

Numéro Constances

0.AQ\_MODVIE\_Id

# Questionnaire de suivi annuel 2013

 **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°2014X701AU 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 2014.

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 <sub>1</sub> Féminin <sub>2</sub>

- 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 / MM / 20 AA  
jour mois année

Si la date est le 5 janvier 2013, remplissez: 05 / 01 / 2013

**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 :

<sub>1</sub> Seul(e) <sub>2</sub> Avec l'aide d'un proche 2.AQ\_MODVIE\_QUIRemp

Quel est votre sexe ?

<sub>1</sub> Masculin <sub>2</sub> Féminin 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 ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e)  
<sub>2</sub> Oui, limité(e) 6.AQ\_HANDICAP\_Limit  
<sub>3</sub> Oui, légèrement limité(e)  
<sub>4</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Accident 7.AQ\_HANDICAP\_LimitAcc (domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute, etc.)  
<sub>1</sub> Autre(s) 8.AQ\_HANDICAP\_LimAutre

3. Quel est votre poids ?    kg 9.AQ\_SANTE\_Poids

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

- • Douleur(s) thoracique(s) 10.AQ\_SANTE\_Sf12Thorac <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 → 11.AQ\_SANTE\_Sf12ThoQd Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- • Essoufflement 12.AQ\_SANTE\_Sf12Essouf <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 → 13.AQ\_SANTE\_Sf12EssQd Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- • Perte(s) de conscience 14.AQ\_SANTE\_Sf12Perte <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 → 15.AQ\_SANTE\_Sf12PerQd Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- • Vertiges : 16.AQ\_SANTE\_Sf12Vertig <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 → 17.AQ\_SANTE\_Sf12VerQd Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos

5. 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 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

**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 :

<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">2._KAcolon</span> <input type="checkbox"/> 1 Côlon-rectum	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">3._KApoumon</span> <input type="checkbox"/> 1 Poumon	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">4._KAprostat</span> <input type="checkbox"/> 1 Prostate	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">5._KAssein</span> <input type="checkbox"/> 1 Sein
<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">6._KAcol</span> <input type="checkbox"/> 1 Col de l'utérus	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">7._KAuterus</span> <input type="checkbox"/> 1 Uterus (endomètre)		<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">8._KAos</span> <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
<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">9._KAmelan</span> <input type="checkbox"/> 1 Thyroïde	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">10._KA vessie</span> <input type="checkbox"/> 1 Estomac	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">11._KAtestic</span> <input type="checkbox"/> 1 Pancreas	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">12._KArein</span> <input type="checkbox"/> 1 Foie
<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">13._KAthyro</span> <input type="checkbox"/> 1 Cerveau	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">14._KAestom</span> <input type="checkbox"/> 1 Leucémie	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">15._KApance</span> <input type="checkbox"/> 1 Lymphome	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">16._KAfoie</span> <input type="checkbox"/> 1 Autre
<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">17._KAcerve</span>	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">18._KAlucem</span>	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">19._KAlympho</span>	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">20._KAautre</span>

**Autres**

- Apnées du sommeil .....  43
- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique .....  44
- Sinusite chronique, conjonctivite, urticaire, eczéma, oedème de Quincke, etc.....  45
- Psoriasis.....  46

**Autres (indiquez une seule pathologie par ligne)**

47	<span style="border: 1px solid purple; padding: 2px;">21.AQ_PATH_PatPrec</span>	
48		
49		

6. *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 ?*

- <sub>1</sub> Oui, vous
- <sub>2</sub> Oui, votre partenaire
- <sub>3</sub> Oui, tous les deux 1.AQ\_SANTE\_PbGrossess
- <sub>4</sub> Non, ni vous ni votre partenaire
- <sub>5</sub> Non concerné(e)

7. *Au cours du dernier mois, combien de fois en moyenne êtes-vous allé(e) à la selle ?*

- <sub>1</sub> Plus d'1 fois par jour
- <sub>2</sub> 1 fois par jour
- <sub>3</sub> Tous les 2 jours 2.AQ\_SANTE\_SelleFois
- <sub>4</sub> Tous les 3 à 4 jours
- <sub>5</sub> Tous les 5 à 6 jours
- <sub>6</sub> 1 fois dans la semaine ou moins

8. *Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des laxatifs ?*

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non 3.AQ\_SANTE\_Laxatif

→ Si oui, combien de fois en moyenne ?

