



Numéro Constances

Questionnaire de suivi annuel 2014

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

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

I. VOTRE SANTÉ

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

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

2. Etes-vous limité(e) depuis **au moins 6 mois**, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- ₁ Oui, fortement limité(e)
₂ Oui, limité(e)
₃ Oui, légèrement limité(e)
₄ Non

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

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

3. Quel est votre poids ? kg

4. **Actuellement**, suivez-vous un régime alimentaire ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

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

6. *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)

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

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

i Les questions 8 à 12 portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Pour chacune des questions, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

8. *Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :*

- ₁ Excellente ₂ Très bonne ₃ Bonne ₄ Médiocre ₅ Mauvaise

9. *Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.*

	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

11. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

12. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

₁ Pas du tout ₂ Un petit peu ₃ Moyennement ₄ Beaucoup ₅ Enormément

i Les questions 13 et 14 portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

13. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vous vous êtes senti(e) triste et déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

14. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

₁ En permanence ₂ Très souvent ₃ Quelquefois ₄ Rarement ₅ Jamais

II. TABAC, CANNABIS, ALCOOL

15. **Actuellement**, fumez-vous (sauf cigarettes électroniques) ?

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

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

De cigarettes : De cigarillos :
De pipes : De cigares :

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui** :

• Depuis combien d'années ?

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

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

- ₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s)
₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) :

- ₁ 0 (sans nicotine)
₂ Moins de 6
₃ 6-12
₄ 13 ou plus

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

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

i La question 18 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.

18. *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...	Suze, Martini...		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"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

1 Oui 2 Non

20. *Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous est-il arrivé de boire au moins 6 boissons alcoolisées standard pour les hommes ou 5 pour les femmes, en 2 heures ou moins ?*

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

III. PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

i Les questions des pages 9 à 11 portent sur des précisions à certains des problèmes de santé listés précédemment. Cela peut vous paraître répétitif ou peut-être n'êtes-vous pas concerné(e), mais il est important que vous y répondiez.

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

- Une sinusite ₁ Oui ₂ Non
- Une conjonctivite allergique ₁ Oui ₂ Non
- De l'eczéma ₁ Oui ₂ Non

22. Au cours de **votre vie**, avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? ans

23. Au cours de **votre vie**, 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 non, passez directement à la question 30, page 11.

➔ Si oui :

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

- ₁ Oui ₂ Non

- Quel âge aviez-vous la première fois ? ans

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la question 30, page 11.

i Les questions 24 à 29 portent sur les problèmes de nez que vous avez eus au cours des **12 derniers mois**.

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

- ₁ Janv. ₁ Fév. ₁ Mars ₁ Avr. ₁ Mai ₁ Juin
₁ Juil. ₁ Août ₁ Sept. ₁ Oct. ₁ Nov. ₁ Déc.

25. Quel facteur a déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Acariens ou poussières de maison
- ₁ Animaux
- ₁ Pollution atmosphérique
- ₁ Changement de temps
- ₁ Tabac
- ₁ Pollens
- ₁ Air froid
- ₁ Autre(s)
- ₁ Ne sait pas

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

27. 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	Il m'a gêné sans affecter mes activités quotidiennes ni mon sommeil	Il m'a gêné et a affecté mes activités quotidiennes ou mon sommeil
Le nez qui coule comme de l'eau	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Le nez bouché (impression d'être incapable de respirer par le nez)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Le nez qui démange	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Des éternuements particulièrement violents et par crises	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Les yeux qui pleurent, rouges, qui piquent	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non

1 Par le nez
2 Par la bouche

i Beaucoup de femmes et d'hommes, quel que soit leur âge, ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes sont concernées et à quel point cela les gêne.

30. *Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des pertes involontaires d'urine ?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si non**, passez directement à la question 35, page 12.

i Si cela vous est arrivé, répondez aux questions suivantes, en pensant à votre cas, en moyenne, au cours des **4 dernières semaines**.

31. *A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?*

- ₁ Jamais
₂ Environ 1 fois par semaine au maximum
₃ 2 à 3 fois par semaine
₄ Environ 1 fois par jour
₅ Plusieurs fois par jour
₆ Tout le temps

32. *Quelle est la quantité **habituelle** de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?*

- ₁ Nulle
₂ Une petite quantité
₃ Une quantité moyenne
₄ Une grande quantité

33. *De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?*

- Pas du tout Vraiment beaucoup
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. *Quand avez-vous des pertes d'urine ? (Plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Jamais
₁ Avant de pouvoir arriver aux toilettes
₁ Quand vous toussiez ou éternuez
₁ Quand vous dormez
₁ Quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice
₁ Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)
₁ Sans cause apparente
₁ Tout le temps

IV. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)

↳ Précisez votre métier :

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

↳ Précisez le motif :

- ₁ Sans activité professionnelle

- ₁ Autre, précisez :

36. **Actuellement**, vivez-vous en couple ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui**, quelle est la situation **actuelle** de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il ou elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)

- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi

- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)

- ₁ Sans activité professionnelle

- ₁ Autre, précisez :

V. SITUATION MATÉRIELLE

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

39. Au cours des **12 derniers mois**, y a-t-il eu des moments où vous avez rencontré de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts...)?

- ₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

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

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

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

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

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

- ₁ Meilleure
₂ Identique
₃ Moins bonne

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

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

VI. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

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

i Si vous êtes un **homme de plus de 30 ans**, vous avez terminé.

i Si vous êtes un **homme de 30 ans et moins**, il vous reste à répondre aux questions 45 à 48 .

i Si vous êtes une **femme de plus de 30 ans**, passez directement à la question 49.

i Si vous êtes une **femme de 30 ans et moins**, il vous reste à répondre aux questions 45 à 50 .

i Si vous voulez nous indiquer un changement d'adresse, rendez-vous en dernière page.

VII. POUR LES FEMMES ET LES HOMMES DE 30 ANS ET MOINS

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

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

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

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

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

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

VIII. POUR LES FEMMES

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

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

➔ Si oui :

- Précisez lequel : (plusieurs réponses possibles)

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

- Est-ce : (plusieurs réponses possibles)

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

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

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

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

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

