



Numéro Constances

0.AQ_MODVIE_Id

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL

2024

web

Important

Pour toute correspondance avec l'équipe Constances, merci d'utiliser nos coordonnées (adresse postale, numéro vert ou mail) figurant dans le cadre ci-dessous.

Ce questionnaire de suivi est saisi par un système de lecture automatisée. Seules les informations indiquées dans les cases prévues à cet effet seront prises en compte.

Toute annotation sur cette page ou les suivantes risque de ne pas nous parvenir.

Vous informer



Lisez le **journal**,



Abonnez-vous à la **newsletter**,



Consultez le **site Internet** de la cohorte :
<https://www.constances.fr>



Suivez les **réseaux sociaux**

Nous contacter



COHORTE CONSTANCES, UMS011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE, BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX



contact@constances.fr



N°Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT MÊME DEPUIS UN MOBILE
À PARTIR DE LA FRANCE MÉTROPOLITAINE

Le traitement de vos données est placé sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (<https://www.inserm.fr>) et répond à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont traitées conformément au Règlement général relatif à la protection des données « RGPD » (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, sous certaines conditions, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement ou en demander la limitation. Vous pouvez enfin définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès. Pour plus de détails : <https://www.constances.fr/>, « Espace volontaires », « Droits et protection des données ».

Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès du Pr Marie Zins, UMS 011 Inserm-UVSQ, Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex. En cas de difficulté pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données de l'Inserm par mail (dpo@inserm.fr) ou par voie postale (Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris). Au besoin, vous bénéficiez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

S2024

1.AQ_MODVIE_RefDoc

Inserm



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

01.AQ_MODVIE_DtRemp

Vous remplissez ce questionnaire :

☐₁ Seul(e) ☐₂ Avec l'ai

02.AQ_MODVIE_QuiRemp

Quel est votre sexe ?

☐₁ Masculin ☐₂ Féminin

03.AQ_MODVIE_Sex

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

04.AQ_MODVIE_DtNais

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

A B C D E F G H
Très bon ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

05.AQ_SANTE_EtatGeneral

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

A B C D E F G H

▪ Votre logement ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

06.AQ_SANTE_Logement

▪ Votre quartier ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

07.AQ_SANTE_Quartier

▪ Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

08.AQ_SANTE_RelProches

▪ Vos loisirs ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

09.AQ_SANTE_Loisirs

▪ La vie que vous menez actuellement ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10.AQ_SANTE_VieMenee

▪ Votre travail ?

Très satisfait(e) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11.AQ_SANTE_Travail

☐₁ Je ne travaille pas actuellement

12.AQ_SANTE_TravailPas

3. Si vous occupez actuellement un emploi :

A B C D E F G H

▪ Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ?

Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13.AQ_SANTE_FatigPhys

▪ Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ?

A B C D E F G H
Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14.AQ_SANTE_FatigNerf

II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ?

kg

15.AQ_SANTE_Poids

5. Êtes-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

16.AQ_HANDICAP_Limit

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

17.AQ_HANDICAP_LimitAcc

☐₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)

18.AQ_HANDICAP_LimAutre

☐₁ Autre(s) raison(s) de santé

6. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

☐₁ Oui ☐₂ Non

19.AQ_FEMME_Enceinte



8. Au cours des **12 derniers mois**, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un ou des médecins 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)

01.AQ_SANTE_PbGrossess

III. PEAU ET MALADIES CUTANÉES

! Certaines questions de ce chapitre ont déjà été posées dans le questionnaire de suivi 2018, mais la cohorte Constances ne comptait alors qu'une partie de ses participants. Ces données sont importantes pour les projets de recherche portant sur les maladies de peau, c'est pourquoi nous les reposons cette année.

9. Parmi les 6 profils ci-dessous, lequel vous correspond le mieux ?

- ☐ ₁ Ma peau est très claire, blanche, mes cheveux sont blonds ou roux, mes yeux sont bleus ou verts et des taches de rousseur apparaissent très rapidement en cas d'exposition
- ☐ ₂ Ma peau est très claire et peut devenir hâlée, mes cheveux sont blonds ou châtain clair, des taches de rousseur apparaissent au soleil. Ma peau brûle facilement et bronze à peine
- ☐ ₃ Ma peau est modérément claire, mes cheveux sont blonds ou châtain, et j'ai peu ou pas de taches de rousseur. Ma peau brûle modérément, bronze graduellement
- ☐ ₄ Ma peau est mate, mes cheveux sont châtain ou bruns, et je n'ai aucune tache de rousseur. Ma peau brûle à peine et bronze toujours bien
- ☐ ₅ Ma peau est brun foncé, naturellement pigmentée, mes cheveux et mes yeux sont noirs. Ma peau brûle rarement et bronze beaucoup
- ☐ ₆ Ma peau est noire, mes cheveux et mes yeux sont noirs et ma peau ne brûle pas

02.AQ_PEAU_Profil

10. Avez-vous déjà eu une **dermatite atopique** appelée également *eczéma atopique* (maladie cutanée chronique qui provoque des démangeaisons, évoluant par poussées et qui apparaît souvent dans l'enfance mais peut persister à l'âge adulte. Les plaques rouges qui grattent sont souvent situées au niveau des plis du coude, des genoux, du cou mais peuvent toucher tout le corps) ?

