



* QR 1 1 7 0 2 *

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 / A A A A

jour

mois

année

I. SANTÉ RESPIRATOIRE

1. Dans l'ensemble, **depuis 5 ans**, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'âge) :

₁ N'a pas changé

₂ S'est amélioré

₃ S'est détérioré

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

₁ Oui

₂ Non

↳ Si oui :

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

₁ Oui

₂ Non

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

₁ Oui

₂ Non

3. 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

4. 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

5. 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

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

₁ Oui

₂ Non

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

₁ Oui

₂ Non

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

₁ Oui

₂ Non

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

₁ Oui

₂ Non



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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

➔ 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

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

₁ Oui ₂ Non

14. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? ₁ Oui ₂ Non
- À quel âge avez-vous eu votre **première** crise d'asthme ? ans
- À quel âge avez-vous eu votre **dernière** crise d'asthme ? ans
- Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ? ₁ Oui ₂ Non
- Prenez-vous **actuellement** des médicaments contre l'asthme ? ₁ Oui ₂ Non
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés, etc.)

• Si vous avez répondu **oui** à au moins une des deux questions n° 13 ou 14, répondez à la question 15, page 04

• Si vous avez répondu **non** aux deux questions n° 13 et 14, passez directement à la question 16, page 04



* QR 1 1 7 0 4 *

15. 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 ?

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) ?

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

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

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 ?

₁ Pas contrôlé du tout ₂ Très peu contrôlé ₃ Un peu contrôlé ₄ Bien contrôlé ₅ Totalement contrôlé

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

₁ Oui ₂ Non

17. 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

↳ Si oui :

- Avez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

18. 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
- Emphysème ₁ Oui ₂ Non
- BPCO (forme non spécifiée) ₁ Oui ₂ Non

• Si vous avez répondu oui à l'une des questions n° 8 à 11 ou n° 18, répondez aux questions n°19, 20 et 21, page 05

• Si vous avez répondu non aux questions n° 8 à 11 et n° 18, passez à la question n° 22, page 06



1 Pour les questions suivantes (19, 20 et 21), veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours (choisissez une seule réponse par ligne)

19. 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 ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
• Essoufflé(e) en faisant des efforts physiques ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
• Inquiét(e) à l'idée d'attraper un rhume ou d'avoir plus de mal à respirer ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
• Déprimé(e), démoralisé(e) à cause de vos problèmes respiratoires ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

20. 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 ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Avez-vous eu des glaires ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

21. 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.) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Efforts physiques modérés (marcher, s'occuper de la maison, porter des affaires, etc.) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Activités quotidiennes à la maison (s'habiller, se laver, etc.) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Activités avec les autres (discuter, être avec les enfants, rendre visite à des amis ou de la famille, etc.) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7



II. CAPACITÉ VISUELLE

22. **Actuellement**, portez-vous **régulièrement** des lunettes de vue ou des lentilles oculaires ?

₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, précisez s'il s'agit d'une vision de près, de loin ou des deux, et l'année où vous avez commencé à porter des lunettes ou des lentilles :

₁ Vision de loin Année : A A A A

₁ Vision de près Année : A A A A

23. **Avez-vous été opéré(e) de la cataracte ?**

₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, avez-vous été opéré(e) : ₁ D'un œil ₂ Des deux yeux

24. **Depuis 5 ans**, avez-vous souffert d'autres maladies oculaires ?

₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, était-ce (précisez si la maladie concernait un œil ou les deux yeux) :

₁ Une dégénérescence maculaire (DMLA) : ₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Un glaucome ou une hypertension oculaire : ₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Une ou plusieurs autres maladies oculaires, précisez :

₁ Un œil ₂ Les deux yeux

₁ Un œil ₂ Les deux yeux

25. **Actuellement**, utilisez-vous **tous les jours** des gouttes pour les yeux ?

₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, précisez le(s) traitement(s) utilisé(s) :

III. DIABÈTE PENDANT UNE DES GROSSESSES

26. **Si vous êtes une femme** : un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteinte de diabète gestationnel (c'est-à-dire un diabète **découvert pendant** une de vos grossesses, traité par insuline ou par une modification de l'alimentation et de l'activité physique) ?

₁ Vous n'avez jamais été enceinte

₂ Oui

₃ Non



IV. DIABÈTE

27. Un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète (en dehors d'un diabète gestationnel, cf. question 26, page 06) ?

₁ Oui

₂ Non

↳ Si vous avez répondu non, vous avez terminé, merci.

28. À quel âge vous a-t-on dit pour la **première fois** que vous étiez diabétique ?

ans

29. Consultez-vous **régulièrement** un médecin pour le suivi de votre diabète ?

₁ Oui

₂ Non

↳ Si oui, s'agit-il :

₁ D'un médecin généraliste

₁ D'un spécialiste (endocrinologue, diabétologue, etc.)

30. **Actuellement**, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par des comprimés ?

₁ Oui

₂ Non

31. **Actuellement**, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ?

₁ Oui

₂ Non

↳ Si oui, à quel âge environ avez-vous commencé les injections d'insuline ?

ans

32. **Actuellement**, êtes-vous traité(e) par injections de médicaments autres que l'insuline (analogues du GLP-1, Byetta, Victoza, Bydureon, Trulicity ou autres) ?

₁ Oui

₂ Non

↳ Si oui, à quel âge environ avez-vous commencé les injections de médicaments autres que l'insuline ?

ans

33. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée (ou bien glycosylée, encore appelée HbA1c) ?

₁ Oui

₂ Non

34. Avez-vous déjà eu un dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

↳ Si oui, quel est votre **dernier** résultat d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ?

%

35. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consulté (pour votre diabète ou pour une autre raison) :

Un ophtalmologiste

₁ Oui

₂ Non

Un professionnel des pieds (podologue, pédicure)

₁ Oui

₂ Non

Un néphrologue

₁ Oui

₂ Non

Un diététicien

₁ Oui

₂ Non



QR11708

Questionnaire à compléter et à renvoyer
dans l'enveloppe fournie sans l'affranchir

**Attention à bien positionner la
mention LIBRE RÉPONSE ci-contre ►►►
dans la fenêtre de l'enveloppe**

SUIVI «Service INSERM»
LIBRE RÉPONSE N° 78733
59359 DOUAI CEDEX

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

CE QUESTIONNAIRE RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Il faut environ 15 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.



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°2018A704AU du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année 2018.

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, Bâtiment 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.**

contact@constances.fr

<http://www.constances.fr>