

₁ Arthrose

8.AQ_HANDICAP_LimDoullmp

₁ Douleurs importantes

9.AQ_HANDICAP_LimSurchP

₁ Surcharge pondérale

10.AQ_HANDICAP_LimDepress

₁ Etat dépressif

11.AQ_HANDICAP_LimTbSom

₁ Troubles du sommeil

12.AQ_HANDICAP_LimFatImp

₁ Fatigue importante

13.AQ_HANDICAP_LimMigraine

₁ Migraines

14.AQ_HANDICAP_LimTbPsych

₁ Troubles psychiques (anxiété, troubles du comportement, phobies, TOC...)

15.AQ_HANDICAP_LimMalfCong

₁ Malformation congénitale (c'est-à-dire depuis la naissance)

16.AQ_HANDICAP_LimAutre

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

17.AQ_HANDICAP_EtgEscSeul

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

18.AQ_HANDICAP_EtgEscAide

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

1.AQ_HANDICAP_March1KmSeul

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

- ₁ Oui ₂ Non

2.AQ_HANDICAP_March1KmAide

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

3.AQ_HANDICAP_Port5KgSeul

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

- ₁ Oui ₂ Non

4.AQ_HANDICAP_Port5KgAide

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

5.AQ_HANDICAP_DifRead

6.AQ_HANDICAP_DifWrite

7.AQ_HANDICAP_DifCalcul

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

8.AQ_HANDICAP_OccPapier

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

9.AQ_HANDICAP_RempQuest

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

- ₁ Oui ₂ Non

10.AQ_HANDICAP_TravSocial

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

1.AQ_FOYVIE_OriGeo

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

2.AQ_FOYVIE_EtrArrFranceAg

61. Quelle est votre nationalité ?

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

3.AQ_FOYVIE_Nationalit

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

4.AQ_FOYVIE_LangParEnf

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

5.AQ_FOYVIE_OriGeoPere

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

6.AQ_FOYVIE_OriGeoMere

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

1.AQ_FOYVIE_DipIVAQ

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)

2.AQ_FOYVIE_SitFam

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

• En couple :

- ₁ Oui ₂ Non

3.AQ_FOYVIE_AvecCouple

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

- ₁ Oui ₂ Non

4.AQ_FOYVIE_RelationSuiv

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

- ₁ Oui ₂ Non

5.AQ_FOYVIE_AvecEnf

➔ Si oui, combien ?

enfant(s)

6.AQ_FOYVIE_AvecEnfNb

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

- ₁ Oui ₂ Non

7.AQ_FOYVIE_AvecAutre

➔ Si oui, avec combien :

8.AQ_FOYVIE_AvecAscNb

• d'ascendants (parents, beaux parents ou grands-parents) ?

ascendant(s)

9.AQ_FOYVIE_AvecAutNb

• de personnes autres que des ascendants ?

personne(s)

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

- ₁ Oui ₂ Non

10.AQ_FOYVIE_Enfants

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

enfant

11.AQ_FOYVIE_EnfantsNb

i Si vous ne vivez pas en couple actuellement, passez directement à la question 74 (page 21).

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

12.AQ_FOYVIE_ConjSitEmp

- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il (elle) est en arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental

13.AQ_FOYVIE_ConjSitDem

- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

14.AQ_FOYVIE_ConjSitRetr

- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

15.AQ_FOYVIE_ConjSitForm

- ₁ En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)

16.AQ_FOYVIE_ConjSitSant

- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

17.AQ_FOYVIE_ConjSitFoy

- ₁ Au foyer, sans profession

18.AQ_FOYVIE_ConjSitAut

- ₁ Autre, précisez :

18A.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs

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

1.AQ_FOYVIE_RevenuMont

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

2.AQ_FOYVIE_RevenuNbPers

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

- ₁ Oui ₂ Non

3.AQ_FOYVIE_Emprunt

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

- ₁ Oui ₂ Non

4.AQ_FOYVIE_Pension

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

5.AQ_FOYVIE_SoinNonFinA

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)

6.AQ_FOYVIE_SoinNonFinE

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

7.AQ_FOYVIE_DiffFinMois

XII. VIE SEXUELLE

82. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

1.AQ_VIESEX_RapSex

➔ **SI NON**, passez **directement** à la **partie XIII** : Consommation de tabac (page 25).

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

2.AQ_VIESEX_RapSex1Ag

2A.AQ_VIESEX_RapSex1AgNr

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

3.AQ_VIESEX_RapSex1Qui

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

4.AQ_VIESEX_PartNb

4A.AQ_VIESEX_PartNbNspr

86. Était-ce :

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

5.AQ_VIESEX_PartQuel

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

6.AQ_VIESEX_PartNew12m

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

7.AQ_VIESEX_RapSexMois

➔ **Si oui**, était-ce :

- ₁ Moins d'1 fois dans le mois
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

8.AQ_VIESEX_RapSexFreq

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

9.AQ_VIESEX_RapSexStab

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

10.AQ_VIESEX_RelActPrv

➔ **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

11.AQ_VIESEX_RelActPrvSid

91. Avez-vous déjà réalisé un test VIH ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

1.AQ_VIESEX_TestVIH

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

2.AQ_VIESEX_HCirconci

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

3.AQ_VIESEX_RapSexDouL

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

4.AQ_VIESEX_RapSexDouLRet

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

5.AQ_VIESEX_VieSexSatisf

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)

6.AQ_VIESEX_VieCoupleSatisf

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

1.AQ_COMPORTE_TcT

➔ **SI NON**, passez **directement** à la **partie XIV** : Consommation de cannabis (page 27).

➔ **Si oui** :

• A quel âge avez-vous commencé ? ans

2.AQ_COMPORTE_TcAgeDeb

• Fumez-vous encore **actuellement** ? ₁ Oui ₂

3.AQ_COMPORTE_TcFumAct

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

ans

4.AQ_COMPORTE_TcAgeFin

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

5.AQ_COMPORTE_TcArr1An

₂ 1 an ou plus

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

6.AQ_COMPORTE_TcArrNbAn

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

• La cigarette : ₁ Oui ₂ Non

7.AQ_COMPORTE_TcCigt

➔ **Si oui** :

• Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

8.AQ_COMPORTE_TcCigt1An

₂ 1 an ou plus

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

9.AQ_COMPORTE_TcCigtNbAn

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

₁ Moins d'1 cigarette par jour

10.AQ_COMPORTE_TcCigt1J

₂ 1 cigarette ou plus par jour

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

11.AQ_COMPORTE_TcCigtJNb

• Le cigarillo : ₁ Oui ₂ Non

12.AQ_COMPORTE_TcCigl

➔ **Si oui** :

• Pendant combien d'année(s) ?

₁ Moins d'1 an

13.AQ_COMPORTE_TcCigl1An

₂ 1 an ou plus

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

14.AQ_COMPORTE_TcCiglNbAn

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

₁ Moins d'1 cigarillo par jour

15.AQ_COMPORTE_TcCigl1J

₂ 1 cigarillo ou plus par jour

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

16.AQ_COMPORTE_TcCiglJNb

• 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 souhaitez pas répondre

1.AQ_COMPORTE_CaProp

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

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaitez pas répondre

2.AQ_COMPORTE_CaConso

➔ Si oui :

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

₁ Oui ₂ Non

3.AQ_COMPORTE_CaCo12mois

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

4.AQ_COMPORTE_CaCo12Nb

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

₁ Oui ₂ Non

5.AQ_COMPORTE_CaCo30j

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

6.AQ_COMPORTE_CaCo30Nb

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

1.AQ_COMPORT_AlcVie

➔ **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)

2A.AQ_COMPORT_AlcHbFrqNbJs

- 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

2B.AQ_COMPORT_AlcHbFrqJaPq

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

3.AQ_COMPORT_AlcStdNbJ

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

4.AQ_COMPORT_AlcStd6JFq

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

1.AQ_COMPORTE_Alc12mMaxJ

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
		2.AQ_COMPORTE_Alc12mPaFair			
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
		3.AQ_COMPORTE_Alc12mArrBoi			
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
		4.AQ_COMPORTE_Alc12mCulpa			
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
		5.AQ_COMPORTE_Alc12mSouv			
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
		6.AQ_COMPORTE_Alc12mMatin			

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

7.AQ_COMPORTE_Alc12mBless

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ?