- ☐ ₁ Oui ☐ ₂ Non ☐ ₃ Je ne sais pas

03.AQ_PEAU_Atop

➔ Si non, passez directement à la question 11, page 06 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• À quel âge approximativement cette dermatite atopique a-t-elle commencé ?

- ☐ ₁ Avant l'âge de 2 ans
- ☐ ₂ Entre 2 et 12 ans
- ☐ ₃ Au cours de mon enfance (je ne me souviens pas à quel âge)
- ☐ ₄ À l'adolescence
- ☐ ₅ À l'âge adulte
- ☐ ₆ Je ne sais pas

04.AQ_PEAU_AtopAgeDeb



- Cette dermatite atopique a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

01.AQ_PEAU_AtopDiag

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐₃ Votre médecin traitant non dermatologue

☐₄ Un autre médecin

☐₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐₆ Je ne sais pas

02.AQ_PEAU_AtopDiagQui

- Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette dermatite atopique (*plusieurs réponses possibles*) :

☐₁ Votre médecin traitant non dermatologue

03.AQ_PEAU_AtopConsultTrait

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

04.AQ_PEAU_AtopConsultPrive

☐₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital

05.AQ_PEAU_AtopConsultHospit

☐₁ Non

06.AQ_PEAU_AtopConsultNon

☐₁ Je ne sais pas

07.AQ_PEAU_AtopConsultNSP

08.AQ_PEAU_AtopTraitAct

- Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette dermatite atopique ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

09.AQ_PEAU_AtopPresAct

- Actuellement, cette dermatite atopique est-elle toujours présente ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette dermatite atopique

10.AQ_PEAU_AtopJuge

as du tout sévère 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement sévère

- Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette dermatite atopique sur votre vie quotidienne ?

☐₁ Aucun

☐₂ Minime
ou léger

☐₃ Modéré

☐₄ Sévère
ou très sévère

☐₅ Je ne sais pas

11.AQ_PEAU_AtopConseq

- Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette dermatite atopique ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

☐₃ Je ne sais pas

12.AQ_PEAU_AtopStress



* Q S 0 2 4 0 6 *

11. Avez-vous déjà eu un **psoriasis** (maladie inflammatoire chronique de la peau qui se manifeste par des plaques rouges présentant des squames, souvent au niveau des coudes, des genoux et du cuir chevelu) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

01.AQ_PEAU_Psoria

➔ Si non, passez directement à la question 12, page 07 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

02.AQ_PEAU_PsoriaAnnee

03.AQ_PEAU_PsoriaAnneeNSP

• En quelle année approximativement ce psoriasis a-t-il commencé ?

A A A A

☐₁ Je ne sais pas

• Ce psoriasis a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

04.AQ_PEAU_PsoriaDiag

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐₃ Votre médecin traitant non dermatologue

☐₄ Un autre médecin

☐₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐₆ Je ne sais pas

05.AQ_PEAU_PsoriaDiagQui

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de ce psoriasis (plusieurs réponses possibles) :

☐₁ Votre médecin traitant non dermatologue

06.AQ_PEAU_PsoriaConsultTrait

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

07.AQ_PEAU_PsoriaConsultPrive

☐₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital

08.AQ_PEAU_PsoriaConsultHospit

☐₁ Non

09.AQ_PEAU_PsoriaConsultNon

☐₁ Je ne sais pas

10.AQ_PEAU_PsoriaConsultNSP

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour ce psoriasis ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

11.AQ_PEAU_PsoriaTraitAct

• Actuellement, ce psoriasis est-il toujours présent ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

12.AQ_PEAU_PsoriaPresAct

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de ce psoriasis

13.AQ_PEAU_PsoriaJuge

Pas du tout sévère 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent ce psoriasis sur votre vie quotidienne ?

☐₁ Aucun

☐₂ Minime
ou léger

☐₃ Modéré

☐₄ Sévère
ou très sévère

☐₅ Je ne sais pas

14.AQ_PEAU_PsoriaConseq

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de ce psoriasis ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

☐₃ Je ne sais pas

15.AQ_PEAU_PsoriaStress



12. Avez-vous déjà eu une **acné rosacée** (papules et pustules d'acné sur un fond de rougeur du visage) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

01.AQ_PEAU_Acne

➔ Si non, passez directement à la question 13, page 12; si oui, répondez aux questions suivantes :

➔ Si non, passez directement à la question suivante, page 08 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement cette acné rosacée a-t-elle commencé ? ☐₁ Je ne sais pas

02.AQ_PEAU_AcneAnnee

03.AQ_PEAU_AcneAnneeNSP

• Cette acné rosacée a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

04.AQ_PEAU_AcneDiag

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐₃ Votre médecin traitant non dermatologue

☐₄ Un autre médecin

☐₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐₆ Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette acné rosacée (plusieurs réponses possibles) :

☐₁ Votre médecin traitant non dermatologue

06.AQ_PEAU_AcneConsultTrait

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

07.AQ_PEAU_AcneConsultPrive

☐₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital

08.AQ_PEAU_AcneConsultHospit

☐₁ Non

09.AQ_PEAU_AcneConsultNon

☐₁ Je ne sais pas

10.AQ_PEAU_AcneConsultNSP

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette acné rosacée ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

11.AQ_PEAU_AcneTraitAct

• Actuellement, cette acné rosacée est-elle toujours présente ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

12.AQ_PEAU_AcnePresAct

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette acné rosacée

13.AQ_PEAU_AcneJuge

Pas du tout sévère 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette acné rosacée sur votre vie quotidienne ?

