



Numéro Constances

Questionnaire de suivi annuel 2015

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°**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.

S2015

Instituts
thématiques **Inserm**

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

I. VOTRE SANTÉ

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

Très bon Très mauvais
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)
₃ Oui, légèrement limité(e)
₄ Non

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

- ₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)
₁ Autre(s) raison(s) de santé

3. Au cours des **12 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
₅ Non concerné(e)

4. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous souffert de :

- Douleur(s) thoracique(s) : ₁ Oui ₂ Non
(douleur(s) dans la poitrine) ➔ Si oui, était-ce : ₁ à l'effort ₂ au repos
- Essoufflement : ₁ Oui ₂ Non
➔ Si oui, était-ce : ₁ à l'effort ₂ au repos
- Perte(s) de connaissance : ₁ Oui ₂ Non
➔ Si oui, était-ce : ₁ à l'effort ₂ au repos
- Vertiges : ₁ Oui ₂ Non
➔ Si oui, était-ce : ₁ à l'effort ₂ au repos



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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

6. *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

7. *Quel est votre poids ?* *kg*

8. **Actuellement**, suivez-vous un régime ou avez-vous des habitudes alimentaires particulières ?

₁ Oui ₂ Non

↳ **Si oui** :

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

₁ Oui ₂ Non

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

- ₁ Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel...)
- ₁ Pour maigrir
- ₁ Pour ne pas prendre de poids
- ₁ Pour rester en forme
- ₁ Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse...)

i Les questions suivantes portent sur des troubles du comportement alimentaire dont souffrent certaines personnes. Nous essayons de savoir combien sont concernées.

9. *Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?* ₁ Oui ₂ Non

10. *Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?* ₁ Oui ₂ Non

11. *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?* ₁ Oui ₂ Non

12. *Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?* ₁ Oui ₂ Non

13. *Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?* ₁ Oui ₂ Non



14. 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, emphysème, 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..... 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 :
 - Épaule 13
 - Coude, main 14
 - Genou, hanche 15
- Syndrome du canal carpien 16
- Ostéoporose..... 17
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA) ... 18

Affections digestives

- Constipation sévère 19
- Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre) 20

Maladies endocriniennes ou métaboliques

- Maladie de la thyroïde 21
- Diabète 22
- Cholestérol, triglycérides élevés..... 23

Affections oculaires

- Glaucome, hypertension oculaire 24
- Cataracte..... 25
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ... 26

Affections urinaires et génitales

- Coliques néphrétiques, calculs urinaires..... 27
- Pertes involontaires d'urine 28
- Insuffisance rénale chronique 29
- Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, autre)..... 30
- Maladie de la prostate (adénome)..... 31
- Maladie du sein 32
- Endométriose..... 33
- Troubles liés à la ménopause 34

Affections psychiques

- Troubles anxieux..... 35
- Dépression 36
- Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive ... 37

Affections neurologiques

- Accident vasculaire cérébral..... 38
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance 39
- Migraines 40
- Maladie de Parkinson 41
- Maladie d'Alzheimer 42

Cancer 43

▾ Précisez la localisation :

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Côlon-rectum | <input type="checkbox"/> 1 Poumon | <input type="checkbox"/> 1 Prostate | <input type="checkbox"/> 1 Sein |
| <input type="checkbox"/> 1 Col de l'utérus | <input type="checkbox"/> 1 Utérus (endomètre) | <input type="checkbox"/> 1 Os | |
| <input type="checkbox"/> 1 Mélanome | <input type="checkbox"/> 1 Vessie | <input type="checkbox"/> 1 Testicule | <input type="checkbox"/> 1 Rein |
| <input type="checkbox"/> 1 Thyroïde | <input type="checkbox"/> 1 Estomac | <input type="checkbox"/> 1 Pancréas | <input type="checkbox"/> 1 Foie |
| <input type="checkbox"/> 1 Cerveau | <input type="checkbox"/> 1 Leucémie | <input type="checkbox"/> 1 Lymphome | <input type="checkbox"/> 1 Autre |

Autres

- Apnées du sommeil 44
- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique 45
- Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite, urticaire, eczéma, oedème de Quincke, autre..... 46
- Psoriasis..... 47

Autres problèmes de santé, y compris psychiques (indiquez une seule pathologie par ligne)

48

49

50



* Q S 0 1 5 0 6 *

II. VOTRE SOMMEIL

15. 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	<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"/> ₂	<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"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
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"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

16. 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 Entre 5 heures et moins de 6 heures
- ₃ Entre 6 heures et moins de 7 heures
- ₄ Entre 7 heures et moins de 8 heures
- ₅ Entre 8 heures et moins de 9 heures
- ₆ Entre 9 heures et moins de 10 heures
- ₇ 10 heures et plus

17. Quel risque avez-vous de somnoler ou de vous endormir, et pas simplement de vous sentir fatigué(e), dans les situations suivantes ?