- <sub>1</sub> Tous les jours ou presque 4.AQ\_SANTE\_LaxaFois
- <sub>2</sub> Assez souvent, 3 à 5 fois par semaine
- <sub>3</sub> Occasionnellement, 1 à 2 fois dans le mois

## II. SOMMEIL

9. *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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5.AQ_SOMMEIL_MoisDiffEnd</span>			<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6.AQ_SOMMEIL_MoisRevNuit</span>			<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7.AQ_SOMMEIL_MoisRevTot</span>			<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8.AQ_SOMMEIL_MoisRevFat</span>			<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

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

- <sub>1</sub> moins de 5 heures
- <sub>2</sub> 5 heures
- <sub>3</sub> 5 heures 30
- <sub>4</sub> 6 heures 9.AQ\_SOMMEIL\_SemDurTranc heures
- <sub>5</sub> 6 heures 30
- <sub>6</sub> 7 heures
- <sub>7</sub> 7 heures 30
- <sub>8</sub> 8 heures
- <sub>9</sub> 8 heures 30
- <sub>10</sub> 9 heures
- <sub>11</sub> 9 heures 30
- <sub>12</sub> 10 heures et plus

### III. ALIMENTATION, TABAC, ALCOOL, CANNABIS

#### 11. Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non     

##### → Si oui :

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non     

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

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

<sub>1</sub>  Pour un problème de surpoids ou d'obésité

<sub>1</sub>  Pour ne pas prendre de poids, rester en forme ou raison esthétique

<sub>1</sub>  Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse, etc.)

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

<sub>1</sub> Oui (au moins un )      <sub>2</sub> Non ou occasionnellement

##### → Si oui :

- combien fumez-vous par jour en moyenne :

De cigarettes :        De cigarillos :       

De pipes :        De cigares :       

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non     

##### → Si oui :

- Depuis combien d'années ?

<sub>1</sub> Moins d'1 an      <sub>2</sub> 1 an ou plus     

- Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

<sub>1</sub> De cigarette(s) (si jetables) :   cigar

<sub>1</sub> De ml (si rechargeables) :   ml

- Quel dosage en nicotine (mg/ml) :

<sub>1</sub> 0-5

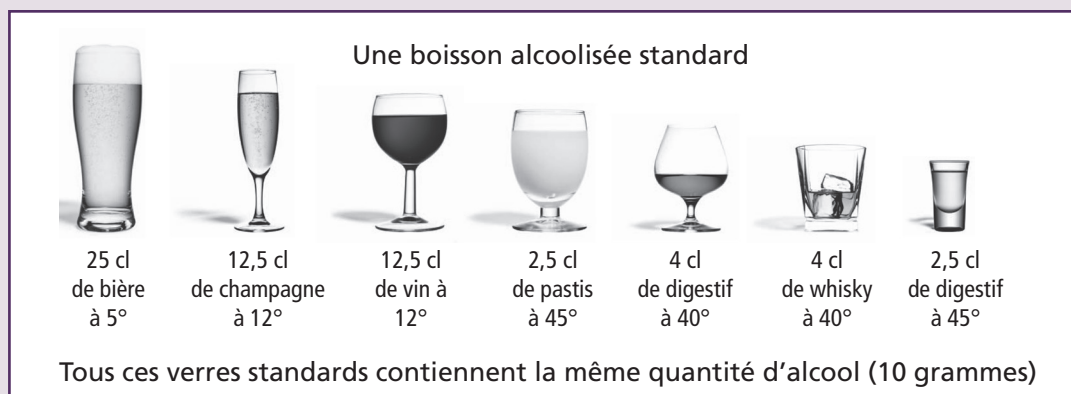
<sub>2</sub> 6-10

<sub>3</sub> 11-15

<sub>4</sub> 16-18

<sub>5</sub> 19 et plus

**i** La question 14 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.**



**i** Une «chope» de bière (de 50 cl) ou une double «dose» d'alcool fort équivalent à deux boissons standard.

14. 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
		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_AlcLJAucune	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_AlcLJBierNbV	B2.AQ_COMPORTE_AlcVBierNbV	B3.AQ_COMPORTE_AlcSBierNbV	B4.AQ_COMPORTE_AlcDBierNbV		
		C1.AQ_COMPORTE_AlcLJVinNbV	C2.AQ_COMPORTE_AlcVVinNbV	C3.AQ_COMPORTE_AlcSVinNbV	C4.AQ_COMPORTE_AlcDVinNbV		
		D1.AQ_COMPORTE_AlcLJFortNbV	D2.AQ_COMPORTE_AlcVFortNbV	D3.AQ_COMPORTE_AlcSFortNbV	D4.AQ_COMPORTE_AlcDFortNbV		
		E1.AQ_COMPORTE_AlcLJApeNbV	E2.AQ_COMPORTE_AlcVApeNbV	E3.AQ_COMPORTE_AlcSApeNbV	E4.AQ_COMPORTE_AlcDApeNbV		
		F1.AQ_COMPORTE_AlcLJPremNbV	F2.AQ_COMPORTE_AlcVPremNbV	F3.AQ_COMPORTE_AlcSPremNbV	F4.AQ_COMPORTE_AlcDPremNbV		
		G1.AQ_COMPORTE_AlcLJCockNbV	G2.AQ_COMPORTE_AlcVCockNbV	G3.AQ_COMPORTE_AlcSCockNbV	G4.AQ_COMPORTE_AlcDCockNbV		

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

1 Oui  2 Non 1.AQ\_COMPORTE\_AlcDejSoul12m 2.AQ\_COMPORTE\_CaCo12mois

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

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

## IV. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- <sub>1</sub> Etudiant(e),  prénti(e), etc.
- <sub>1</sub> Occupe un e  êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- ↳ Précisez votre métier :
- <sub>1</sub> Demandeur  e d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou
- <sub>1</sub> Ne travaille p  (invalidité, maladie chronique, etc.)
- ↳ Précisez le motif :
- <sub>1</sub> Sans activité
- <sub>1</sub> Autre,

**i** Si vous ne vivez pas en couple passez directement à la question 19.

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

- <sub>1</sub> Etudiant(e),  renti(e), etc.
- <sub>1</sub> Occupe un e  le est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- <sub>1</sub> Demandeur  e d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou
- <sub>1</sub> Ne travaille p  (invalidité, maladie chronique, etc.)
- <sub>1</sub> Sans activité
- <sub>1</sub> Autre,

## V. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Arrivée d'enfant <input type="text" value="19.AQ_FOYVIE_EveEnf"/> ance, adoption, enfant de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Période d'hébergement <input type="text" value="24.AQ_FOYVIE_EveHeb"/>  |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Mariage, PACS <input type="text" value="20.AQ_FOYVIE_EveMar"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tentative de suicide <input type="text" value="25.AQ_FOYVIE_EveSuicid"/>  |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Divorce, séparation <input type="text" value="21.AQ_FOYVIE_EveSep"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Violences subies dan <input type="text" value="26.AQ_FOYVIE_EveViol"/> l ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès de votre co <input type="text" value="22.AQ_FOYVIE_EveDcConj"/>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès qui vous a gra <input type="text" value="27.AQ_FOYVIE_EveDcAutre"/> e celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant   |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès d'un enfant <input type="text" value="23.AQ_FOYVIE_DcEnf"/>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Autre(s) <input type="text" value="28.AQ_FOYVIE_EveAutre"/>   |



## VI. SITUATION MATÉRIELLE

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Non concerné(e)

22. 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.) ?

- <sub>1</sub> Non      <sub>2</sub> Oui, occasionnellement      <sub>3</sub> Oui, régulièr

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

- <sub>1</sub> Meilleure  
<sub>2</sub> Identique   
<sub>3</sub> Moins bonne  
<sub>4</sub> Non concerné(e)

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

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

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

- <sub>1</sub> Meilleure  
<sub>2</sub> Identique   
<sub>3</sub> Moins bonne

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

- <sub>1</sub> Très confiant(e)  
<sub>2</sub> Assez confiant(e)   
<sub>3</sub> Pas très confiant(e)  
<sub>4</sub> Pas confiant(e) du tout

## VII. DIVERS

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

- <sub>1</sub> La participation au  e médicale, le volontariat à un projet d'intérêt collectif
- <sub>1</sub> L'examen de santé
- <sub>1</sub> Les thèmes abordés
- <sub>1</sub> Une préoccupation  u familiale
- <sub>1</sub> Autre(s)

**i** 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.

**i** Si vous êtes une **femme de plus de 30 ans**, passez directement à la question 32.

## VIII. POUR LES 30 ANS ET MOINS

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

- <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui, certainement
- <sub>2</sub> Oui, probablement
- <sub>3</sub> Non, probablement pas
- <sub>4</sub> Non, certainement pas

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

- <sub>1</sub> Oui, certainement
- <sub>2</sub> Oui, probablement
- <sub>3</sub> Non, probablement pas
- <sub>4</sub> Non, certainement pas

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

- <sub>1</sub> Oui, certainement
- <sub>2</sub> Oui, probablement
- <sub>3</sub> Non, probablement pas
- <sub>4</sub> Non, certainement pas

## IX. POUR LES FEMMES

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> <sub>4</sub> Je suis ménopausée

↳ Si oui :

- Précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub> <sub>8</sub> <sub>9</sub> <sub>10</sub> <sub>11</sub> <sub>12</sub> <sub>13</sub> <sub>14</sub> <sub>15</sub> <sub>16</sub> <sub>17</sub> <sub>18</sub> <sub>19</sub> <sub>20</sub>

2.AQ\_FEMME\_CPilule <sub>1</sub> La pilule, précisez laquelle :

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub> <sub>8</sub> <sub>9</sub> <sub>10</sub> <sub>11</sub> <sub>12</sub> <sub>13</sub> <sub>14</sub> <sub>15</sub> <sub>16</sub> <sub>17</sub> <sub>18</sub> <sub>19</sub> <sub>20</sub>

4.AQ\_FEMME\_CSterilet

<sub>1</sub> Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez :

<sub>1</sub> Au cuivre

<sub>2</sub> Hormonal

<sub>3</sub> Ne sait pas

6.AQ\_FEMME\_CHom

<sub>1</sub> Le préservatif masculin (capote)

7.AQ\_FEMME\_AutMeth

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

- Est-ce : (plusieurs réponses possibles)

8.AQ\_FEMME\_EvitGross

<sub>1</sub> Pour éviter une grossesse

9.AQ\_FEMME\_EvitInfec

<sub>1</sub> Pour vous protéger ou protéger votre partenaire des infections sexuellement transmissibles

10.AQ\_FEMME\_EvitAut

<sub>1</sub> Autre(s) raison(s) médicale(s) (ex. acné, problème hormonal, etc.)

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne sait pas <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub> <sub>8</sub> <sub>9</sub> <sub>10</sub> <sub>11</sub> <sub>12</sub> <sub>13</sub> <sub>14</sub> <sub>15</sub> <sub>16</sub> <sub>17</sub> <sub>18</sub> <sub>19</sub> <sub>20</sub>

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

12.AQ\_FEMME\_MenoTraitHormo

<sub>1</sub> Un traitement hormonal, par voie orale (comprimés) ou cutanée (patch, gel)

13.AQ\_FEMME\_MenoTraitPlante

<sub>1</sub> Un traitement à base de plantes

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

14.AQ\_FEMME\_MenoTraitPhyto

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

<sub>3</sub> Ne sait pas

15.AQ\_FEMME\_MenoTraitHomAc

<sub>1</sub> Un traitement par homéopathie ou acupuncture

16.AQ\_FEMME\_MenoTraitAutre

<sub>1</sub> Autre(s)

17.AQ\_FEMME\_MenoTraitNSP

<sub>1</sub> Ne sait pas

**i** 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



<http://www.constances.fr>



[contact@constances.fr](mailto:contact@constances.fr)

**N°Vert 0 805 567 900**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Cohorte Constances

Plateforme de recherche, cohortes en population

CESP U1018 Inserm-UVSQ

Hôpital Paul Brousse, bâtiment 15/16,

16 avenue Paul Vaillant-Couturier

94807 Villejuif Cedex



UNIVERSITÉ DE  
VERSAILLES  
ST-QUENTIN-EN-YVELINES

