


Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

Questionnaire de suivi 1

 **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°2013X708AU du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du ministre des Affaires sociales et de la Santé et du ministre de l'Économie et des Finances, valable pour l'année 2013.

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 la Plateforme de Recherche Cohortes en Population, CESP U1018 Inserm-UVSQ.

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, Plateforme de Recherche Cohortes en Population, CESP U1018 Inserm-UVSQ, Hôpital Paul Brousse, Bâtiment 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

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 : *Quel est votre sexe ?* Masculin ₁ Féminin 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 : C O N J O N C T I V I T 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 de cigarettes fumez-vous par jour ?* 5

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

Exemple : *Comment jugez-vous votre état de santé ?*

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

- 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 de votre consultation médicale : JJ JJ / MM MM / 2 0 AA AA
jour mois année

Si la date est le 5 janvier 2013, remplissez : 0 5 / 0 1 / 2 0 1 3

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

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.

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A 1.AQ_MODVIE_DtRemp
jour mois année



→ Vous remplissez ce questionnaire :

Quel est votre sexe ?

₁ Seul(e) ₂ Avec l' 2.AQ_MODVIE_QUIRemp

₁ Masculin ₂ Fémin 3.AQ_MODVIE_Sex

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A 4.AQ_MODVIE_DtNais
jour mois année

I. VOTRE SANTÉ

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

Très bon Très mauvais 5.AQ_SANTE_EtatGeneral
A B C D E F G H

2. Etes-vous limité(e) depuis **au moins 6 mois**, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

₁ Oui, fortement limité(e)

₂ Oui, limité(e) 6.AQ_HANDICAP_Limit

₃ Oui, légèrement limité(e)

₄ Non



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

→ 7.AQ_HANDICAP_LimitAcc ₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute, etc.)

8.AQ_HANDICAP_LimAutre ₁ Autre(s) raison(s) de santé

→ 3. Quel est votre poids ? kg 9.AQ_SANTE_Poids

4. Voici une liste de problèmes de santé. Indiquez ici ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des 12 derniers mois (qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, qu'il y ait ou non un traitement).

Affections respiratoires

- Bronchite chronique, BPCO, insuffisance respiratoire 1
- Asthme 2

Affections cardio-vasculaires

- Hypertension artérielle 3
- Angine de poitrine, maladie des coronaires 4
- Infarctus du myocarde 5
- Troubles du rythme cardiaque, pacemaker 6
- Insuffisance cardiaque chronique 7
- Artérite des membres inférieurs 8
- Phlébite, embolie pulmonaire 9

Affections des os et des articulations

- Sciatique 10
- Douleurs au bas du dos, lombalgie 11
- Douleurs au niveau du cou, cervicalgie 12
- - Douleurs articulaires ou musculaires: 1.AQ_PATH_PatNum
 - Épaule 13
 - Coude, main 14
 - Genou, hanche 15
- Syndrome du canal carpien 16
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou pseudo polyarthrite rhizomélisque (PPR) 17

→ **Affections digestives**

- Constipation sévère 18
- Maladie du foie (hépatite, stéatose, cirrhose, etc.) 19

Maladies endocriniennes ou métaboliques

- Maladie de la thyroïde 20
- Diabète 21
- Cholestérol, triglycérides élevés 22

Affections oculaires

- Glaucome, hypertension oculaire 23
- Cataracte 24
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ... 25

Autres (indiquez une seule pathologie par ligne)

→ 46 21.AQ_PATH_PatPrec

47

48

Affections urinaires et génitales

- Coliques néphrétiques, calculs urinaires 26
- Perte involontaire d'urines 27
- Insuffisance rénale chronique 28
- Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, etc.) 29
- Maladie de la prostate (adénome) 30
- Maladie du sein 31
- Endométriose 32
- Troubles liés à la ménopause 33

Affections psychiques

- Troubles anxieux 34
- Dépression nerveuse, maladie bipolaire 35
- Autre affection psychiatrique 36

Affections neurologiques

- Accident vasculaire cérébral 37
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance 38
- Migraines 39
- Maladie de Parkinson 40
- Maladie d'Alzheimer 41

Cancer 42


▾ Précisez la localisation :