	Aucun risque	Faible risque	Risque modéré	Risque important
Assis(e) en train de lire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assis(e), inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, cinéma, réunion...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Comme passager(ère) d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Allongé(e) l'après-midi pour vous reposer, lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assis(e) en train de parler avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Assis(e) au calme après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



III. VOTRE MORAL

18. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de **la dernière semaine**, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnelle- ment (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



* Q S 0 1 5 0 8 *

IV. TABAC, CANNABIS, ALCOOL

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

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

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

De cigarettes : De cigarillos :

De pipes : De cigares :

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

- ₁ Oui ₂ Non

↳ **Si oui** :

• Depuis combien d'années ?

- ₁ Moins d'1 an ₂ 1 an ₃ 2 ans ₄ 3 ans ou plus

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s)

₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

- ₁ 0 (sans nicotine)
₂ Moins de 6
₃ 6 à 12
₄ 13 ou plus
₅ Ne sait pas

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

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



i La question 22 porte sur votre consommation de boissons alcoolisées standard. Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

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).
Par exemple une «chope» de bière de 50 cl ou une double «dose» d'alcool fort équivalent à deux boissons standard.

22. Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard 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...	Suze, Martini...		Gin tonic, Punch, Téquila sunrise...
		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)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Premix : petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5° : Smirnoff Ice, Boomerang...

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

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

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



* Q S 0 1 5 1 0 *

V. ENVIRONNEMENT PERSONNEL

25. Combien d'ami(e)s proches avez-vous ? (c'est-à-dire les personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise, vous pouvez parler de choses personnelles ou que vous pouvez appeler pour demander de l'aide)

- ₁ Aucun ₂ 1 à 2 ₃ 3 à 5 ₄ 6 à 9 ₅ 10 ou plus

26. De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche ?

- ₁ Aucun ₂ 1 à 2 ₃ 3 à 5 ₄ 6 à 9 ₅ 10 ou plus

27. Combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ?

- ₁ Aucun ₂ 1 à 2 ₃ 3 à 5 ₄ 6 à 9 ₅ 10 ou plus

28. Etes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ? (c'est-à-dire les personnes qui sont importantes pour vous **actuellement**)

- ₁ Très satisfait(e) ₂ Plutôt satisfait(e) ₃ Peu satisfait(e) ₄ Pas du tout satisfait(e)

29. En réfléchissant aux échanges que vous avez eus avec les personnes de votre entourage ces derniers temps, diriez-vous que vous avez donné :

- ₁ Plus que vous avez reçu
₂ Autant que vous avez reçu
₃ Moins que vous avez reçu

30. En dehors de votre conjoint, y a-t-il quelqu'un avec qui vous pouvez discuter de choses personnelles ou d'une décision importante ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Auriez-vous besoin de plus de ce type d'aide que vous n'en recevez ?

- ₁ Oui, beaucoup plus ₂ Oui, plus ₃ Oui, un peu plus ₄ Non, c'est suffisant

31. En dehors de votre conjoint, y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous aider ponctuellement (bricolage, garde d'enfants, prêt d'objets...) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Auriez-vous besoin de plus d'aide de ce type que vous n'en recevez ?

- ₁ Oui, beaucoup plus ₂ Oui, plus ₃ Oui, un peu plus ₄ Non, c'est suffisant

32. **Actuellement**, avez-vous un animal de compagnie ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, lequel : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Chien ₁ Chat ₁ Poisson ₁ Rongeur ₁ Oiseau ₁ Autre



VI. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ 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 :
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ↳ Précisez le motif :
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre, précisez :

34. **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)...
 - ₁ 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)
 - ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
 - ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
 - ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
 - ₁ Sans activité professionnelle
 - ₁ Autre, précisez :
- Quelle est sa catégorie socioprofessionnelle **actuelle** ou celle qu'il (elle) a **occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement** (retraite, chômage ...) ?
 - ₁ Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
 - ₂ Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice)
 - ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
 - ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
 - ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
 - ₆ Ouvrier(ère)
 - ₇ N'a jamais travaillé
 - ₈ Autre, précisez :



* Q S 0 1 5 1 2 *

VII. SITUATION MATÉRIELLE

35. Quel est le montant **total des revenus mensuels nets de votre foyer** (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e), quelle qu'en soit l'origine) ?

