


# Questionnaire de suivi annuel 2013

 **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°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 UMS Inserm UVSQ «Cohortes en population».

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



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

/   / 2 0    
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

<sub>1</sub> Seul(e) <sub>2</sub> Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

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

Quelle est votre date de naissance ?

/   / 1 9    
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 ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e)  
<sub>2</sub> Oui, limité(e)  
<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 (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute, etc.)  
<sub>1</sub> Autre(s) raison(s) de santé

3. Quel est votre poids ?    kg

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

- Douleur(s) thoracique(s) : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 ➔ Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- Essoufflement : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 ➔ Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- Perte(s) de connaissance : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 ➔ Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos
- Vertiges : <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  
 ➔ Si oui, était-ce : <sub>1</sub> à l'effort <sub>2</sub> au repos



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  
<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  
<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

➔ **Si oui**, combien de fois en moyenne ?

- <sub>1</sub> Tous les jours ou presque  
<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"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois <b>par nuit</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<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"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<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"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<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>7</sub> 7 heures 30  
<sub>2</sub> 5 heures      <sub>8</sub> 8 heures  
<sub>3</sub> 5 heures 30      <sub>9</sub> 8 heures 30  
<sub>4</sub> 6 heures      <sub>10</sub> 9 heures  
<sub>5</sub> 6 heures 30      <sub>11</sub> 9 heures 30  
<sub>6</sub> 7 heures      <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 une fois par jour)      <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 :

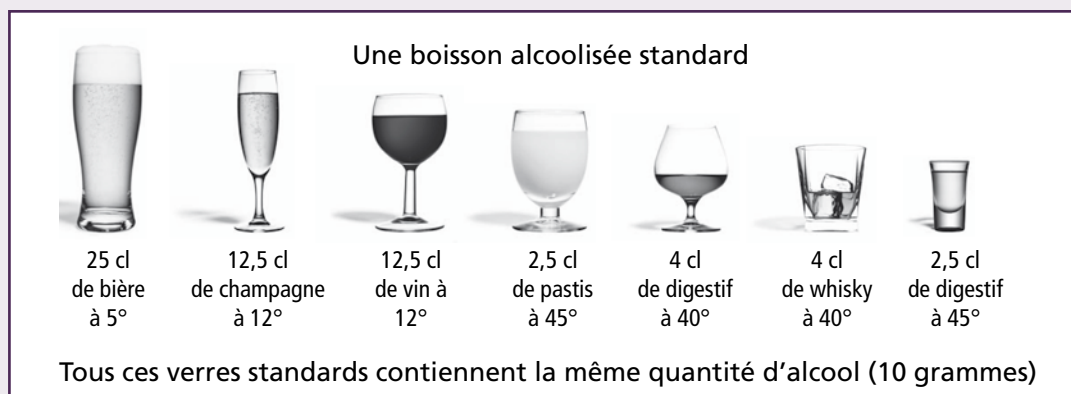
<sub>1</sub> De cigarette(s) (si jetables) :   cigarette(s)

<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
			Rouge, blanc, rosé	Whisky, Vodka, Pastis, etc.	Suze, Martini, etc.		Gin tonic, Punch, Tequila 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"/> <sub>1</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<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™, etc.

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

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

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

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

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

- <sub>1</sub> Moins d'une fois par mois
- <sub>2</sub> 1 à 2 fois par mois
- <sub>3</sub> Au moins 1 fois par semaine
- <sub>4</sub> 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), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- <sub>1</sub> 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 :

- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)

↳ Précisez le motif :

- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle
- <sub>1</sub> Autre, précisez :

**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), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- <sub>1</sub> 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)
- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle

<sub>1</sub> Autre, précisez :

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



## 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, régulièrement

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 aux progrès de la recherche 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 de santé personnelle ou 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> Je suis enceinte      <sub>4</sub> Je suis ménopausée

➔ **Si oui** :

- Précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)

<sub>1</sub> La pilule, précisez laquelle:

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

<sub>1</sub> Au cuivre      <sub>2</sub> Hormonal (MIRENA®)      <sub>3</sub> Ne sait pas

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

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

- **Est-ce** : (plusieurs réponses possibles)

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

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

<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

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

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

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

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne sait pas

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

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

<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 02 02 63**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Cohorte Constances

UMS Inserm UVSQ «Cohortes en population»

Hôpital Paul Brousse, bâtiment 15/16,

16 avenue Paul Vaillant-Couturier

94807 Villejuif Cedex



UNIVERSITÉ DE  
VERSAILLES   
ST-QUENTIN-EN-YVELINES