☐₁ Aucun

☐₂ Minime
ou léger

☐₃ Modéré

☐₄ Sévère
ou très sévère

☐₅ Je ne sais pas

14.AQ_PEAU_AcneConseq

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette acné rosacée ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

☐₃ Je ne sais pas

15.AQ_PEAU_AcneStress



» Avez-vous déjà eu un **vitiligo** ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

☐ ₃ Je ne sais pas

01.AQ_PEAU_Vitiligo

➔ Si non, passez directement à la question suivante, page 09 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement ce vitiligo a-t-il commencé ?

02.AQ_PEAU_VitiligoAn

03.AQ_PEAU_VitiligoNSP

☐ ₁ Je ne sais pas

• Ce vitiligo a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

☐ ₃ Je ne sais pas

04.AQ_PEAU_VitiliDiag

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

☐ ₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐ ₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐ ₃ Votre médecin traitant non dermatologue

☐ ₄ Un autre médecin

05.AQ_PEAU_VitiligoDiagQui

☐ ₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐ ₆ Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de ce vitiligo (plusieurs réponses possibles) :

☐ ₁ Votre médecin traitant non dermatologue

06.AQ_PEAU_VitiligoConsultTrait

☐ ₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

07.AQ_PEAU_VitiligoConsultPrive

☐ ₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital

08.AQ_PEAU_VitiligoConsultHospit

☐ ₁ Non

09.AQ_PEAU_VitiligoConsultNon

☐ ₁ Je ne sais pas

10.AQ_PEAU_VitiligoConsultNSP

• Parmi les traitements suivants du vitiligo, lesquels avez-vous déjà utilisés :

▪ Tacrolimus (Protopic® ou Takrozem®)

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

11.AQ_PEAU_VitiligoTacrol

▪ Corticoïdes locaux (crèmes à la cortisone)

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

12.AQ_PEAU_VitiligoCorticLoc

▪ Corticoïdes oraux (cortisone par voie orale)

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

13.AQ_PEAU_VitiligoCorticOra

▪ Photothérapie générale (UV pour tout le corps chez le dermatologue ou à l'hôpital en cabine)

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

14.AQ_PEAU_VitiligoPhotoGen

▪ Photothérapie à domicile (UV avec une lampe à la maison)

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

15.AQ_PEAU_VitiligoPhotoDom

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour ce vitiligo ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

16.AQ_PEAU_VitiligoTraitAct

• Actuellement, ce vitiligo est-il toujours présent ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

☐ ₃ Je ne

17.AQ_PEAU_VitiligoPresAct

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de ce vitiligo ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18.AQ_PEAU_VitiligoJuge du tout sévère ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent ce vitiligo sur votre vie quotidienne ?

19.AQ_PEAU_VitiligoConseq

☐ ₁ Aucun

☐ ₂ Minimale ou légère

☐ ₃ Modéré

☐ ₄ Sévère ou très sévère

☐ ₅ Je ne sais pas

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de ce vitiligo ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

☐ ₃ Je ne sais pas

20.AQ_PEAU_VitiligoStress



» Avez-vous déjà eu une **pelade** (perte de cheveux ou de poils en plaques au niveau du cuir chevelu, de la barbe ou du corps) ?

→ ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 01.AQ_PEAU_Pelad

→ Si non, passez directement à la question suivante, page 10 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

→ • En quelle année approximativement cette pelade a-t-elle commencé ? 02.AQ_PEAU_PeladAn 03.AQ_PEAU_PeladNSP
→ ☐₁ Je ne sais pas

• Cette pelade a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

→ ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 04.AQ_PEAU_PeladDiag

→ Si oui, ce professionnel était-il :

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐₃ Votre médecin traitant non dermatologue

→ ☐₄ Un autre médecin 05.AQ_PEAU_PeladDiagQui

☐₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐₆ Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette pelade (plusieurs réponses possibles) :

→ ☐₁ Votre médecin traitant non dermatologue 06.AQ_PEAU_PeladConsultTrait

→ ☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée 07.AQ_PEAU_PeladConsultPrive

→ ☐₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital 08.AQ_PEAU_PeladConsultHospit

→ ☐₁ Non 09.AQ_PEAU_PeladConsultNon

→ ☐₁ Je ne sais pas 10.AQ_PEAU_PeladConsultNSP

→ • Avez-vous été hospitalisé(e) pour cette pelade ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 11.AQ_PEAU_PeladHospit

→ • Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette pelade ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

→ • Actuellement, cette pelade est-elle toujours présente ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 12.AQ_PEAU_PeladTraitAct

→ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette pelade ?

→ 14.AQ_PEAU_PeladJuge ☐₁ Peu sévère ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉ ☐₁₀ Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette pelade sur votre vie quotidienne ?

→ ☐₁ Aucun ☐₂ Minimale ou légère ☐₃ Modérée ☐₄ Sévère ou très sévère ☐₅ Je ne sais pas 15.AQ_PEAU_PeladConseq

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette pelade ?

→ ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 16.AQ_PEAU_PeladStress



» Avez-vous déjà eu une **maladie de Verneuil** (ou hidradénite suppurée) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 01.AQ_PEAU_Verneuil

➔ Si non, passez directement à la question 13, page 12; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement cette maladie de Verneuil a-t-elle commencé ? 02.AQ_PEAU_VerneuilAn 03.AQ_PEAU_VerneuilNSP

• Cette maladie de Verneuil a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 04.AQ_PEAU_VerneDiag

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée

☐₂ Un(e) dermatologue à l'hôpital

☐₃ Votre médecin traitant non dermatologue

☐₄ Un autre médecin 05.AQ_PEAU_VerneuilDiagQui

☐₅ Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)

☐₆ Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette maladie de Verneuil (plusieurs réponses possibles) :

☐₁ Votre médecin traitant non dermatologue 06.AQ_PEAU_VerneuilConsultTrait

☐₁ Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée 07.AQ_PEAU_VerneuilConsultPrive

☐₁ Un(e) dermatologue à l'hôpital 08.AQ_PEAU_VerneuilConsultHospit

☐₁ Non 09.AQ_PEAU_VerneuilConsultNon

☐₁ Je ne sais pas 10.AQ_PEAU_VerneuilConsultNSP

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette maladie de Verneuil ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

• Actuellement, cette maladie de Verneuil est-elle toujours présente ? ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette maladie de Verneuil ?

13.AQ_PEAU_VerneuilJuge 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout sévère ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette maladie de Verneuil sur votre vie quotidienne ?

☐₁ Aucun ☐₂ Minime ou léger ☐₃ Modéré ☐₄ Sévère ou très sévère ☐₅ Je ne sais pas 14.AQ_PEAU_VerneuilConseq

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette maladie de Verneuil ?

☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne sais pas 15.AQ_PEAU_VerneuilStress



* Q S 0 2 4 1 1 *

» Avez-vous un lupus diagnostiqué par un médecin ?

☐ ₁

Oui

☐ ₂

Non

☐ ₃

Je ne sais pas

01.AQ_PEAU_Lupus

➡ Si oui, en quelle année approximativement ce diagnostic a-t-il été fait ?

A

A

A

A

☐ ₃

Je ne sais pas



02.AQ_PEAU_LupusAn

03.AQ_PEAU_LupusAnneeNSP

» Avez-vous une maladie de Sjögren diagnostiquée par un médecin ?

☐ ₁

Oui

☐ ₂

Non

☐ ₃

Je ne sais pas

04.AQ_PEAU_Sjogren

➡ Si oui, en quelle année approximativement ce diagnostic a-t-il été fait ?

A

A

A

A

☐ ₃

Je ne sais pas



05.AQ_PEAU_SjogrenAn

06.AQ_PEAU_SjogrenAnneeNSP



IV. VOTRE MORAL

13. Au cours **du dernier mois**, à quelle fréquence avez-vous senti que :

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	La plupart du temps	Tout le temps
→ Vous étiez heureux(se) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous étiez intéressé(e) par la vie ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous étiez satisfait(e) à l'égard de votre vie ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous avez quelque chose d'important à apporter à la société ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous appartenez à une collectivité (comme un groupe social, votre école, votre quartier, votre ville) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Notre société devient un meilleur endroit pour tout le monde ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Les gens sont fondamentalement bons ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Le fonctionnement de la société a du sens pour vous ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous aimez la plupart des facettes de votre personnalité ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous êtes bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous avez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous vivez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Vous êtes capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
→ Votre vie a un but ou une signification ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6



V. VOTRE SOMMEIL

! Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil **au cours du dernier mois seulement**. Vos réponses devraient refléter le mieux possible la plupart des journées et des nuits du dernier mois. Veuillez répondre à toutes les questions.

14. Au cours du dernier mois, à quelle heure êtes-vous allé(e) au lit **habituellement** le soir ?

01.AQ_SOMMEIL_HCoucher

01.AQ_SOMMEIL_HCoucherH

01.AQ_SOMMEIL_HCoucherM

Heure du coucher :

heures

minutes

minutes

15. Au cours du dernier mois, combien de temps (en minutes) avez-vous pris **habituellement** pour vous endormir chaque soir ?

Nombre de minutes :

minutes

minutes

02.AQ_SOMMEIL_HTempsEndor

16. Au cours du dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé(e) **habituellement** le matin ?

02.AQ_SOMMEIL_HLever

02.AQ_SOMMEIL_HLeverH

02.AQ_SOMMEIL_HLeverM

Heure du lever :

heures

minutes

minutes

17. Au cours du dernier mois, combien d'heures avez-vous vraiment dormi la nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passées au lit)

03.AQ_SOMMEIL_HTempsDort

03.AQ_SOMMEIL_HTempsDortH

03.AQ_SOMMEIL_HTempsDortM

Heures de sommeil par nuit :

heures

minutes

minutes

! Pour chacune des prochaines questions, veuillez cocher la réponse qui vous semble la plus exacte. Veuillez répondre à toutes les questions.

