



Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2017

Pour vous informer

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

<http://www.constances.fr>

Pour nous contacter

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

contact@constances.fr

N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



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

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

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

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

VAGUE1 **S2017**





Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

1.AQ_MODVIE_DtRemp

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide

2.AQ_MODVIE_QUIRemp

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

3.AQ_MODVIE_Sex

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

4.AQ_MODVIE_DtNais

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

Très bon Très mauvais

A B C D E F G H

5.AQ_SANTE_EtatGeneral

2. Quelle est votre satisfaction concernant :



▪ Votre logement

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

A B C D E F G H

6.AQ_SANTE_Logement



▪ Votre quartier

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

A B C D E F G H

7.AQ_SANTE_Quartier



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

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

A B C D E F G H

8.AQ_SANTE_RelProches



▪ Vos loisirs

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

A B C D E F G H

9.AQ_SANTE_Loisirs



▪ La vie que vous menez actuellement

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

A B C D E F G H

10.AQ_SANTE_VieMenee

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ?

kg

11.AQ_SANTE_Poids

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

₁ Oui ₂ Non

12.AQ_SANTE_SoufCoeur

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

₁ Oui ₂ Non

13.AQ_SANTE_SoufCoeur12M

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découvert un problème cardiaque au cours d'une hospitalisation ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker, etc.)

₁ Oui ₂ Non

14.AQ_SANTE_HospCoeur



III. VOTRE SANTÉ DENTAIRE

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

- ₁ Moins de 6 mois ₅ 3 ans ou plus mais moins de 5 ans
- ₂ 6 mois ou plus mais moins d'1 an ₆ Plus de 5 ans
- ₃ 1 an ou plus mais moins de 2 ans ₇ Je n'y suis jamais allé(e)
- ₄ 2 ans ou plus mais moins de 3 ans ₈ Je ne sais pas

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

- ₁ J'y suis allé(e) de moi-même pour un examen de contrôle ou un détartrage 2.AQ_DENT_RaisMoiCtrl
- ₁ J'ai été appelé(e) par le dentiste pour un examen de contrôle ou un détartrage 3.AQ_DENT_RaisDocCtrl
- ₁ Quelque chose n'allait pas, me gênait ou me faisait mal 4.AQ_DENT_RaisMal
- ₁ J'y suis allé(e) pour un traitement à la suite d'un précédent examen fait par 5.AQ_DENT_RaisTrait
- ₁ J'y suis allé(e) parce que je voulais améliorer l'esthétique de mes dents 6.AQ_DENT_RaisEsthe
- ₁ Autre(s) 7.AQ_DENT_RaisAutre
- ₁ Je ne sais pas 8.AQ_DENT_RaisNSP

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

- ₁ Je ne vais jamais ou presque jamais chez le dentiste
- ₂ Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin 9.AQ_DENT_Renonce
- ₃ Oui, au moins une fois j'y ai renoncé alors que j'en avais besoin

→ Si oui :

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

- ₁ Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher 10.AQ_DENT_RenCher
- ₁ Le délai pour avoir un rendez-vous était trop long 11.AQ_DENT_RenDelais
- ₁ Je n'avais pas le temps 12.AQ_DENT_RenTemps
- ₁ Le dentiste était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport 13.AQ_DENT_RenLoin
- ₁ J'ai eu peur d'aller chez le dentiste car cela fait mal 14.AQ_DENT_RenPeur
- ₁ J'ai préféré attendre au cas où les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes 15.AQ_DENT_RenAttend
- ₁ Je ne connaissais pas de bon dentiste 16.AQ_DENT_RenPasBon
- ₁ Autre(s) 17.AQ_DENT_RenAutre

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

- ₁ Un dentier 18.AQ_DENT_RenTDentier ₁ Des soins de gencive 19.AQ_DENT_RenTGencive
- ₁ Une couronne 20.AQ_DENT_RenTCouron ₁ Des soins de carie 21.AQ_DENT_RenTCarie
- ₁ Un implant 22.AQ_DENT_RenTImplant ₁ Autre(s) 23.AQ_DENT_RenTAutre
- ₁ Un détartrage 24.AQ_DENT_RenTDetart



* Q S 0 1 7 0 6 *

10. Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 1.AQ_DENT_MalGenciv

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

→

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| Excellente <input type="checkbox"/> ₁ | Très bonne <input type="checkbox"/> ₂ | Bonne <input type="checkbox"/> ₃ | Acceptable <input type="checkbox"/> ₄ | Mauvaise <input type="checkbox"/> ₅ | Je ne sais pas <input type="checkbox"/> ₆ |
|---|---|---|--|---|---|

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 3.AQ_DENT_TraitGencive

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 4.AQ_DENT_DentBouge

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 5.AQ_DENT_PerdOs

15. Au cours des **3 derniers mois**, avez-vous remarqué quelque chose d'anormal sur l'une de vos dents (douleur, gencive gonflée, mauvais goût, etc.) ?

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 6.AQ_DENT_Anomalie

16. En dehors du brossage habituel, combien de jours au cours de la **dernière semaine** avez-vous utilisé un moyen complémentaire (fil dentaire, brossettes interdentaires, hydropulseur, etc.) pour nettoyer vos dents ?

→

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|--|--|
| 0 jour <input type="checkbox"/> ₁ | 1 jour <input type="checkbox"/> ₂ | 2 jours <input type="checkbox"/> ₃ | 3 jours <input type="checkbox"/> ₄ | 4 jours <input type="checkbox"/> ₅ | 5 jours <input type="checkbox"/> ₆ | 6 jours <input type="checkbox"/> ₇ | 7 jours <input type="checkbox"/> ₈ |
|---|---|--|---|---|--|--|--|

17. En dehors du brossage habituel, combien de jours au cours de la **dernière semaine** avez-vous utilisé un bain de bouche ou un autre produit de rinçage pour soigner votre bouche ou vos gencives ?

→

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|--|--|
| 0 jour <input type="checkbox"/> ₁ | 1 jour <input type="checkbox"/> ₂ | 2 jours <input type="checkbox"/> ₃ | 3 jours <input type="checkbox"/> ₄ | 4 jours <input type="checkbox"/> ₅ | 5 jours <input type="checkbox"/> ₆ | 6 jours <input type="checkbox"/> ₇ | 7 jours <input type="checkbox"/> ₈ |
|---|---|--|---|---|--|--|--|

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 9.AQ_DENT_GencivSaigne

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 10.AQ_DENT_Bourrage

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 11.AQ_DENT_Dechausse

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

→ ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas 12.AQ_DENT_Retracte



IV. VOTRE SOMMEIL

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

→ heures minutes 1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoin

1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoinH 1.AQ_SOMMEIL_TpsBesoinM

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

→ 23. À quelle heure vous mettez-vous au lit ? 2.AQ_SOMMEIL_AuLit heures minutes

2.AQ_SOMMEIL_AuLitH 2.AQ_SOMMEIL_AuLitM

→ 24. À quelle heure éteignez-vous la lumière ? 3.AQ_SOMMEIL_EteinLum heures minutes

3.AQ_SOMMEIL_EteinLumH 3.AQ_SOMMEIL_EteinLumM

→ 25. Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? 4.AQ_SOMMEIL_TpsEndort heures minutes

4.AQ_SOMMEIL_TpsEndortH 4.AQ_SOMMEIL_TpsEndortM

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

→ ₁ Oui ₂ Non 5.AQ_SOMMEIL_ReveilNuit

→ Si oui,

→ • En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois par 6.AQ_SOMMEIL_ReveilNMoy

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

→ 7.AQ_SOMMEIL_ReveilNDur heures minutes ₁ Je ne 8.AQ_SOMMEIL_ReveilNNSP

7.AQ_SOMMEIL_ReveilNDurH 7.AQ_SOMMEIL_ReveilNDurM

→ 27. En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? heures 9.AQ_SOMMEIL_ReveilJour

9.AQ_SOMMEIL_ReveilJourH 9.AQ_SOMMEIL_ReveilJourM

→ 28. En général, à quelle heure vous levez-vous ? heures 10.AQ_SOMMEIL_Leve

10.AQ_SOMMEIL_LeveH 10.AQ_SOMMEIL_LeveM

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

→ 29. À quelle heure vous mettez-vous au lit ? heures 11.AQ_SOMMEIL_RepAuLit

11.AQ_SOMMEIL_RepAuLitH 11.AQ_SOMMEIL_RepAuLitM

→ 30. À quelle heure éteignez-vous la lumière ? heures 12.AQ_SOMMEIL_RepEteinLum

12.AQ_SOMMEIL_RepEteinLumH 12.AQ_SOMMEIL_RepEteinLumM

→ 31. Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? heures 13.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndort

13.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndortH 13.AQ_SOMMEIL_RepTpsEndortM

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

→ ₁ Oui ₂ Non 14.AQ_SOMMEIL_RepReveilNuit

→ Si oui :

→ • En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ? fois 15.AQ_SOMMEIL_repReveilNMoy

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

→ 16.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDur heures minutes ₁ Je 17.AQ_SOMMEIL_RepReveilNNSP

16.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDurH 16.AQ_SOMMEIL_RepReveilNDurM

→ 33. En général, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? heures 18.AQ_SOMMEIL_RepReveilJour

18.AQ_SOMMEIL_RepReveilJourH 18.AQ_SOMMEIL_RepReveilJourM

→ 34. En général, à quelle heure vous levez-vous ? heures 19.AQ_SOMMEIL_RepLeve

19.AQ_SOMMEIL_RepLeveH 19.AQ_SOMMEIL_RepLeveM

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

→ ₁ Pas du tout ₂ Un peu ₃ Beaucoup ₄ Je ne sais 20.AQ_SOMMEIL_PbSommeil



* Q S 0 1 7 0 8 *

36. Pensez-vous être une personne :

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

37. Vous arrive-t-il de ronfler ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- 2.AQ_SOMMEIL_Ronfle

↳ Si oui :

• À quelle fréquence ?

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

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

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- 5.AQ_SOMMEIL_RfleGeneAutrui

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- 6.AQ_SOMMEIL_Apne

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

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

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

- ₁ Oui ₂ Non
- 8.AQ_SOMMEIL_FatigDorm

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

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



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

₁ Oui ₂ Non 1.AQ_SOMMEIL_FatigJour

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

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

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

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e), je ne conduis pas 3.AQ_SOMMEIL_DortRoule

↳ Si oui, à quelle fréquence ?

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

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

₁ Oui ₂ Non 5.AQ_SOMMEIL_ApneTrait

↳ Si oui :

• Utilisez-vous un dispositif comme :

- Un appareil de ventilation nocturne

₁ Oui ₂ Non 6.AQ_SOMMEIL_ApneApp

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

₁ Oui ₂ Non 7.AQ_SOMMEIL_ApneOrthese

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

- ₁ Moins de 3 heures par nuit
₂ De 3 à 4 heures par nuit 8.AQ_SOMMEIL_ApneTpsDispositif
₃ De 5 à 6 heures par nuit

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

- ₁ Moins de 3 nuits par semaine
₂ De 3 à 5 nuits par semaine 9.AQ_SOMMEIL_ApneNuitDispositif
₃ De 6 à 7 nuits par semaine

44. Combien mesure votre tour de cou ? cm 10.AQ_SOMMEIL_MesureCou

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



* Q S 0 1 7 1 0 *

V. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

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

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

2.AQ_COMPORTE_TcCigtJNb De cigarettes : De cigarillos : 3.AQ_COMPORTE_TcCigtJNb

4.AQ_COMPORTE_TcPipeJNb De pipes : De cigares : 5.AQ_COMPORTE_TcCigrJNb

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

₁ Oui ₂ Non 6.AQ_COMPORTE_CigElect

➔ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

7.AQ_COMPORTE_CigEIAN ₁ Moins d'1 an ₂ 1 an ₃ 2 ans ₄ 3 ans ou plus

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

8.AQ_COMPORTE_CigEICi ₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s) 9.AQ_COMPORTE_CigEINbCi

10.AQ_COMPORTE_CigEIMI ₁ De ml (si rechargeables) : ml 11.AQ_COMPORTE_CigEINbMI

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

₁ 0 (sans nicotine)