2._KAcolon <input type="checkbox"/> Côlon-rectum <input type="checkbox"/> 6._KAcol <input type="checkbox"/> 1 Col de l'utérus	3._KApoumon <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> 7._KAuterus <input type="checkbox"/> 1 Uterus (endomètre)	4._KAprostat <input type="checkbox"/> 1 Prostate	5._KAsein <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> 1 Os
9._KAmelan <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> 13._KAthyro <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> 17._KAcerveau <input type="checkbox"/> Cerveau	10._KA vessie <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> 14._KAestom <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> 18._KAleucem <input type="checkbox"/> Leucémie	11._KAtestic <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> 15._KApancré <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> 19._KAlympho <input type="checkbox"/> Lymphome	12._KArein <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> 16._KAfoie <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> 20._KAautre <input type="checkbox"/> Autre

Autres AQ_PATH_PatPrec

- Apnées du sommeil 43
- Symptômes allergiques (rhume des foins, rhinite, sinusite chronique, urticaire, eczéma, oedème de Quincke, etc.) 44
- Psoriasis 45

5. Au cours des **12 derniers mois**, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un ou des médecins parce que vous aviez des difficultés à obtenir une grossesse ?

- ₁ Oui, vous
- ₂ Oui, votre partenaire 1.AQ_SANTE_PbGrossess
- ₃ Oui, tous les deux
- ₄ Non, ni vous ni votre partenaire
- ₅ Pas concerné(e) 

II. SOMMEIL

6. 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"/> 2.AQ_SOMMEIL_MoisDiffEnd	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> 3.AQ_SOMMEIL_MoisRevNuit	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<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"/> 4.AQ_SOMMEIL_MoisRevTot	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
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"/> 5.AQ_SOMMEIL_MoisRevFat	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Au cours de la **dernière semaine** (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi **en moyenne** par nuit ?

- ₁ moins de 5 heures
- ₂ 5 heures
- ₃ 5 heures 30
- ₄ 6 heures
- ₅ 6 heures 30
- ₆ 7 heures
- ₇ 7 heures 30
- ₈ 8 heures
- ₉ 8 heures 30
- ₁₀ 9 heures
- ₁₁ 9 heures 30
- ₁₂ 10 heures et plus
- ₃ 5 heures 30 6.AQ_SOMMEIL_SemDurTranc

III. ALIMENTATION, TABAC, ALCOOL, CANNABIS

8. Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?

→ ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé (médecin généraliste, médecin nutritionniste, diététicien(ne)) ?

→ ₁ Oui ₂ Non

- Pour quelle(s) raison(s) suivez-vous ce régime ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel, etc.)

→ ₁ Pour un problème de surpoids ou d'obésité

→ ₁ Pour ne pas prendre de poids, rester en forme ou raison esthétique

→ ₁ Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse, etc.)

9. Actuellement, fumez-vous (sauf cigarettes électroniques) ?

→ ₁ Oui (au moins ₂ Non ou occasionnellement

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

De cigarettes : De cigarillos :

De pipes : De cigares :

10. Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique jetable ou rechargeable ?

→ ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an ₂ 1 an ou plus

- Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

→ ₁ De cigarette(s) (si jetables) :

→ ₁ De ml (si rechargeables) :

- Quel dosage en nicotine (mg/ml) :

₁ 0-5

₂ 6-10

₃ 11-15

₄ 16-18

₅ 19 et plus

La question 11 porte sur votre consommation de boissons alcoolisées standard. Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous. Si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1ère colonne du tableau.

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.

11. Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard au cours de la **dernière semaine** ?

	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 par jour en moyenne)	A1.AQ_COMPORTE_AlcJAucune	B1	C1	D1	E1	F1	G1
Vendredi	A2.AQ_COMPORTE_AlcVAucune	B2	C2	D2	E2	F2	G2
Samedi	A3.AQ_COMPORTE_AlcSAucune	B3	C3	D3	E3	F3	G3
Dimanche	A4.AQ_COMPORTE_AlcDAucune	B4	C4	D4	E4	F4	G4
	B1.AQ_COMPORTE_AlcJBierNbV	B2.AQ_COMPORTE_AlcVBierNbV	B3.AQ_COMPORTE_AlcSBierNbV	B4.AQ_COMPORTE_AlcDBierNbV			
	C1.AQ_COMPORTE_AlcJVinNbV	C2.AQ_COMPORTE_AlcVVinNbV	C3.AQ_COMPORTE_AlcSVinNbV	C4.AQ_COMPORTE_AlcDVinNbV			
	D1.AQ_COMPORTE_AlcJFortNbV	D2.AQ_COMPORTE_AlcVFortNbV	D3.AQ_COMPORTE_AlcSFortNbV	D4.AQ_COMPORTE_AlcDFortNbV			
	E1.AQ_COMPORTE_AlcJApeNbV	E2.AQ_COMPORTE_AlcVApeNbV	E3.AQ_COMPORTE_AlcSApeNbV	E4.AQ_COMPORTE_AlcDApeNbV			
	F1.AQ_COMPORTE_AlcJPremNbV	F2.AQ_COMPORTE_AlcVPremNbV	F3.AQ_COMPORTE_AlcSPremNbV	F4.AQ_COMPORTE_AlcDPremNbV			

* Premix: petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 50% (Smirnoff Ice, Boomerang, etc.)

12. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être ivre ?

G1.AQ_COMPORTE_AlcLJCockNbV	G2.AQ_COMPORTE_AlcVCockNbV	G3.AQ_COMPORTE_AlcSCockNbV	G4.AQ_COMPORTE_AlcDCockNbV
-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------



₁ Oui

₂ Non

1.AQ_COMPORTE_AlcDejSoul12m

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

₁ Oui ₂ Non 1.AQ_COMPORT_CaCo12mois

↳ Si oui, est-ce que vous en avez consommé :

- ₁ Moins d'une fois par mois
- ₂ 1 à 2 fois par mois 2.AQ_COMPORT_CaCoNb
- ₃ Au moins 1 fois par semaine
- ₄ Tous les jours ou presque

IV. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- 3.AQ_FOYVIE_SitForm Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- 4.AQ_FOYVIE_SitEmpl 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 : 5.AQ_FOYVIE_SitEmplPs
- 6.AQ_FOYVIE_SitDem Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- 7.AQ_FOYVIE_SitRetr Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- 8.AQ_FOYVIE_SitSant Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- ↳ Précisez le motif : 9.AQ_FOYVIE_SitSantPs
- 10.AQ_FOYVIE_SitFoy Sans activité professionnelle
- 11.AQ_FOYVIE_SitAut Autre, précisez : 12.AQ_FOYVIE_SitAutPs

📌 Si vous ne vivez pas en couple passez directement à la question 16, page 9.

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

- 13.AQ_FOYVIE_ConjSitForm Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- 14.AQ_FOYVIE_ConjSitEmpl 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)
- 15.AQ_FOYVIE_ConjSitDem Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- 16.AQ_FOYVIE_ConjSitRetr Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- 17.AQ_FOYVIE_ConjSitSant Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- 18.AQ_FOYVIE_ConjSitFoy Sans activité professionnelle
- 19.AQ_FOYVIE_ConjSitAut Autre, précisez : 20.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs

V. ÉVÉNEMENTS DE VIE

16. Parmi les événements suivants, quels sont ceux qui vous sont arrivés **personnellement**, au cours des **12 derniers mois** ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Arrivée d'enfant(s) nce, adoption, enfant de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)
- ₁ Mariage, PACS
- ₁ Divorce, séparation
- ₁ Décès de votre conjoint(e)
- ₁ Décès d'un enfant
- ₁ Période d'hébergement
- ₁ Tentative de suicide
- ₁ Violences subies dans le cadre d'un mariage ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.)
- ₁ Décès qui vous a grandement affecté autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant
- ₁ Autre(s)

VI. SITUATION MATÉRIELLE

17. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer, pour **vous-même ou votre conjoint**, à certains soins en raison de problèmes financiers ?

- ₁ Oui ₂ Non

18. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer, pour **vos enfants**, à certains soins en raison de problèmes financiers ?

- ₁ Oui ₂ Non cerné(e)

19. Au cours des **12 derniers mois**, y a-t-il eu des moments où vous avez rencontré de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts, etc.) ?

- ₁ Non ₂ Oui, de temps en temps ₃ Oui, régulièrement

20. Par rapport à il y a **1 an**, pensez-vous que votre situation professionnelle est :

- ₁ Meilleure
- ₂ Identique
- ₃ Moins bonne
- ₄ Sans objet

21. Quelle confiance avez-vous en votre situation professionnelle au cours des **12 prochains mois** ?

- ₁ Très confiant(e)
- ₂ Assez confiant(e)
- ₃ Pas très confiant(e)
- ₄ Pas confiant(e) du tout
- ₅ Sans objet

22. Par rapport à il y a 1 an, pensez-vous que votre situation financière est :

- ₁ Meilleure
₂ Identique 1.AQ_FOYVIE_SitFinanc
₃ Moins bonne

23. Quelle confiance avez-vous en votre situation financière au cours des 12 prochains mois ?

- ₁ Très confiant(e)
₂ Assez confiant(e) 2.AQ_FOYVIE_SitFinConf
₃ Pas très confiant(e)
₄ Pas confiant(e) du tout