18. Au cours du dernier mois, combien de fois votre sommeil a-t-il été perturbé parce que :

	Pas une seule fois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
Vous ne pouviez pas vous endormir en 30 minutes	☐ 1	☐ 2	04.AQ_SOMMEIL_Per30mn	☐ 4
Vous vous réveilliez au cours de la nuit ou trop tôt le matin	☐ 1	☐ 2	05.AQ_SOMMEIL_PerReveil	☐ 4
Vous deviez vous lever pour aller aux toilettes	☐ 1	☐ 2	06.AQ_SOMMEIL_PerWC	☐ 4
Vous aviez du mal à respirer	☐ 1	☐ 2	07.AQ_SOMMEIL_PerResp	☐ 4
Vous toussiez ou ronfliez bruyamment.	☐ 1	☐ 2	08.AQ_SOMMEIL_PerBruy	☐ 4
Vous aviez trop froid	☐ 1	☐ 2	09.AQ_SOMMEIL_PerFroid	☐ 4
Vous aviez trop chaud	☐ 1	☐ 2	11.AQ_SOMMEIL_PerChaud	☐ 4
Vous faisiez de mauvais rêves	☐ 1	☐ 2	12.AQ_SOMMEIL_PerReve	☐ 4
Vous aviez des douleurs	☐ 1	☐ 2	13.AQ_SOMMEIL_PerMal	☐ 4
Autre(s) raison(s) ↘ Précisez :	☐ 1	☐ 2	14.AQ_SOMMEIL_PerAut	☐ 4
			15.AQ_SOMMEIL_PerAutPs	

19. Au cours du dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil dans l'ensemble ?

☐ 1 Très bonne

☐ 2 Plutôt bonne

☐ 3 Plutôt mauvaise

☐ 4 Très mauvaise

20. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pris des médicaments (avec prescription ou en vente libre) pour vous aider à dormir ?

☐ 1 Pas une seule fois

☐ 2 Moins d'1 fois par semaine

☐ 3 1 ou 2 fois par semaine

☐ 4 3 fois ou plus par semaine

17.AQ_SOMMEIL_MedocDormir





VI. VIE SEXUELLE

25. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ☐₁ Oui ☐₂ Non ☐₃ Je ne souhaite pas répondre

01.AQ_VIESEX_RapSex

→ Si non, passez directement à la question 30, page 16

26. Au cours des **12 derniers mois**, avec combien de partenaires différent(e)s avez-vous eu des rapports sexuels ?

02.AQ_VIESEX_PartNb12mois

partenaire(s)

- ☐₁ Je ne souhaite pas répondre

03.AQ_VIESEX_PartNbNspr12mois

→ Était-ce : ☐₁ Uniquement des hommes

☐₂ Uniquement des femmes

☐₃ Des hommes et des femmes

☐₄ Je ne souhaite pas répondre

04.AQ_VIESEX_PartQui12mois

27. Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports (ou immédiatement après ceux-ci) ?

☐₁ Jamais ou exceptionnellement

☐₂ Parfois

☐₃ Souvent

05.AQ_VIESEX_RapSexDoul

☐₄ Toujours

☐₅ Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez des douleurs au cours des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

☐₁ Les douleurs ne gênent pas les rapports

☐₂ Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci

06.AQ_VIESEX_RapSexDoulRet

☐₃ Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport

☐₄ Les rapports sont impossibles à cause de la douleur

☐₅ Je ne souhaite pas répondre

28. **Actuellement**, votre vie sexuelle vous paraît-elle :

☐₁ Pas du tout satisfaisante

☐₂ Pas très satisfaisante

07.AQ_VIESEX_VieSexSatisf

☐₃ Satisfaisante

☐₄ Très satisfaisante

☐₅ Je ne souhaite pas répondre

29. **Actuellement**, votre vie de couple vous paraît-elle :

☐₁ Pas du tout satisfaisante

☐₂ Pas très satisfaisante

☐₃ Satisfaisante

08.AQ_VIESEX_VieCoupleSatisf

☐₄ Très satisfaisante

☐₅ Je ne souhaite pas répondre

☐₆ Non concerné(e)



VII. SANTÉ RESPIRATOIRE

30. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 01.AQ_CAPRESP_Siffle

➔ Si oui :

- Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 02.AQ_CAPRESP_SiffleEssouf

- Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 03.AQ_CAPRESP_SiffleEnrhum

31. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 04.AQ_CAPRESP_ReveilGenResp

32. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 05.AQ_CAPRESP_EssoufRepos

33. Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 06.AQ_CAPRESP_EssoufEff

34. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 07.AQ_CAPRESP_ReveilEssouf

35. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 08.AQ_CAPRESP_ReveilToux

36. Toussez-vous habituellement en vous levant, **en hiver** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 09.AQ_CAPRESP_TouxLeve

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 10.AQ_CAPRESP_TouxLeve3mois

37. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit, **en hiver** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 11.AQ_CAPRESP_TouxHab

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 12.AQ_CAPRESP_TouxHab3mois

38. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, **en hiver** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 13.AQ_CAPRESP_CrachLev

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 14.AQ_CAPRESP_CrachLev3mois

39. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, **en hiver** ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 15.AQ_CAPRESP_CrachHab

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐₁ Oui ☐₂ Non 16.AQ_CAPRESP_CrachHab3mois



* Q S 0 2 4 1 7 *

40. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

01.AQ_CAPRESP_EssoufMarVit

➔ Si oui, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

02.AQ_CAPRESP_EssoufMarVitAge

➔ Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

03.AQ_CAPRESP_EssoufMarVitArr

41. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

04.AQ_CAPRESP_Etouf

42. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

05.AQ_CAPRESP_Asthme

➔ Si oui :

06.AQ_CAPRESP_AsthConfMed

Cela a-t-il été confirmé par un médecin ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

• À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

☐₁ Avant 4 ans

☐₂ Entre 4 et 11 ans

☐₃ Entre 12 et 16 ans

07.AQ_CAPRESP_AsthPremAge

☐₄ Après 16 ans, à quel âge environ ?

