



Questionnaire sur les habitudes de vie

Ce questionnaire est conçu pour aider vos intervenants à connaître vos habitudes de vie dans le but d'améliorer votre santé. Répondez à toutes les questions sans trop y réfléchir puisque la première impression est souvent la meilleure.



1 - Section alimentation

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie. Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

VOS CHOIX ALIMENTAIRES CONSTITUENT-ILS UN RISQUE CARDIOVASCULAIRE ?

Questionnaire rapide pour évaluer la saine alimentation

AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ UNE DIÉTÉTISTE DANS LE PASSÉ ? Oui (année _____) Non

SUIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

QUESTIONS	A	B	C	OUTILS
Combien de repas prenez-vous par jour ?	3 repas/j	Je mange souvent un 4 ^e repas	1-2 repas/jour	1
Mangez-vous entre les repas ?	Non/ je mange une collation au besoin	Je mange généralement en soirée	Je grignote très souvent entre les repas	1, 2, 18
À quelle fréquence mangez-vous au restaurant ? (sandwicheries, fast food, pizza, rôtisserie, mets chinois...)	Moins de 1 fois/sem	1-2/sem	3 repas et +/-sem	3, 4
Consommez-vous des mets prêt-à-servir ? (mets congelés, pizza, mets italiens ou chinois, riz et pâtes alimentaires assaisonnés...)	< 1/sem	1-2/sem	≥ 3/sem	4
Combien de légumes consommez-vous ? 1 portion = 1 légume moyen, ½ tasse légumes frais, surgelés ou en conserve, 1 tasse de laitue, ½ tasse jus de légumes	≥ 4/jour	2-3/jour	≤ 1/jour	6 - GAC
Combien de fruits consommez-vous ? 1 portion = 1 fruit moyen, ½ tasse fruits frais, surgelés, en conserve ou en purée, ½ tasse jus de fruits	≥ 3/jour	2/jour	≤ 1/jour	6 - GAC
Quelle est la grosseur de votre portion de viande par repas ? 1 portion = 100g ou 3 onces ou l'équivalent d'un paquet de 52 cartes à jouer	1 paquet de cartes ou moins	Entre 1 et 2 paquets de cartes	2 paquets de cartes ou plus	5, 16 - GAC
Mangez-vous la peau du poulet ou le gras visible des viandes ?	Jamais	À l'occasion	Toujours	5, 13
Mangez-vous des charcuteries ou des viandes grasses ? (bacon, saucisse, saucisson de Bologne, salami, pepperoni, pâté de foie, cretons, ailes de poulet, croquettes, côtes levées, viandes hachées)	Moins de 1 fois /sem	1-2/sem	3 fois et + /sem	4, 5, 16
Mangez-vous du poisson non pané ?	≥ 2 fois/sem	1 fois/sem	Rarement	7
Mangez-vous du fromage ? 1 portion = 30g ou 1once, fromage en tranches (1-2), fromage à la crème (30 ml ou 2 c. à table). Exclure le fromage écrémé ou le cottage.	≤ 2/sem	3-4/sem	≥ 5/sem	5, 8, 16
Quel type de produits laitiers (lait et yogourt) consommez-vous ?	Moins de 2 % de m.g.	2 % m.g.	≥ 3 % m.g./Je n'en consomme pas	5, 8 - GAC
Quels types de matières grasses utilisez-vous le plus souvent ? (pour la cuisson, pour tartiner, pomme de terre, sauces...) *NH : non-hydrogénée	Huile végétale ou margarine *NH	Huile, margarine ou beurre	Beurre, crème, lard, shortening, margarine régulière	5, 10
Quelle proportion les produits céréaliers ou les féculents occupent-ils dans votre assiette ? (pâtes alimentaires, riz, couscous, pomme de terre...)	1/4 de l'assiette	½ de l'assiette	Plus de la ½ de l'assiette	1 - GAC
Choisissez-vous des produits céréaliers faits de grains entiers ? (pain de blé entier, céréales à déjeuner riches en fibres, riz brun...)	Oui, toujours	À l'occasion	Rarement	12 - GAC
À quelle fréquence consommez-vous des produits de boulangerie ? (beignes, brioches, croissants, danoises, muffins). Exclure les muffins maison.	≤ 1 fois ou moins/sem	2 -3/sem	≥ 4 ou plus/sem	5, 13
À quelle fréquence consommez-vous des desserts commerciaux ? (en collation ou au repas : barres tendres, biscuits, crème glacée régulière, gâteaux, pâtisseries, tartes, etc.)	≤ 2 fois ou moins/sem	3 - 4/sem	≥ 5 ou plus/sem	9, 13, 14
À quelle fréquence consommez-vous des sucreries ? (bonbons, chocolat, sucre de table, miel, confiture...)	≤ 3 fois ou moins/sem	4-5/sem	Tous les jours	9
Buvez-vous des breuvages sucrés ? (jus ou boisson aux fruits, boisson gazeuse ou énergisante, thé glacé, limonade...)	< 8 oz ou moins/jour	8-16 oz/jour	> 16 oz ou plus/jour	9, 15



1 - Section alimentation

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie. Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

	A	B	C	
Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ? 1 consommation = 5 oz de vin, 1 bière, 1 ½ oz de spiritueux	≤ 1/jour	2/jour	≥ 2/jour	17
Consommez-vous des soupes, bouillons ou sauces, en sachet ou en conserve?	≤ 1/sem ≥	1-2/sem	≥ 3/sem	4, 11
Consommez-vous des aliments enrobés de sel ? (craquelins, croustilles, pop corn, bretzels, noix ou graines salées, etc.)	≤ 1 fois /sem ≥	2-3/sem	≥ 4/sem	4, 10, 18
Ajoutez-vous du sel à vos aliments ?	Rarement	Souvent / avec certains aliments	La plupart du temps	4, 11
Consultez-vous le tableau de valeur nutritive des étiquettes alimentaires?	Oui et je comprends bien l'information	Souvent, mais je m'y retrouve difficilement	Rarement	14
Désirez-vous perdre du poids ? IMC = _____ <input type="checkbox"/> Poids normal <input type="checkbox"/> Embonpoint <input type="checkbox"/> Obésité	OUI	NON		15

< Moins de
≤ Inférieur ou égal à

> Plus de
≥ supérieur ou égal à

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ D'AVOIR UNE ALIMENTATION SAIN ET ÉQUILBRÉE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |



2 - Section activité physique

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie. Pour chacune d'entre-elles, encerclez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

FAITES-VOUS UN ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE RÉGULIER?

Oui

Non

Description : _____

QUESTIONS	A	B	C	D	
À quelle fréquence vous déplacez-vous à pied ou à vélo ?	La plupart du temps	> 3x/sem	1-2x/sem	Rarement	21, 23
À quelle fréquence choisissez-vous d'emprunter les escaliers plutôt que l'ascenseur ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	21, 23
Combien de fois par semaine faites-vous de l'activité physique pour au moins 30 minutes ?	5-7 x/sem	4x/sem	2-3x/sem	< 1x/sem	21, 22, 24, 25, 26, 27
Habituellement, vous sentez-vous motivé pour faire de l'activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	20, 21
Vous reconnaissez-vous dans l'affirmation suivante ? « Présentement, je ne suis pas en forme et je ne sais pas par où commencer pour m'améliorer. »	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	21, 23, 24, 26
Êtes-vous trop fatigué pour faire de l'activité physique ?	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	20
Aimez-vous faire de l'activité physique?	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout	20, 21
Organisez-vous votre emploi du temps de façon à y inclure des périodes d'activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	20, 21, 23, 24
Trouvez-vous des solutions alternatives pour demeurer actif lorsque la température extérieure n'est pas clémente et que vous ne désirez pas sortir faire votre activité physique ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	24, 26, 27
Adaptez-vous votre pratique d'activité physique aux recommandations actuelles en fonction de votre condition cardiovasculaire ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais ou Je ne sais pas	22, 25, 28, 29, 30
Vous reconnaissez-vous dans l'affirmation suivante ? « Je ne fais pas d'activité physique par crainte de me blesser. »	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	31
Lorsque vous avez des problèmes articulaires, trouvez-vous des alternatives pour adapter vos exercices et demeurer actif ? Cochez ici si cette question ne s'applique pas à vous : <input type="checkbox"/>	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	31, 32, 33
Mettez-vous en pratique les recommandations en activité physique pour vous aider à perdre du poids ? Cochez ici si cette question ne s'applique pas à vous : <input type="checkbox"/>	Tout à fait	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	34
Limitez-vous votre pratique d'activité physique par crainte d'avoir plus faim à la suite d'une séance d'exercices ?	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	35
Vous hydratez-vous suffisamment pendant et/ou après une séance d'exercices ?	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	36

EST-CE QUE VOUS FAITES RÉGULIÈREMENT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (C'EST À DIRE UNE ACTIVITÉ D'INTENSITÉ MOYENNE DE 30 MINUTES RÉPARTIE SUR TOUTE LA JOURNÉE À TOUS LES JOURS OU PRESQUE OU UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RIGOUREUSE PRATQUÉE 3 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 20 MINUTES CHAQUE FOIS) ?

A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois

B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois

C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours

D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois

E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois

F. Mon médecin m'a recommandé de ne pas faire d'activité physique pour le moment en raison d'une limitation physique importante (exemple : une blessure)

Maintien

Action

Préparation

Contemplation

Précontemplation

Non recommandé



3- Section motivation et état d'esprit

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie. Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

QUESTIONS	JAMAIS A	À L'OCCASION B	SOUVENT C	TOUJOURS D	OUTILS
Je suis trop mal à l'aise pour poser des questions à mon médecin et lui dire que je n'arrive pas à suivre ses recommandations					37, 51
Je fais des journées de fou et quand vient le temps de décompresser, j'ai juste le goût de m'écraser devant la TV					39, 40, 41, 52
Quand vient le temps de me prendre en main, je me dis : « J'ai déjà essayé, je n'y arriverai jamais »					39, 42, 49, 57
Ce n'est pas de faire attention aujourd'hui qui va faire une différence sur ma santé					38, 51
J'ai trop de douleur pour faire de l'activité physique					43
Lorsque je fais un excès alimentaire, même léger, je me dis que tout est perdu et je ne respecte plus les règles à suivre					39, 42, 46, 49
Avec moi, c'est tout ou rien, soit je fais de l'activité physique à tous les jours, soit je n'en fait pas de la semaine					42, 46, 52, 57
Je m'en demande beaucoup et je mets la barre bien haute!					39, 46, 57
J'ai essayé souvent de me prendre en main alors je me dis : « En bout de ligne, ça ne marchera pas longtemps »...					42, 46, 49, 57
Je suis trop fatigué pour cuisiner ou faire de l'activité physique					40, 45
Quand je vais au resto ou en visite, je me laisse aller					46, 49
Quand je mange des chips ou des biscuits, il faut que je vois le fond du sac					44, 57
Je voudrais bien manger mais mon conjoint ne fait pas attention					37, 47
Je n'ai personne avec qui faire de l'activité physique					47, 55
Quand je suis frustré, déçu, découragé, ou en colère, je me dis : « Au diable mes bonnes habitudes »					39, 42, 48, 49, 57
Quand je me sens débordé, stressé ou que je m'ennuie, j'ai le goût de tout lâcher					41, 45, 48, 52, 57
Je mange mes émotions					42, 44, 45, 48
Je me récompense en mangeant des cochonneries					41, 44
Je sais que je dois changer mes habitudes de vie, mais je me trouve 1001 raisons au quotidien pour ne pas le faire					39, 41, 52
Je me dis : « Je n'ai pas envie de changer mes habitudes alimentaires (ma diète) »					39, 41, 50
Je me dis : « Je n'ai pas envie de faire de l'activité physique »					39, 41, 50
Je me dis : « Je n'ai pas envie d'arrêter de fumer » Je ne fume pas/plus Non applicable <input type="checkbox"/>					39, 41, 50, 61
Je me sens déprimé					42, 48, 56
Je me sens anxieux					42, 48, 53
Je me sens en colère dans toutes sortes de situations					42, 48, 54
Je me sens seul					37, 55
Je me dis : « Je ne sais pas si je vais être capable de changer suffisamment pour améliorer ma santé à long terme »					38, 47, 57

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ D'AMÉLIORER VOS HABITUDES DE VIE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |

EST-CE QUE VOUS ESSAYEZ DE RÉDUIRE VOTRE NIVEAU DE STRESS DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |



4- Section médicaments

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer votre mode de vie. Pour chacune d'entre-elles, cochez la réponse qui représente le mieux vos habitudes **actuelles** :

QUESTIONS	JAMAIS A	À L'OCCASION B	SOUVENT C	TOUJOURS D	OUTILS
J'oublie de prendre mes médicaments					58
Les médicaments que je prends doivent forcément me causer quelques effets secondaires					59
Je pense que je prends trop de médicaments					41, 60

EST-CE QUE VOUS PRENEZ VOS MÉDICAMENTS TELS QUE PRESCRITS PAR VOTRE MÉDECIN ?

- | | |
|---|---|
| A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> Maintien |
| B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Action |
| C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours | <input type="checkbox"/> Préparation |
| D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Contemplation |
| E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois | <input type="checkbox"/> Précontemplation |
| F. Le médecin ne m'a pas prescrit de médicaments | <input type="checkbox"/> Non applicable |



5- Section tabagisme

Ce questionnaire s'adresse à **TOUS**. Veuillez répondre à ces questions. En ce qui concerne la question 1, commencez par choisir la colonne correspondant à votre situation et ne répondez qu'aux questions de cette colonne.

QUESTION : Présentement, comment pourriez-vous décrire votre expérience avec la cigarette ?				OUTIL 61
Je fume tous les jours (1)	Je fume mais pas tous les jours (2)	Je ne fume pas mais j'ai déjà fumé tous les jours (3)	Je ne fume pas mais j'ai déjà fumé à l'occasion (4)	Je n'ai jamais fumé (5)
Combien de cigarettes fumez-vous par jour : _____	Combien de cigarettes fumez-vous par semaine : _____	Combien de cigarettes fumiez-vous par jour : _____	Combien de cigarettes fumiez-vous par semaine : _____	PASSEZ CETTE SECTION
Fumez-vous des cigarettes à bout filtre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans	
À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans		À quel âge avez-vous cessé de fumer ? _____ ans	À quel âge avez-vous cessé de fumer ? _____ ans	

EST-CE QUE VOUS AVEZ CESSÉ DE FUMER LA CIGARETTE ?

- A. OUI, et ce depuis plus de 6 mois (passez à la question 19)
- B. OUI, et ce depuis moins de 6 mois (passez à la question 19)
- C. NON, mais j'en ai l'intention dans les 30 prochains jours
- D. NON, mais j'en ai l'intention dans les 6 prochains mois
- E. NON, et je n'en ai PAS l'intention pour les 6 prochains mois
- F. Je n'ai JAMAIS fumé la cigarette (passez à la question 19)

- Maintien
- Action
- Préparation
- Contemplation
- Précontemplation
- Non applicable

PRÉSENTEMENT, FUMEZ-VOUS LA PIPE ?

- OUI, tous les jours (1)
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

OUTIL 61

À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE INHALATION (PUFF) ?

_____ JOURS _____ MOIS

À PART VOUS, COMBIEN DE PERSONNES FUMENT À LA MAISON ? _____ PERSONNES

PRÉSENTEMENT, FUMEZ-VOUS LE CIGARE ?

- OUI, tous les jours (1)
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

OUTIL 61

UTILISEZ-VOUS PRÉSENTEMENT DES MÉDICAMENTS POUR VOUS AIDER À CESSER DE FUMER ?

OUI NON

LESQUELS ?

- Timbres transdermiques (patches)
- Gomme à la nicotine
- Zyban (bupropion)

PRÉSENTEMENT, FAITES-VOUS USAGE DE TABAC À PRISER OU À CHIQUER ?

- OUI, tous les jours (1)
- OUI à l'occasion (2)
- NON (3)

OUTIL 61

AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ESSAYÉ, AVEC SUCCÈS OU NON, D'ARRÊTER DE FUMER ?

_____ FOIS

À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE CIGARETTE COMPLÈTE ?

_____ JOURS _____ MOIS



5- Section tabagisme

Si vous fumez, veuillez répondre aux questions ci-dessous. Si vous ne fumez pas, vous avez terminé de répondre à notre questionnaire et nous vous remercions d'avoir pris le temps de le compléter.

Échelle de Fagerstrom (version abrégée)

1. COMBIEN DE TEMPS APRÈS VOTRE RÉVEIL FUMEZ-VOUS VOTRE PREMIÈRE CIGARETTE ?

- Dans les 5 minutes (0)
De 6 à 30 minutes (1)
De 31 à 60 minutes (2)
Après 60 minutes (3)

2. TROUVEZ-VOUS DIFFICILE DE NE PAS FUMER DANS LES ENDROITS OÙ C'EST INTERDIT (PAR EX. CINÉMAS, BIBLIOTHÈQUES) ?

- Oui (0)
Non (1)

3. À QUELLE CIGARETTE DE LA JOURNÉE VOUS SERAIT-IL LE PLUS DIFFICILE DE RENONCER ?

- La première de la matinée (0)
Toutes les cigarettes sans distinction (1)

4. COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR, EN MOYENNE ?

- 10 ou moins (3)
11 à 20 (2)
21 à 30 (1)
31 ou plus (0)

5. FUMEZ-VOUS À UN RYTHME PLUS SOUTENU LE MATIN QUE L'APRÈS MIDI ?

- Oui (0)
Non (1)

6. FUMEZ-VOUS LORSQUE VOUS ÊTES MALADE ET QUE VOUS DEVEZ RESTER AU LIT TOUTE LA JOURNÉE ?

- Oui (0)
Non (1)