



14796

Enquête de consommation alimentaire belge 2014

QUESTIONNAIRE SANTÉ

ADULTES

Personne sélectionnée

Numéro d'identifiant :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom :

Représentant

Numéro d'identifiant :

--	--	--

Date de l'interview :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--



WETENSCHAPPELIJK INST.
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE



Plan
Fédéral
Nutrition
Santé



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



14796



Comment répondre au questionnaire ?

Répondez vous-même aux questions. Avant de répondre, lisez attentivement la question et les possibilités de réponse. Faites **un seul choix de réponse par question**, sauf indication contraire.

ATTENTION : Ce questionnaire est conçu pour être lu et encodé par un scanner. Il est donc très important que vous fassiez une croix visible et nette dans les cases. En cas d'erreur, veuillez barrer la mauvaise réponse de la manière la plus claire possible.

Voici 2 exemples différents qui vous indiquent la manière de noter votre réponse.

Exemple 1 : Pour ce type de question, cochez les cases correspondant à vos réponses.

EX.01.	Moyen de transport	A quelle fréquence utilisez-vous les transports en commun suivants?			
		Jamais	Occasionnellement	Souvent	Tous les jours
Cochez la case correspondant à votre réponse					
01	Le train	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Le métro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Le bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Exemple 2 : Pour ce type de question, **cochez la réponse de votre choix**.

EX.02. Avez-vous déjà pris l'avion dans votre vie ?

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non, jamais

N'hésitez pas à demander des explications à l'enquêteur si vous ne comprenez pas une question ou s'il vous semble difficile d'y répondre.



14796



Ci-dessous vous trouverez une liste de comportements alimentaires. Faites une croix dans la case qui correspond à votre situation dans chaque ligne.

		Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
ED01	Quand je commence à manger c'est difficile pour moi d'arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED02	Je passe trop de temps à penser à la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED03	J'ai l'impression que la nourriture dirige ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED04	Je découpe ma nourriture en petits morceaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED05	Je prends plus de temps que les autres pour consommer mon repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED06	Les autres pensent que je suis trop maigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED07	J'ai l'impression que les gens me mettent la pression pour que je mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ED08	Je vomis après avoir mangé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DB01. En ce moment, essayez-vous de perdre du poids, de prendre du poids, ou bien de garder un poids stable? Ou bien vous ne vous souciez pas de votre poids?

- J'essaye de maigrir
- J'essaye de garder un poids stable
- J'essaye de prendre du poids
- Je ne me soucie pas de mon poids

--> Passez à la question HS01

--> Passez à la question HS01



Que faites-vous en ce moment pour perdre du poids ou pour garder un poids stable ?

		Oui	Non	Ne sais pas	Pas de réponse
DB02	Je fais attention au type d'aliment que je mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB03	Je mange moins de calories	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB04	Je fais plus d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB05	Je saute les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB06	Je modifie l'importance relative des différents repas: je mange plus le matin que le soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB07	Je mange moins d'aliments sucrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB08	Je mange moins d'aliments gras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB09	Je mange plus de fruits et de légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB10	Je bois plus d'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB11	Je jeûne 24 heures ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB12	J'emploie des produits de régime (ex: produits allégés en sucre et/ou en matière grasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB13	J'utilise des produits amaigrissants (ex: poudres hyper-protéinées, tisanes amaigrissantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB14	Je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB15	J'utilise des laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB16	Je participe à des groupes de discussion(ex: Weight Watchers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB17	Je vomis après un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB18	Je fait un régime sous la surveillance d'un(e) diététicien(ne) ou d'un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB19	Autre moyen? Précisez:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14796



Qui vous a conseillé de changer votre poids ? (Plusieurs réponses sont possibles)

		Oui	Non
DB20	Médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB21	Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB22	Diététicien(ne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB23	Média, presse, hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB24	Famille, amis ou connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB25	De votre propre initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DB26	Qui d'autre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HS01. Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon
- Bon
- Ni bon, ni mauvais
- Mauvais
- Très mauvais
- Je ne sais pas

HS02-HS06. Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes. Avez-vous été confronté(e) à ce genre de problèmes ces 14 derniers jours ?

		Non	Légèrement	Modérément	Fortement
HS02	Être effrayé(e) et anxieux/anxieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS03	Être tendu(e) et nerveux/nerveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS04	Être désespéré(e) lorsque vous pensez au futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS05	Être découragé(e) et triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS06	Être très préoccupé(e) par différentes choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14796



Ci-dessous un certain nombre de maladies ou affections sont citées. Pouvez-vous, pour chacune d'entre elles préciser si vous en avez souffert durant ces 12 derniers mois?

		Oui	Non	Je ne sais pas
HS07	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS08	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS09	Hypercholestérolémie (= excès de cholestérol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS10	Maladies cardio-vasculaires (ex. crise cardiaque, insuffisance cardiaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS11	Allergies ou intolérances alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire!

Vos réponses seront mises en commun avec les réponses de tous les autres participants. Ces informations serviront à développer une politique nutritionnelle plus efficace et à formuler de nouvelles recommandations alimentaires pour la Belgique.

Si vous avez des questions ou si vous désirez plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter:

Melle. Stiévenart Charlotte
Melle. Isaac Gaëlle

Tél: 02/642.57.17
Tél: 02/642.57.78

Institut Scientifique de Santé Publique
Rue Juliette Wytzman, 14
1050 Bruxelles
Mail : vcp-eca@wiv-isp.be