A A

ans

08.AQ_CAPRESP_AsthPremAgeQuel

09.AQ_CAPRESP_Asth12m

• Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

10.AQ_CAPRESP_AsthMedoc

• Prenez-vous actuellement des médicaments contre l'asthme ?
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés, etc.)

☐₁ Oui

☐₂ Non

➔ Si oui aux questions 41 ou 42 :

! Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines** à cause de votre **asthme** :

• Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail, à l'école/université ou chez vous ?

11.AQ_CAPRESP_Asth4sGene

☐₁ Tout le temps

☐₂ La plupart du temps

☐₃ Quelquefois

☐₄ Rarement

☐₅ Jamais

• Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ?

12.AQ_CAPRESP_Asth4sEssouf

☐₁ Plus d'1 fois par jour

☐₂ 1 fois par jour

☐₃ 3 à 6 fois par semaine

☐₄ 1 ou 2 fois par semaine

☐₅ Jamais

• Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

☐₁ 4 nuits ou plus par semaine

☐₂ 2 à 3 nuits par semaine

☐₃ 1 nuit par semaine

☐₄ 1 ou 2 fois en tout

☐₅ Jamais

13.AQ_CAPRESP_Asth4sReveil

• Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple Salbutamol, Terbutaline) ?

14.AQ_CAPRESP_Asth4sInhal

☐₁ 3 fois par jour ou plus

☐₂ 1 ou 2 fois par jour

☐₃ 2 ou 3 fois par semaine

☐₄ 1 fois par semaine

☐₅ Jamais



• Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ?

01.AQ_CAPRESP_Asth4sEval

- ☐₁ Pas contrôlé du tout ☐₂ Très peu contrôlé ☐₃ Un peu contrôlé ☐₄ Bien contrôlé ☐₅ Totalelement contrôlé

43. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| ☐ Bronchite chronique | ☐ ₁ Oui | ☐ ₂ Non | 02.AQ_CAPRESP_Bronchite |
| ☐ Emphysème | ☐ ₁ Oui | ☐ ₂ Non | 03.AQ_CAPRESP_Emphyseme |
| ☐ BPCO (forme non spécifiée) | ☐ ₁ Oui | ☐ ₂ Non | 04.AQ_CAPRESP_BPCO |

➔ Si oui aux questions 36, 37, 38, 39 ou 43 :

! Pour les questions suivantes, veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des **7 derniers jours**.

» En moyenne, au cours des **7 derniers jours**, vous êtes-vous senti(e) :

	Jamais	Presque jamais	Quelques fois	Assez souvent	Souvent	Très souvent	Presque tout le temps
Essoufflé(e) au repos ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Essoufflé(e) en faisant des efforts physiques ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Inquiét(e) à l'idée d'attraper un rhume ou d'avoir plus de mal à respirer ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Déprimé(e), démoralisé(e) à cause de vos problèmes respiratoires ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇

» En général, au cours des **7 derniers jours** :

	Jamais	Presque jamais	Quelques fois	Assez souvent	Souvent	Très souvent	Presque tout le temps
Avez-vous toussé ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Avez-vous eu des glaires ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇

» En moyenne, au cours des **7 derniers jours**, avez-vous été limité(e) dans les activités suivantes à cause de vos problèmes respiratoires ?

	Pas du tout limité(e)	Très peu limité(e)	Un peu limité(e)	Moyennement limité(e)	Très limité(e)	Extrêmement limité(e)	Complètement limité(e) ou incapable de les faire
Efforts physiques intenses (monter l'escalier, se dépêcher, faire du sport, etc.) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Efforts physiques modérés (marcher, s'occuper de la maison, porter des affaires, etc.) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Activités quotidiennes à la maison (s'habiller, se laver, etc.) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
Activités avec les autres (discuter, être avec les enfants, rendre visite à des amis ou de la famille, etc.) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇

15.AQ_CAPRESP_AllergNasal

44. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

- ☐₁ Oui ☐₂ Non



→ Si oui à la question 44 :

- Avez-vous eu ces allergies nasales au cours des 12 derniers mois ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

01.AQ_CAPRESP_AllergNasal12m

45. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

02.AQ_CAPRESP_PbNez

→ Si oui à la question 45 :

- Avez-vous eu ces problèmes de nez dans les **12 derniers mois** ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

03.AQ_CAPRESP_PbNez12m

→ Si oui, les questions suivantes portent sur les problèmes de nez que vous avez eus au cours des **12 derniers mois** :

- Au cours de quel mois avez-vous eu ces problèmes de nez ? (plusieurs réponses possibles)

04-15.AQ_CAPRESP_PbNezM01-12

☐₁ Janv.

☐₁ Fév.

☐₁ Mars

☐₁ Avr.

☐₁ Mai

☐₁ Juin

☐₁ Juil.

☐₁ Août

☐₁ Sept.

☐₁ Oct.

☐₁ Nov.

☐₁ Déc.

- Quel(s) facteur(s) a(ont) déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ? (plusieurs réponses possibles)

16.AQ_CAPRESP_PbNezFacar

☐₁ Acariens ou poussières de maison

☐₁ Tabac

20.AQ_CAPRESP_PbNezFtabac

17.AQ_CAPRESP_PbNezFanim

☐₁ Animaux

☐₁ Pollens

21.AQ_CAPRESP_PbNezFpollen

18.AQ_CAPRESP_PbNezFpollu

☐₁ Pollution atmosphérique

☐₁ Air froid

22.AQ_CAPRESP_PbNezFairf

19.AQ_CAPRESP_PbNezFtemps

☐₁ Changement de temps

☐₁ Autres

23.AQ_CAPRESP_PbNezFautre

☐₁ Je ne sais pas

24.AQ_CAPRESP_PbNezFNSP

- Avez-vous eu ces problèmes de nez **plus de 4 jours dans la même semaine** ?

25.AQ_CAPRESP_PbNezPlus4j

☐₁ Oui

☐₂ Non

- Si oui, ces problèmes ont-ils duré **plus de 4 semaines de suite** ?

26.AQ_CAPRESP_PbNezPlus4jD4s

☐₁ Oui

☐₂ Non

- Pour **chacun des problèmes** suivants, indiquez si vous l'avez eu au cours des **12 derniers mois** et s'il a été gênant. Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'un d'eux, indiquez-le dans la 1ère colonne du tableau.

		Je n'ai pas eu ce problème	J'ai eu ce problème mais		
			il ne m'a pas gêné(e)	il m'a gêné(e) sans affecter mes activités quotidiennes ni mon sommeil	il m'a gêné(e) et a affecté mes activités quotidiennes ou mon sommeil
27.AQ_CAPRESP_PbNezGcoule	Le nez qui coule comme de l'eau	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
28.AQ_CAPRESP_PbNezGbouch	Le nez bouché (impression d'être incapable de respirer par le nez)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
29.AQ_CAPRESP_PbNezGdemang	Le nez qui démange	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
30.AQ_CAPRESP_PbNezGetern	Des éternuements particulièrement violents et par crises	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
31.AQ_CAPRESP_PbNezGyeux	Les yeux qui pleurent, rouges, qui piquent	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄



- Avez-vous utilisé des sprays de corticoïdes par **voie nasale**⁽¹⁾ pour soigner ces problèmes de nez ? (Nasacort, Nasonex, Avamys, Rhinocort, Beconase, Béclométasone...)

01.AQ_CAPRESP_PbNezTnasal

☐₁ Oui

☐₂ Non

- Avez-vous utilisé des traitement antihistaminiques/anti-allergiques par **voie orale**⁽²⁾ pour soigner ces problèmes de nez ? (Aerius, Xyzall, Clarityne, Kestin, Virlix, Zyrtec, Cétirizine, Loratadine, Desloratadine...)

02.AQ_CAPRESP_PbNezToral

☐₁ Oui

☐₂ Non

➔ Si oui à la question 45 :

- À quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ?

☐₁ Avant 4 ans

☐₂ Entre 4 et 11 ans

☐₃ Entre 12 et 16 ans

☐₄ Après 16 ans, à quel âge environ ?

A A

ans

04.AQ_CAPRESP_PbNezAgeQuel

➔ 03.AQ_CAPRESP_PbNezAge

➔ POUR TOUS :

» Au cours de **votre vie**, avez-vous déjà eu :

▪ une sinusite

☐₁ Oui

☐₂ Non

05.AQ_CAPRESP_Sinusite

▪ Une conjonctivite allergique

☐₁ Oui

☐₂ Non

06.AQ_CAPRESP_Conjonct

▪ de l'eczéma

☐₁ Oui

☐₂ Non

07.AQ_CAPRESP_Eczema

» Avez-vous déjà eu un test cutané aux allergènes ou une prise de sang (Phadiatop ®, dosage des IgE) pour diagnostiquer une allergie ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

☐₃ Je ne sais pas

08.AQ_CAPRESP_TestPeau

➔ Si oui, avez-vous été diagnostiqué comme ayant des allergies (résultats positifs à l'un de ces tests) ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

09.AQ_CAPRESP_TestPeauDiag

➔ Si oui, à quoi avez-vous été diagnostiqué comme allergique ?

☐₁ Animaux

10.AQ_CAPRESP_TestPeauBete

☐₁ Pollens

11.AQ_CAPRESP_TestPeauPolen

☐₁ Acariens

12.AQ_CAPRESP_TestPeauAcar

☐₁ Aliment(s)

13.AQ_CAPRESP_TestPeauAlim

☐₁ Moisissures

14.AQ_CAPRESP_TestPeauMoisi

☐₁ Autre(s)

15.AQ_CAPRESP_TestPeauAut

☐₁ Je ne sais pas

16.AQ_CAPRESP_TestPeauNsp

(1) Par le nez
(2) Par la bouche



VIII. BOISSONS ALCOOLISÉES

! Les questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées en nombre de verres dits « standard ». Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

Un verre standard de boisson alcoolisée

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 standard contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)
Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort sont équivalentes à deux verres standard.