VII. DIVERS

24. Quels sont les éléments ayant motivé votre participation à la cohorte Constances ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ La participation à la recherche médicale, le volontariat à un projet d'intérêt collectif 3.AQ_FOYVIE_MotivRech
₁ L'examen de 4.AQ_FOYVIE_MotivExam
₁ Les thèmes de 5.AQ_FOYVIE_MotivThem
₁ Une préoccupation personnelle ou familiale 6.AQ_FOYVIE_MotivFam
₁ Autre(s) 7.AQ_FOYVIE_MotivAut

■ Si vous êtes un **homme de plus de 30 ans**, vous avez terminé de remplir votre questionnaire, et nous vous remercions vivement de votre participation. Vous trouverez en dernière page toutes les coordonnées pour nous contacter ou obtenir les dernières informations sur Constances.

■ Si vous êtes une **femme de plus de 30 ans**, passez directement à la question 29, page 11.

VIII. POUR LES 30 ANS ET MOINS

25. Avez-vous obtenu un nouveau diplôme au cours des 12 derniers mois ?

- ₁ Oui ₂ 8.AQ_FOYVIE_Diplom12m

26. Avez-vous trouvé (ou pensez-vous trouver dans un avenir proche) un emploi qui corresponde à vos études et à votre qualification ?

- ₁ Oui, certainement
₂ Oui, probablement 9.AQ_FOYVIE_EmplQualif
₃ Non, probablement pas
₄ Non, certainement pas

27. Pensez-vous avoir (ou que vous aurez) une situation professionnelle meilleure que celle de vos parents ?

- ₁ Oui, certainement
₂ Oui, probablement 10.AQ_FOYVIE_MieuParent
₃ Non, probablement pas
₄ Non, certainement pas

28. Pensez-vous que vous allez réussir sur le plan professionnel (salaire, stabilité de l'emploi, poste en cohérence avec vos compétences etc.) ?

- ₁ Oui, certainement
₂ Oui, probablement
₃ Non, probablement pas
₄ Non, certainement pas

1.AQ_FOYVIE_ReussiProf

IX. POUR LES FEMMES

29. **Actuellement**, utilisez-vous un moyen de contraception ?

- ₁ Oui ₂ Je suis enceinte ₄ Je suis ménopausée

↳ Si oui :

- Précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)

3.AQ_FEMME_CPilule

₁ La pilule, précisez laquelle :

4.AQ_FEMME_CPilulePs

5.AQ_FEMME_CSterilet

₁ Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez :

₁ Au cuivre

₂ Hormonal (M ₂ 6.AQ_FEMME_CSQuoi

₃ Ne sait pas

7.AQ_FEMME_CHom

₁ Le préservatif masculin (capote)

8.AQ_FEMME_AutMeth

₁ Autre(s) méthode(s) (patch, implant, méthodes naturelles, vasectomie du partenaire, ligature des trompes, etc.)

- Est-ce : (plusieurs réponses possibles)

9.AQ_FEMME_EvitGross

₁ Pour éviter une grossesse

10.AQ_FEMME_EvitInfec

₁ Pour vous protéger ou protéger votre partenaire des infections sexuellement transmissibles

11.AQ_FEMME_EvitAut

₁ Autre(s) raison(s) médicale(s) (ex. acné, problème hormonal, etc.)

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas ₃ 12.AQ_FEMME_MenoTrait

↳ Si oui, est-ce : (plusieurs réponses possibles)

13.AQ_FEMME_MenoTraitHormo

₁ Un traitement hormonal, par voie orale (comprimés) ou cutanée (patch, gel)

14.AQ_FEMME_MenoTraitPlante

₁ Un traitement à base de plantes

↳ Précisez s'il s'agit de phyto-oestrogènes (dont le soja) :

15.AQ_FEMME_MenoTraitPhyto

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

16.AQ_FEMME_MenoTraitHomAc

₁ Un traitement par homéopathie ou acupuncture

17.AQ_FEMME_MenoTraitAutre

₁ Autre(s)

18.AQ_FEMME_MenoTraitNSP


₁ Ne sait pas

Vous avez terminé de remplir votre questionnaire et nous vous remercions vivement de votre participation. Vous trouverez en dernière page toutes les coordonnées pour nous contacter ou obtenir des informations sur Constances.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Cohorte Constances - Plateforme de recherche Cohortes en population, CESP U1018 Inserm-UVSQ
Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex

contact@constances.fr

 **0 805 567 900**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

<http://www.constances.fr>

<https://fr-fr.facebook.com/CohorteConstances>