₁ Oui

₂ Non

8.AQ_COMPORTE_Alc12mBlessA

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

9.AQ_COMPORTE_Alc12mCseil

➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ?

₁ Oui

₂ Non

10.AQ_COMPORTE_Alc12mCseilA

110. 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 (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 A1.AQ_COMPORTE_AlcLJAucune	B1	C1	D1	E1	F1	G1
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1 A2.AQ_COMPORTE_AlcVAucune	B2	C2	D2	E2	F2	G2
Samedi	<input type="checkbox"/> 1 A3.AQ_COMPORTE_AlcSAucune	B3	C3	D3	E3	F3	G3
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1 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.

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

5.AQ_COMPORTE_Alc1ereAge

112. Avez-vous déjà été saoul(e) ?

1 Oui

Non

6.AQ_COMPORTE_AlcDejSoul

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

7.AQ_COMPORTE_AlcDejSoulAg

B1.AQ_COMPORTE_AlcLJBierNbV

B2.AQ_COMPORTE_AlcVBierNbV

B3.AQ_COMPORTE_AlcSBierNbV

B4.AQ_COMPORTE_AlcDBierNbV

C1.AQ_COMPORTE_AlcLJVinNbV

C2.AQ_COMPORTE_AlcVVinNbV

C3.AQ_COMPORTE_AlcSVinNbV

C4.AQ_COMPORTE_AlcDVinNbV

D1.AQ_COMPORTE_AlcLJFortNbV

D2.AQ_COMPORTE_AlcVFortNbV

D3.AQ_COMPORTE_AlcSFortNbV

D4.AQ_COMPORTE_AlcDFortNbV

E1.AQ_COMPORTE_AlcLJApeNbV

E2.AQ_COMPORTE_AlcVApeNbV

E3.AQ_COMPORTE_AlcSApeNbV

E4.AQ_COMPORTE_AlcDApeNbV

F1.AQ_COMPORTE_AlcLJPremNbV

F2.AQ_COMPORTE_AlcVPremNbV

F3.AQ_COMPORTE_AlcSPremNbV

F4.AQ_COMPORTE_AlcDPremNbV

G1.AQ_COMPORTE_AlcLJCockNbV

G2.AQ_COMPORTE_AlcVCockNbV

G3.AQ_COMPORTE_AlcSCockNbV

G4.AQ_COMPORTE_AlcDCockNbV

XVI. VIE AU TRAVAIL

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

₁ Oui ₂ Non

1.AQ_VIETRAV_Emploi

➔ **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
		2.AQ_VIETRAV_ConstPresse		
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
		3.AQ_VIETRAV_FreqInterro		
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
		4.AQ_VIETRAV_PlusExigeant		
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
		5.AQ_VIETRAV_RecRespSup		
Mes perspectives de promotion sont faibles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		6.AQ_VIETRAV_PersPromFaib		
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
		7.AQ_VIETRAV_ChgtIndesir		
Ma sécurité d'emploi est menacée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		8.AQ_VIETRAV_SecEmpMen		
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
		9.AQ_VIETRAV_EstimeMerit		
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
		10.AQ_VIETRAV_PersPromSat		
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		11.AQ_VIETRAV_SalaireSat		
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
		12.AQ_VIETRAV_FreqPresse		
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
		13.AQ_VIETRAV_PensTravMat		
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
		14.AQ_VIETRAV_Decontracte		
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
		15.AQ_VIETRAV_SacrTrav		
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
		16.AQ_VIETRAV_TravCouch		
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
		17.AQ_VIETRAV_RepSomDiff		

115. Avez-vous accès à Internet ?

₁ Oui

₂ Non

1.AQ_FOYVIE_WebAcces

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

₁ Oui

₂ Non

2.AQ_FOYVIE_WebRempAq

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Cohorte Constances – Unité Mixte 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 : constances@inserm.fr