- ₁ Moins de 450 €
- ₂ De 450 € à moins de 1 000 €
- ₃ De 1 000 € à moins de 1 500 €
- ₄ De 1 500 € à moins de 2 100 €
- ₅ De 2 100 € à moins de 2 800 €
- ₆ De 2 800 € à moins de 4 200 €
- ₇ 4 200 € ou plus
- ₈ Ne sait pas répondre
- ₉ Ne souhaite pas répondre

36. **Au total**, combien de personnes (vous-même, conjoint(e), personne(s) à charge...) contribuent aux revenus de votre foyer quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine...) ?

personne(s) contribue(nt) au revenu du foyer

37. 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

38. 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
- ₃ Non concerné(e)

39. 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...) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, occasionnellement
- ₃ Oui, régulièrement

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

- ₁ Meilleure
- ₂ Identique
- ₃ Moins bonne
- ₄ Non concerné(e)

41. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation professionnelle ? Vous êtes :

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



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

- ₁ Meilleure
₂ Identique
₃ Moins bonne

43. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation financière ? Vous êtes :

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

VIII. COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

44. Avez-vous une complémentaire santé, aussi appelée «mutuelle», c'est-à-dire un contrat d'assurance qui complète les remboursements de la Sécurité sociale ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- Comment l'avez-vous obtenue ?

- ₁ Par votre employeur actuel (entreprise ou administration)
₂ Par l'employeur actuel de votre conjoint(e)
₃ Par votre ancien employeur ou l'ancien employeur de votre conjoint(e)
₄ Vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
₅ Auprès de votre sécurité sociale étudiante
₆ Vous êtes encore couvert(e) par la complémentaire de vos parents
₇ Par une démarche personnelle
₈ Autre

- Avez-vous une surcomplémentaire santé, c'est-à-dire un contrat d'assurance permettant de compléter les remboursements de votre complémentaire santé ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, pourquoi n'avez-vous pas de complémentaire santé ?

- ₁ Je n'en ai pas besoin
₂ Je suis en cours d'adhésion
₃ Je n'ai pas les moyens financiers
₄ Je ne sais pas quelles démarches faire
₅ Je n'y pense pas ou je n'ai pas le temps de faire les démarches
₆ Autre



45. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait une demande d'Aide à la complémentaire santé (ACS), aussi appelée chèque santé ? Il s'agit d'une aide financière accordée par l'Assurance maladie, sous conditions de ressources, pour payer une partie de la cotisation de la mutuelle.

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne se rappelle pas

↳ Si oui, votre demande a-t-elle été :

- ₁ Acceptée et vous l'avez utilisée
₂ Acceptée, mais vous ne l'avez pas utilisée
₃ Refusée
₄ Elle est en cours d'instruction

IX. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union...) | <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| <input type="checkbox"/> ₁ Aucun de ces événements | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement...) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Autre, précisez : <input type="text"/> | |

i Si vous avez **plus de 30 ans** :

- Vous êtes un **homme**, vous avez **terminé**.
- Vous êtes une **femme**, passez **directement** à la partie «XI. POUR LES FEMMES», **page 15**.

X. POUR LES 30 ANS ET MOINS

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

- ₁ Oui ₂ Non

48. 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
₃ Non, probablement pas
₄ Non, certainement pas



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

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

50. 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

I Si vous êtes un **homme**, vous avez **terminé**.

XI. POUR LES FEMMES

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je suis enceinte
- ₄ Je suis ménopausée

↳ Si oui :

- Précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ La pilule, précisez laquelle:
- ₁ Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez:
 - ₁ Au cuivre
 - ₂ Hormonal (MIRENA)
 - ₃ Ne sait pas
- ₁ Le préservatif masculin (capote)
- ₁ Autre(s) méthode(s) (patch, implant, méthodes naturelles, vasectomie du partenaire, ligature des trompes...)

- Est-ce : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pour éviter une grossesse
- ₁ Pour vous protéger ou protéger votre partenaire des infections sexuellement transmissibles
- ₁ Autre(s) raison(s) médicale(s) (ex. acné, problème hormonal...)

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Ne sait pas

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

- ₁ Un traitement hormonal, par voie orale (comprimés) ou cutanée (patch, gel)
- ₁ Un traitement à base de plantes

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Ne sait pas
- ₁ Un traitement par homéopathie ou acupuncture
- ₁ Autre(s)
- ₁ Ne sait pas



Tous les 5 ans, votre examen de santé
Constances :
Pour la recherche médicale
Pour faire un point sur votre santé

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

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>



contact@constances.fr



0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Cohorte Constances
UMS 011 Inserm UVSQ
«Cohortes épidémiologiques en population»
Hôpital Paul Brousse, bâtiment 15/16,
16 avenue Paul Vaillant-Couturier
94807 Villejuif Cedex