₂ Moins de 6

12.AQ_COMPORTE_CigEIDose ₃ 6 à 12

₄ 13 ou plus

₅ Je ne sais pas

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

₁ Oui ₂ Non 13.AQ_COMPORTE_CaCo12mois

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

₁ Moins d'1 fois par mois

₂ 1 à 2 fois par mois

14.AQ_COMPORTE_CaCoNb

₃ Au moins 1 fois par semaine

₄ Tous les jours ou presque



VI. BOISSONS ALCOOLISÉES

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



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

| | Aucune boisson alcoolisée | Bière, cidre | Vin, Champagne | Alcool fort | Apéritif | Premix* | Cocktail |
|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|---|
| | | | 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 / jour en moyenne) | 1.AQ_COMPORT_AlcLJAucune | 2.<>_AlcLJBierNbV | 3.<>_AlcLJVinNbV | 4.<>_AlcLJFortNbV | 5.<>_AlcLJApeNbV | 6.<>_AlcLJPremNbV | 7.<>_AlcLJCockNbV |
| Vendredi | 8.AQ_COMPORT_AlcVAucune | B2 | C2 | D2 | E2 | F2 | G2 |
| Samedi | 15.AQ_COMPORT_AlcSAucune | B3 | C3 | D3 | E3 | F3 | G3 |
| Dimanche | 22.AQ_COMPORT_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.

49. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être ivre ? ₁ Oui ₂ Non 29.AQ_COMPORT_AlcDejSoul12m

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

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

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| B2=9.AQ_COMPORT_AlcVBierNbV | B3=16.AQ_COMPORT_AlcSBierNbV |
| C2=10.AQ_COMPORT_AlcVVinNbV | C3=17.AQ_COMPORT_AlcSVinNbV |
| D2=11.AQ_COMPORT_AlcVFortNbV | D3=18.AQ_COMPORT_AlcSFortNbV |
| E2=12.AQ_COMPORT_AlcVApeNbV | E3=19.AQ_COMPORT_AlcSApeNbV |
| F2=13.AQ_COMPORT_AlcVPremNbV | F3=20.AQ_COMPORT_AlcSPremNbV |
| G2=14.AQ_COMPORT_AlcVCockNbV | G3=21.AQ_COMPORT_AlcSCockNbV |
| B4=23.AQ_COMPORT_AlcDBierNbV | |
| C4=24.AQ_COMPORT_AlcDVinNbV | |
| D4=25.AQ_COMPORT_AlcDFortNbV | |
| E4=26.AQ_COMPORT_AlcDApeNbV | |
| F4=27.AQ_COMPORT_AlcDPremNbV | |
| G4=28.AQ_COMPORT_AlcDCockNbV | |



▪ Aliments

Jamais ou presque Moins d'1 fois par semaine Environ 1 fois par semaine 2 à 3 fois par semaine 4 à 6 fois par semaine 1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ?

| | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, mousses, glaces, etc.) * | <input type="checkbox"/> | 1.AQ_ALIM_FreqConsDess | <input type="checkbox"/> | 2.AQ_ALIM_FreqConsDessPJ |
| Produits laitiers et desserts allégés (à 0 % ou 20 %) | <input type="checkbox"/> | 3.AQ_ALIM_FreqConsPLaitAL | <input type="checkbox"/> | 4.AQ_ALIM_FreqConsPLaitALPJ |
| Fromages * | <input type="checkbox"/> | 5.AQ_ALIM_FreqConsFromS | <input type="checkbox"/> | 6.AQ_ALIM_FreqConsFromSPJ |
| Fromages allégés | <input type="checkbox"/> | 7.AQ_ALIM_FreqConsFromAL | <input type="checkbox"/> | 8.AQ_ALIM_FreqConsFromALPJ |
| Pain blanc, biscottes | <input type="checkbox"/> | 9.AQ_ALIM_FreqConsPainB | <input type="checkbox"/> | 10.AQ_ALIM_FreqConsPainBPJ |
| Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes | <input type="checkbox"/> | 11.AQ_ALIM_FreqConsPainC | <input type="checkbox"/> | 12.AQ_ALIM_FreqConsPainCPJ |
| Céréales pour le petit-déjeuner | <input type="checkbox"/> | 13.AQ_ALIM_FreqConsCereal | <input type="checkbox"/> | 14.AQ_ALIM_FreqConsCerealPJ |
| Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule, etc.) | <input type="checkbox"/> | 15.AQ_ALIM_FreqConsPate | <input type="checkbox"/> | 16.AQ_ALIM_FreqConsPatePJ |
| Riz complet ou brun , pâtes complètes , etc. | <input type="checkbox"/> | 17.AQ_ALIM_FreqConsRiz | <input type="checkbox"/> | 18.AQ_ALIM_FreqConsRizPJ |
| Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.) | <input type="checkbox"/> | 19.AQ_ALIM_FreqConsLegSec | <input type="checkbox"/> | 20.AQ_ALIM_FreqConsLegSecPJ |
| Légumes crus (crudités) ou cuits | <input type="checkbox"/> | 21.AQ_ALIM_FreqConsLegCru | <input type="checkbox"/> | 22.AQ_ALIM_FreqConsLegCruPJ |
| Fruits frais (y compris fruits pressés) | <input type="checkbox"/> | 23.AQ_ALIM_FreqConsFruif | <input type="checkbox"/> | 24.AQ_ALIM_FreqConsFruifPJ |
| Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute, etc.) * | <input type="checkbox"/> | 25.AQ_ALIM_FreqConsPlaC | <input type="checkbox"/> | 26.AQ_ALIM_FreqConsPlaCPJ |
| Plats cuisinés du commerce allégés | <input type="checkbox"/> | 27.AQ_ALIM_FreqConsPlaCAL | <input type="checkbox"/> | 28.AQ_ALIM_FreqConsPlaCALPJ |
| Plats de restauration rapide (hamburgers, kebabs, sandwiches, pizzas, quiches, etc.) | <input type="checkbox"/> | 29.AQ_ALIM_FreqConsFast | <input type="checkbox"/> | 30.AQ_ALIM_FreqConsFastPJ |
| Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés, etc.) | <input type="checkbox"/> | 31.AQ_ALIM_FreqConsAlFrit | <input type="checkbox"/> | 32.AQ_ALIM_FreqConsAlFritPJ |
| Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs | <input type="checkbox"/> | 33.AQ_ALIM_FreqConsBisSal | <input type="checkbox"/> | 34.AQ_ALIM_FreqConsBisSalPJ |
| Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries | <input type="checkbox"/> | 35.AQ_ALIM_FreqConsPatis | <input type="checkbox"/> | 36.AQ_ALIM_FreqConsPatisPJ |
| Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. * | <input type="checkbox"/> | 37.AQ_ALIM_FreqConsBisc | <input type="checkbox"/> | 38.AQ_ALIM_FreqConsBiscPJ |
| Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat, etc. allégés | <input type="checkbox"/> | 39.AQ_ALIM_FreqConsBiscAL | <input type="checkbox"/> | 40.AQ_ALIM_FreqConsBiscALPJ |
| Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas) | <input type="checkbox"/> | 41.AQ_ALIM_FreqConsBeurM | <input type="checkbox"/> | 42.AQ_ALIM_FreqConsBeurMPJ |
| Huile (assaisonnement ou cuisson) | <input type="checkbox"/> | 43.AQ_ALIM_FreqConsHuil | <input type="checkbox"/> | 44.AQ_ALIM_FreqConsHuilPJ |



▪ Boissons

| Jamais ou presque | Moins d'1 fois par semaine | Environ 1 fois par semaine | 2 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | 1 fois par jour ou plus. Dans ce cas, combien de verres ou de tasses ? |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|--|
|-------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|--|

| | | |
|---|--|--|
| Soda, boisson aromatisée light ou zéro | 1.AQ_ALIM_FreqConsSodaAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 2.AQ_ALIM_FreqConsSodaALPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Café | 3.AQ_ALIM_FreqConsCafe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 4.AQ_ALIM_FreqConsCafePJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Thé | 5.AQ_ALIM_FreqConsThe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 6.AQ_ALIM_FreqConsThePJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Jus ou nectar de fruits du commerce | 7.AQ_ALIM_FreqConsJus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 8.AQ_ALIM_FreqConsJusPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Soda (Orangina, Schweppes, etc.), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea, etc.) * | 9.AQ_ALIM_FreqConsSodaA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 10.AQ_ALIM_FreqConsSodaAPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Boisson énergisante (Red bull, Monster, etc.) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs) | 11.AQ_ALIM_FreqConsEnergy <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | 12.AQ_ALIM_FreqConsEnergyPJ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |

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

13.AQ_ALIM_NbSucre
 1 0 ou rarement 2 1 ou 2 3 3 ou 4 4 5 ou plus

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

14.AQ_ALIM_NbSucreAL
 1 0 ou rarement 2 1 ou 2 3 3 ou 4 4 5 ou plus

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

1 Oui 2 Non 15.AQ_ALIM_MangeSale

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

1 Beurre 2 16.AQ_ALIM_TypGras 3 Huile 4 Margarine 5 Autre(s)

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

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

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

1 Tournesol 2 Arachide 3 Colza 4 18.AQ_ALIM_TypHuile 5 Olive 6 Autre(s)



VIII. ACTIVITE PHYSIQUE

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

60. **Les activités physiques intenses** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement, comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du vélo à vive allure ou jouer au football, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des 7 derniers jours :

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

Nombre de jours par semaine : ₁ Je n'ai pas eu d'activité physique intense

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

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes ₁ Je ne sais pas

61. **Les activités physiques modérées** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement, comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, etc. Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des 7 derniers jours :

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

Nombre de jours par semaine : ₁ Je n'ai pas eu d'activité physique modérée

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

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes ₁ Je ne sais pas

62. **La marche** inclut la marche effectuée sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, les trajets pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous pouvez faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs, et qui n'entraîne pas de modification de votre respiration. Répondez en pensant uniquement aux épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des 7 derniers jours :

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

Nombre de jours par semaine : ₁ Je n'ai pas marché

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

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes ₁ Je ne sais pas

63. **Le temps passé assis** comprend le temps passé en position assise ou allongée, que ce soit sur votre lieu de travail ou d'études, pendant votre temps libre ou pendant vos déplacements. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis(e) à un bureau, chez des amis ou de la famille, à être assis(e) ou allongé(e) pour lire, regarder la télévision ou utiliser un ordinateur, à jouer aux cartes, à se déplacer en voiture, en bus, en train... **Ne pas inclure le temps passé à dormir.** Répondez en pensant uniquement aux jours de la semaine (week-end exclu).

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

Nombre d'heures et minutes par jour : heures minutes ₁ Je ne sais pas



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

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

1. Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.

2. Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)

↳ Précisez votre métier :

3.AQ_FOYVIE_SitEmpIPs

4. Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

6. Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)

↳ Précisez le motif :

7.AQ_FOYVIE_SitSantPs

8. Sans activité professionnelle

9. Autre(s), précisez :

10.AQ_FOYVIE_SitAutPs

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

1. Oui 2. Non

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

1. Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.

2. Occupe un emploi, y compris s'il ou elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)

3. Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

4. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

5. Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)

6. Sans activité professionnelle

7. Autre(s), précisez :

19.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs

X. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

1. Arrivée d'enfant(s) dans votre famille (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)

20.AQ_FOYVIE_EveEnf

1. Décès de votre conjoint(e)

25.AQ_FOYVIE_EveDcConj

1. Décès d'un enfant

26.AQ_FOYVIE_EveDcEnf

1. Mariage, PACS

21.AQ_FOYVIE_EveMar

1. Décès qui vous a gravement affecté

27.AQ_FOYVIE_EveDcAutre

1. Divorce, séparation

22.AQ_FOYVIE_EveSep

celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant)

1. Période(s) d'hébergement

23.AQ_FOYVIE_EveHeb

1. Tentative(s) de suicide

28.AQ_FOYVIE_EveSuicid

1. Violences subies dans un cadre familial

29.AQ_FOYVIE_EveViol

ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.)

1. Aucun des événements ci-dessus

24.AQ_FOYVIE_EveAucun

1. Autre(s), précisez :

30.AQ_FOYVIE_EveAutre

31.AQ_FOYVIE_EveAutrePs

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION