



cohorte
CONSTANCES
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

Santé des femmes

A remplir au Centre d'examens de santé

N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



STATISTIQUE
PUBLIQUE

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

Visa n°2015A707AU du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2015.

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

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

Instituts
thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



* S F I O 1 0 2 *



Comment remplir ce questionnaire

- Utilisez de préférence un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases . Répondez en faisant une croix dans une case.

Exemple : Êtes-vous enceinte ? Oui ₁ Non ₂

- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES.

Exemple : V A R N O L I N E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le chiffre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple : Combien d'enfants avez-vous eus ?

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix dans une case, entre deux extrêmes.

Exemple : Quelle est l'intensité de vos douleurs ?

aucune douleur douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir : JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple :

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Si la date est le 15 mars 2011, remplissez

1 5 / 0 3 / 2 0 1 1

- Enfin, vérifiez que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Ce questionnaire restera strictement confidentiel

Il faut environ 10 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais l'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possibles.

Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires, rendant impossible l'identification d'une personne.



Ce questionnaire porte sur les événements gynécologiques qui peuvent survenir tout au long de la vie d'une femme et influencer sur sa santé.

En fonction de votre âge ou de vos réponses aux questions, vous ne serez pas concernée par certaines questions ou parties entières de ce questionnaire.

i Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

ans

I. RÈGLES ET CYCLES MENSTRUELS

1. Quelle est la **date** de vos **dernières** règles (**même approximative**) ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

i Si cette date remonte à moins de 3 mois, passez directement à la question 3 (page 6).

2. Vous n'avez **PAS** eu vos règles **depuis 3 mois ou plus** :

a) Est-ce depuis : ₁ moins de 12 mois ₂ 12 mois ou plus

b) Est-ce que (plusieurs réponses possibles) :

- ₁ vous êtes enceinte
- ₁ vous allaitez
- ₁ vous portez un stérilet hormonal (MIRENA®)
- ₁ vous prenez la pilule en continu (ou une pilule qui supprime les règles)

₁ vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date :

M M / A A A A
mois année

₁ vous avez eu une ablation des 2 ovaires, précisez la date :

M M / A A A A
mois année

₁ vous êtes ménopausée

₁ autre situation, précisez :

i Passez ensuite directement à la partie II : CONTRACEPTION (page 7)



3. En vous basant sur vos **3 derniers cycles**,

a) Vos règles sont-elles :

- ₁ régulières spontanément (cycles de 24 à 32 jours environ)
- ₂ régulières sous pilule ou autre traitement hormonal
- ₃ irrégulières

b) Quelle est la durée moyenne de vos **règles** (nombre de jours de saignements) ?

jours

c) Quelle est la durée de vos **cycles menstruels** (comptez du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? Indiquez une durée minimale et une durée maximale.

Exemple : si vos 3 derniers cycles étaient respectivement de 31, 26 et 28 jours, indiquez « durée minimale : 26 jours » et « durée maximale : 31 jours ».

durée minimale : jours durée maximale : jours

d) Comment évaluez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles ? Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

aucune douleur douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En dehors des douleurs de règles, souffrez-vous **régulièrement** de douleurs localisées au **bas-ventre** ?

- ₁ Oui ₂ Non

5. Avez-vous des douleurs **des seins avant** vos règles ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

a) S'agit-il de douleurs concernant : ₁ un seul sein ₂ les deux seins

b) Pendant combien de jours avez-vous mal aux seins avant les règles :

- ₁ moins de 4 jours ₂ 4 à 8 jours ₃ 9 à 15 jours ₄ plus de 15 jours

c) Vos douleurs des seins disparaissent-elles (ou s'atténuent-elles fortement) avec l'apparition des règles ?

- ₁ Oui ₂ Non

d) Vos douleurs des seins sont-elles apparues :

- ₁ spontanément
- ₂ sous traitement hormonal uniquement (contraception, traitement pour infertilité...)



II. CONTRACEPTION

6. *Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui :**

a) A quel âge avez-vous commencé à la prendre ? ans

b) Pendant combien de temps **en tout** l'avez-vous prise (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) :

- ₁ moins d'1 an
₂ entre 1 et 3 ans
₃ entre 3 et 5 ans
₄ plus de 5 ans

i Si vous êtes actuellement enceinte ou ménopausée, passez directement à la partie III : FERTILITÉ (page 8)

7. *Actuellement, utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, précisez lequel (lesquels) : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ La pilule, précisez laquelle :
- ₁ Un autre traitement hormonal
- ₁ Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez : ₁ Au cuivre
₂ Hormonal (MIRENA®)
₃ Ne sait pas
- ₁ Le préservatif masculin (capote)
- ₁ L'anneau contraceptif (NUVARING®)
- ₁ L'implant contraceptif (IMPLANON®)
- ₁ Le patch contraceptif (EVRA®)
- ₁ Des crèmes ou ovules spermicides
- ₁ Le diaphragme ou la cape cervicale
- ₁ Le préservatif féminin
- ₁ Le retrait du partenaire avant éjaculation (coït interrompu)
- ₁ Vous n'avez pas de rapport sexuel les jours à risque (méthode naturelle, Ogino, températures...)
- ₁ Vous ou votre partenaire avez eu une intervention pour devenir stérile (ligature des trompes, vasectomie)
- ₁ Autre moyen, précisez :



III. FERTILITÉ

8. *Avez-vous déjà eu, vous ou votre partenaire, une ou plusieurs interventions dans le but d'améliorer la fertilité de votre couple ?*

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

9. *Avez-vous déjà eu une salpingite (infection aiguë atteignant les trompes) ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ **Si oui**, avez-vous reçu un traitement par antibiotiques ?

- ₁ Oui ₂ Non

i Si vous êtes ménopausée, passez directement à la partie IV : GROSSESSES (page 9)

10. ***Au cours des 6 derniers mois**, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un médecin en raison de difficultés à obtenir une grossesse ?*

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

11. ***Au cours des 6 derniers mois**, vous ou votre partenaire avez-vous utilisé (ou utilisez-vous actuellement) un traitement médical pour favoriser la survenue d'une grossesse ?*

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

i Si vous êtes actuellement enceinte, passez directement à la partie IV : GROSSESSES (page 9)

12. *Diriez-vous que vous souhaitez avoir une grossesse :*

- ₁ dans les 6 prochains mois
₂ dans 6 mois à 1 an
₃ dans 1 an à 2 ans
₄ dans plus de 2 ans
₅ vous ne souhaitez pas (ou plus) avoir de grossesse
₆ vous ne pouvez pas (ou plus) avoir de grossesse

13. *Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?*

- ₁ Oui ₂ Non



IV. GROSSESSES

Pour les questions 14 à 16, tenez compte de **toutes vos grossesses, quelle que soit la façon dont elles se sont terminées** : y compris dans le cas d'IVG (interruption volontaire de grossesse), de grossesse extra-utérine, de fausse-couche spontanée même très précoce, d'IMG (interruption médicale de grossesse), d'enfant mort-né.

14. Avez-vous déjà été enceinte, quelle que soit la façon dont la grossesse s'est terminée ?

₁ Oui (y compris si vous êtes actuellement enceinte) ₂ Non

i Si vous n'avez jamais été enceinte, passez directement à la PARTIE V : MALADIES DES SEINS (page 11).

15. Au total, combien de grossesses avez-vous eues (y compris la grossesse actuelle si vous êtes enceinte), quelle que soit la façon dont elles se sont terminées ?

grossesses

16. A quelle date s'est terminée votre dernière grossesse (quelle qu'en soit l'issue) ?

/ /
jour mois année

₁ je suis actuellement enceinte

17. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **grossesses extra-utérines** (grossesse se développant de façon anormale en dehors de l'utérus, par exemple dans la trompe) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? grossesse(s) extra-utérine(s)

18. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **fausses couches** ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? fausse(s) couche(s)

19. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **IVG** (interruption **volontaire** de grossesse) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? IVG

20. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **IMG** (interruption **médicale** de grossesse, avortement « thérapeutique ») ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? IMG



21. Combien d'enfants avez-vous eus (enfants **biologiques** nés vivants ou non après 5 mois de grossesse) ?

enfant(s)

22. Pour chacun de vos **enfants nés vivants**, indiquez dans le tableau ci-après : son sexe, son année de naissance, son poids de naissance, le mode d'accouchement (voie naturelle ou césarienne), si vous l'avez allaité (même partiellement) et, si oui, pendant combien de mois :

Enfant	Sexe		Année de naissance	Poids à la naissance		Mode d'accouchement		Allaitement		
	M ⁽¹⁾	F ⁽¹⁾				Césa ⁽²⁾	VN ⁽²⁾	oui	non	combien de mois ⁽³⁾
1	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	A A A A	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>

(1) M= masculin ; F= féminin

(2) Césa = césarienne ; VN=voies naturelles

(3) si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez « 0 » ; entre 1 et 2 mois indiquez « 1 », etc.

23. Avez-vous eu des enfants mort-nés ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez, pour chacun, en quelle année et s'il s'agissait d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés...) :

Enfant 1 A A A A grossesse multiple : ₁ Oui ₂ Non

Enfant 2 A A A A grossesse multiple : ₁ Oui ₂ Non

Enfant 3 A A A A grossesse multiple : ₁ Oui ₂ Non

Enfant 4 A A A A grossesse multiple : ₁ Oui ₂ Non



V. MALADIES DES SEINS

24. Avez-vous déjà souffert d'une affection au(x) sein(s) ?

₁ Oui

₂ Non

➔ Si oui :

a) De quelle(s) affection(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)

₁ kyste(s) du sein

₁ microcalcifications du sein

₁ adénofibrome du sein

₁ maladie fibrokystique du sein

₁ cancer du sein

₁ autre maladie des seins, précisez :

₁ ne sait pas

b) Avez-vous **été opérée** ou avez-vous eu une **biopsie** d'un (des) sein(s) pour cette (ces) affection(s) ?

₁ Oui

₂ Non

➔ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

année

A A A A

année

25. Avez-vous déjà eu une intervention **esthétique** au niveau des **seins** ?

₁ Oui

₂ Non

➔ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

année

A A A A

année



VI. SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

26. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs **frottis du col de l'utérus** (frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui,

a) A quand remonte le **dernier** frottis ?

/

mois

année

b) Ce **dernier** frottis a-t-il été réalisé par :

₁ un médecin généraliste

₂ un gynécologue

₃ autre, précisez :

27. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs **ostéodensitométries** (mesure de la masse osseuse) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quand remonte le **dernier** examen ?

/

mois

année

28. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs **mammographies** (radiographie des seins) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

a) A quand remonte le **dernier** examen ?

/

mois

année

b) Cette **dernière** mammographie vous a-t-elle été prescrite :

₁ par invitation dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du sein

₂ par votre médecin, en l'**absence de symptômes** particuliers (examen « de routine »)

₃ suite à la découverte d'une **anomalie au niveau du sein** (« boule », écoulement du mamelon, douleur, rougeur cutanée...) ou dans le cadre d'un **suivi** (cancer...)

c) Si cette dernière mammographie **n'a pas été réalisée** dans le cadre du **dépistage organisé**, vous a-t-elle été prescrite par :

₁ un médecin généraliste

₂ un gynécologue

₃ un autre médecin, précisez :



VII. MÉNOPAUSE

29. *Etes-vous ménopausée ?*

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ **Si oui :**

a) Votre ménopause a-t-elle été confirmée par des dosages hormonaux ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

b) A quel âge avez-vous été ménopausée ? ans

Si vous ne vous souvenez pas exactement, est-ce depuis :

₁ 1 à 2 ans

₂ 2 à 5 ans

₃ 5 à 10 ans

₄ plus de 10 ans

30. *Suivez-vous **actuellement** un traitement **en rapport avec la ménopause** ?*

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

➔ **Si oui**, est-ce un traitement par (plusieurs réponses possibles) :

₁ hormones

₁ traitement local vaginal

₁ traitement **non hormonal** contre les bouffées de chaleur

₁ homéopathie

₁ plantes ; **si oui**, précisez s'il s'agit de phyto-oestrogènes (dont le soja) ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

₁ acupuncture

₁ autre, précisez :

₁ ne sait pas

i Si vous ne prenez pas actuellement de traitement hormonal en rapport avec la ménopause, passez directement à la question 32 (page 14)



31. Si vous prenez **actuellement** un traitement **hormonal** en rapport avec la ménopause :

a) Précisez le nom, la dose par jour et le nombre de jours par mois pour chacun des produits que vous prenez dans le cadre de ce traitement :

Nom du produit	Dose par jour	Nombre de jours par mois
Exemple : ESTREVA®	1 comprimé 1,5 mg par jour	du 10 ^e au 25 ^e jour
Exemple : CLIMARA®	patch dosé à 50	un patch tous les 6 jours
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Depuis quand prenez-vous un traitement hormonal en rapport avec la ménopause (celui ou ceux cités ci-dessus ou un autre équivalent) ?

- ₁ depuis moins d'un an :
 précisez le mois et l'année de début du traitement : M M / A A A A
- ₂ depuis un an ou plus :
 précisez l'année de début du traitement : A A A A

i Passez directement à la partie VIII : AUTRES TRAITEMENTS GYNÉCOLOGIQUES (page 15)

32. Si vous ne **prenez pas actuellement de traitement hormonal** en rapport avec la ménopause, en avez-vous pris dans le passé ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, pendant combien de temps ?

- ₁ pendant moins d'un an ; précisez pendant combien de mois : mois
- ₂ pendant un an ou plus ; précisez pendant combien d'années : années

VIII. AUTRES TRAITEMENTS GYNÉCOLOGIQUES

33. Actuellement, suivez-vous un traitement hormonal en rapport avec des problèmes gynécologiques, hors ménopause (par exemple pour douleurs aux seins, fibrome, ...)?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez le nom du ou des médicaments, la chronologie de la prise par rapport au cycle menstruel, ainsi que la date de début de ce traitement :

NOM du Médicament	Chronologie	DATE de début
Exemple : SURGESTONE 500®	<input type="text"/> ^e au <input type="text"/> <input type="text"/> ^e jour du cycle	1 0 / 1 2 / 1 9 9 8 jour mois année
<input type="text"/>	<input type="text"/> ^e au <input type="text"/> <input type="text"/> ^e jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année
<input type="text"/>	<input type="text"/> ^e au <input type="text"/> <input type="text"/> ^e jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année
<input type="text"/>	<input type="text"/> ^e au <input type="text"/> <input type="text"/> ^e jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année

Merci de votre participation





UMS 011 Inserm UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population »
Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : contact@constances.fr