46. Pouvez-vous décrire, en nombre de verres standard, votre consommation de boissons alcoolisées au cours de **la dernière semaine** ? (Si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1ère 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 jours)	1.AQ_COMPORT_AlcJAucune	2.<>_AlcLJBierNbV	3.<>_AlcLJVinNbV	4.<>_AlcLJFortNbV	5.<>_AlcLJApeNbV	6.<>_AlcLJPremNbV	7.<>_AlcLJCockNbV
Vendredi	8.AQ_COMPORT_AlcVAucune	B2	C2	D2	E2	F2	G2
Samedi	15.AQ_COMPORT_AlcSAucune	B3	C3	D3	E3	F3	G3
Dimanche	22.AQ_COMPORT_AlcDAucune	B4	C4	D4	E4	F4	G4

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

47. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé d'être ivre ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
29.AQ_COMPORT_AlcDejSoul12m

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

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

30.AQ_COMPORT_AlcDense

B2=9..AQ_COMPORT_AlcVBierNbV
C2=10..AQ_COMPORT_AlcVVinNbV
D2=11.AQ_COMPORT_AlcVFortNbV
E2=12.AQ_COMPORT_AlcVApeNbV
F2=13.AQ_COMPORT_AlcVPremNbV
G2=14.AQ_COMPORT_AlcVCockNbV

B3=16.AQ_COMPORT_AlcSBierNbV
C3=17.AQ_COMPORT_AlcSVinNbV
D3=18.AQ_COMPORT_AlcSFortNbV
E3=19.AQ_COMPORT_AlcSApeNbV
F3=20.AQ_COMPORT_AlcSPremNbV
G3=21.AQ_COMPORT_AlcSCockNbV

B4=23.AQ_COMPORT_AlcDBierNbV
C4=24.AQ_COMPORT_AlcDVinNbV
D4=25.AQ_COMPORT_AlcDFortNbV
E4=26.AQ_COMPORT_AlcDApeNbV
F4=27.AQ_COMPORT_AlcDPremNbV
G4=28.AQ_COMPORT_AlcDCockNbV



IX. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

☐ ₁ Oui, au moins une fois par jour

☐ ₂ Non ou occasionnellement

01.AQ_COMPORT_TcActFume

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

02.AQ_COMPORT_TcCigtJNb De cigarettes :

De cigarillos :

03.AQ_COMPORT_TcCigtJNb

04.AQ_COMPORT_TcPipeJNb De pipes :

De cigares :

05.AQ_COMPORT_TcCigrJNb

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

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

06.AQ_COMPORT_CigElect

➔ Si oui :

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

07.AQ_COMPORT_CigEICi ☐ ₁ De cigarette(s) (si jetables) :

cigarette(s)

08.AQ_COMPORT_CigEINbCi

09.AQ_COMPORT_CigEIMI ☐ ₁ De ml (si rechargeables) :

ml

10.AQ_COMPORT_CigEINbMI

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

11.AQ_COMPORT_CigEIDose ☐ ₁ 0 (sans nicotine)

☐ ₂ Moins de 6

☐ ₃ 6 à 12

☐ ₄ 13 ou plus

☐ ₅ Je ne sais pas

12.AQ_COMPORT_CBD Utilisez-vous des e-liquides CBD (cannabidiol) ?

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

➔ Si oui, à quelle concentration ?

☐ ₁ Inférieure à 300 mg/ml

☐ ₂ Supérieure ou égale à 300 mg/ml

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

☐ ₁ Oui

☐ ₂ Non

14.AQ_COMPORT_CaCo12mois

➔ Si oui, à quelle fréquence en avez-vous consommé ?

15.AQ_COMPORT_CaCoNb ☐ ₁ Moins d'1 fois par mois

☐ ₂ 1 à 2 fois par mois

☐ ₃ Au moins 1 fois par semaine

☐ ₄ Tous les jours ou presque

X. SITUATION MATÉRIELLE ET VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

16.AQ_FOYVIE_SitForm

Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.

17.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)

18.AQ_FOYVIE_SitDem

Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

19.AQ_FOYVIE_SitRetr

Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

20.AQ_FOYVIE_SitSant

Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)

➤ Précisez le motif:

21.AQ_FOYVIE_SitSantPs

22.AQ_FOYVIE_SitFoy

Sans activité professionnelle

23.AQ_FOYVIE_SitAut

Autre(s), précisez:

24.AQ_FOYVIE_SitAutPs



* Q S 0 2 4 2 3 *

53. 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)

54. 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)

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

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

56. 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 ☐ ₅ Non concerné(e)

57. 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 Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.

☐ 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, etc.)

☐ ₁ Sans activité professionnelle

☐ ₁ Autre(s), précisez :

☐ ₁ 13.AQ_FOYVIE_ConjSitAutPs

XI. ÉVÉNEMENTS DE VIE

58. Parmi les événements suivants, lesquels vous sont arrivés **personnellement**, au cours des **12 derniers mois** ? (plusieurs réponses possibles)

☐ ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)

☐ ₁ Mariage, PACS

☐ ₁ Divorce, séparation

☐ ₁ Période(s) d'hébergement pré

☐ ₁ Décès de votre conjoint

☐ ₁ Décès d'un enfant

☐ ₁ Décès qui vous a gravé celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant

☐ ₁ Tentative(s) de suicide

☐ ₁ Violences subies dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.)

☐ ₁ Aucun des événements ci-dessus

☐ ₁ Autre(s), précisez :

☐ ₁ 24.AQ_FOYVIE_EveAutre

☐ ₁ 25.AQ_FOYVIE_EveAutrePs

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION