



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2016

Pour vous informer

Pour avoir des informations régulières sur l'actualité de Constances, abonnez-vous à la newsletter sur le site Internet de la cohorte :

<http://www.constances.fr>

Pour nous contacter

COHORTE CONSTANCES - UMS 011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂT. 15/16
16 AV PAUL VAILLANT-COUTURIER 94807 VILLEJUIF CEDEX

contact@constances.fr

N° Vert 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°**2016A707AU** du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2016.

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



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

VAGUE1 **S2016**



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

I Nous aimerions savoir comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines. Répondez aux questions suivantes, en cochant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez.

Récemment, et en particulier ces dernières semaines :

2. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?

₁ Mieux que d'habitude ₃ Moins bien que d'habitude
₂ Comme d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

3. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

₁ Pas du tout ₃ Un peu plus que d'habitude
₂ Pas plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

4. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

₁ Plus que d'habitude ₃ Moins bien que d'habitude
₂ Comme d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude

5. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou «stressé(e)» ?

₁ Pas du tout ₃ Un peu plus que d'habitude
₂ Pas plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

6. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

₁ Plus que d'habitude ₃ Moins utile que d'habitude
₂ Comme d'habitude ₄ Beaucoup moins utile que d'habitude

7. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

₁ Pas du tout ₃ Un peu plus que d'habitude
₂ Pas plus que d'habitude ₄ Beaucoup plus que d'habitude

8. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?

₁ Plus que d'habitude ₃ Un peu moins que d'habitude
₂ Comme d'habitude ₄ Beaucoup moins que d'habitude



18. 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..... 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 :
 - Épaule 13
 - Coude, main 14
 - Genou, hanche 15
- Syndrome du canal carpien..... 16
- Ostéoporose..... 17
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA)... 18

Affections digestives

- Constipation sévère 19
- Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre) 20

Maladies endocriniennes ou métaboliques

- Maladie de la thyroïde 21
- Diabète 22
- Cholestérol, triglycérides élevés..... 23

Affections oculaires

- Glaucome, hypertension oculaire 24
- Cataracte..... 25
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ... 26

Affections urinaires et génitales

- Coliques néphrétiques, calculs urinaires..... 27
- Pertes involontaires d'urine 28
- Insuffisance rénale chronique 29
- Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, autre)..... 30
- Maladie de la prostate (adénome)..... 31
- Maladie du sein 32
- Endométriose..... 33
- Troubles liés à la ménopause 34

Affections psychiques

- Troubles anxieux..... 35
- Dépression 36
- Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive ... 37

Affections neurologiques

- Accident vasculaire cérébral..... 38
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance 39
- Migraines 40
- Maladie de Parkinson..... 41
- Maladie d'Alzheimer 42

Cancer 43

 ⇩ Précisez la localisation :

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Côlon-rectum | <input type="checkbox"/> 1 Poumon | <input type="checkbox"/> 1 Prostate | <input type="checkbox"/> 1 Sein |
| <input type="checkbox"/> 1 Col de l'utérus | <input type="checkbox"/> 1 Utérus (endomètre) | <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 |
| <input type="checkbox"/> 1 Thyroïde | <input type="checkbox"/> 1 Estomac | <input type="checkbox"/> 1 Pancréas | <input type="checkbox"/> 1 Foie |
| <input type="checkbox"/> 1 Cerveau | <input type="checkbox"/> 1 Leucémie | <input type="checkbox"/> 1 Lymphome | <input type="checkbox"/> 1 Autre |

Autres

- Apnées du sommeil 44
- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique 45
- Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite, urticaire, eczéma, oedème de Quincke, autre..... 46
- Psoriasis..... 47

Autres problèmes de santé, y compris psychiques (indiquez une seule pathologie par ligne)

48

49

50



II. INTERNET ET SANTÉ

19. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous utilisé Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je n'utilise pas Internet

➔ Si non ou si vous n'utilisez pas Internet, passez directement à la question 25, page 07.

Les questions 20 à 24 portent sur vos recherches d'informations ou de conseils sur la santé, au cours des **12 derniers mois**.

20. **Habituellement**, sur quel sujet de santé cherchez-vous des informations sur Internet ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Les risques liés à la sexualité, comme le sida ou les infections sexuellement transmissibles
- ₁ La contraception ou les méthodes pour éviter une grossesse
- ₁ La nutrition, la prise de poids ou certains troubles alimentaires
- ₁ La grossesse ou la maternité
- ₁ La santé ou les maladies de l'enfant
- ₁ L'alcool
- ₁ Le tabac
- ₁ Le cannabis ou d'autres drogues illicites
- ₁ Des problèmes de santé ponctuels, des maladies, des traitements ou des médicaments

21. **Habituellement**, lorsque vous cherchez des informations de santé sur Internet, est-ce plutôt : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Sur un forum
- ➔ Avez-vous posé ou répondu à une question sur ce forum? ₁ Oui ₂ Non
- ₁ Sur un site d'information
- ₁ Je ne sais pas

22. **Globalement**, les informations de santé que vous avez obtenues sur Internet vous semblent-elles fiables ?

- ₁ Oui, tout à fait
- ₂ Oui, plutôt
- ₃ Non, pas vraiment
- ₄ Non, pas du tout

23. **Globalement**, les informations que vous avez trouvées sur Internet ont-elles changé la façon dont vous vous occupez de votre santé ?

- ₁ Oui, tout à fait
- ₂ Oui, plutôt
- ₃ Non, pas vraiment
- ₄ Non, pas du tout

24. Cela vous a-t-il conduit à aller chez le médecin :

- ₁ Plus souvent
- ₂ Moins souvent
- ₃ Ça n'a rien changé



III. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

- 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 :

I Les questions 26 à 31 s'adressent uniquement **aux fumeurs de cigarettes (ou de tabac à rouler), si vous n'êtes pas concerné(e)**, passez **directement** à la **question 32, page 08**.

26. *Que pensez-vous de la marque que vous fumez **habituellement** par rapport aux autres marques ? Elle est :*

- ₁ Un peu moins nocive
₂ Équivalente
₃ Un peu plus nocive

27. *L'aspect des paquets de cigarettes ou de tabac à rouler que vous achetez **habituellement** vous plaît-il ?*

- ₁ Oui, tout à fait
₂ Oui, plutôt
₃ Non, pas vraiment
₄ Non, pas du tout
₅ Je ne sais pas
₆ Je ne souhaite pas répondre

28. *Vous arrive-t-il d'être gêné(e) de sortir votre paquet de cigarettes ou de tabac à rouler à la vue de tous à cause de son aspect ?*

- ₁ Systématiquement
₂ Souvent
₃ Parfois
₄ Jamais
₅ Je ne sais pas
₆ Je ne souhaite pas répondre

29. *Pensez-vous éprouver une gêne plus importante avec un paquet neutre, c'est-à-dire sans les couleurs et symboles habituels de la marque, et ne présentant que des avertissements sur les dangers du tabac ?*

- ₁ Oui, tout à fait
₂ Oui, plutôt
₃ Non, pas vraiment
₄ Non, pas du tout
₅ Je ne sais pas
₆ Je ne souhaite pas répondre



30. Les affirmations ci-dessous portent sur les avertissements inscrits sur les paquets de cigarettes ou de tabac à rouler. Pour chacune d'elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti.

Les avertissements :	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
• me rappellent les risques associés au tabagisme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• augmentent mes chances d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
• m'ont déjà conduit à ne pas prendre ou rouler une cigarette, alors que j'étais sur le point de le faire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

31. Avez-vous déjà acheté un paquet neutre, c'est-à-dire sans les couleurs et symboles habituels de la marque, et ne présentant que des avertissements sur les dangers du tabac ?

₁ Oui ₂ Non

32. **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 à 12

₄ 13 ou plus

₅ Je ne sais pas

33. 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



IV. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

34. 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 :

35. **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

36. 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

↳ **Si oui**, était-ce pour : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Des soins dentaires
- ₁ Des lunettes, verres, montures, lentilles
- ₁ Une consultation d'un médecin généraliste
- ₁ Une consultation d'un médecin spécialiste
- ₁ Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)
- ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)
- ₁ Autre



* Q S 1 1 6 1 0 *

37. 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)

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

- ₁ Des soins dentaires
- ₁ Des lunettes, verres, montures, lentilles
- ₁ Une consultation d'un médecin généraliste
- ₁ Une consultation d'un médecin spécialiste
- ₁ Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)
- ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)
- ₁ Autre

38. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé de renoncer, pour **vous-même, votre conjoint ou vos enfants**, à certains soins parce que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

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

- ₁ Des soins dentaires
- ₁ Des lunettes, verres, montures, lentilles
- ₁ Une consultation d'un médecin généraliste
- ₁ Une consultation d'un médecin spécialiste
- ₁ Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)
- ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)
- ₁ Autre

39. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé de renoncer, pour **vous-même, votre conjoint ou vos enfants**, à certains soins parce que la structure de soins (cabinet médical, centre de santé, hôpital, laboratoire...) était trop éloignée ou parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

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

- ₁ Des soins dentaires
- ₁ Des lunettes, verres, montures, lentilles
- ₁ Une consultation d'un médecin généraliste
- ₁ Une consultation d'un médecin spécialiste
- ₁ Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute...)
- ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie...)
- ₁ Autre

40. 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



VI. ÉVÉNEMENTS DE VIE

41. 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 de votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <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 Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| <input type="checkbox"/> ₁ Aucun de ces événements | <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 Autre, précisez : <input type="text"/> | |

I Si vous avez moins de **45 ans** :

- Vous êtes un **homme**, vous avez **terminé**.
- Vous êtes une **femme**, passez **directement** à la **partie «VIII. POUR LES FEMMES»**, page 12.

VII. POUR LES 45 ANS ET PLUS

I Les questions 42 à 47 concernent des activités quotidiennes. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

42. *Utilisation du téléphone :*

- ₁ Je n'ai pas de téléphone
- ₂ Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros
- ₃ Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus
- ₄ Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- ₅ Je suis incapable d'utiliser le téléphone

43. *Déplacements en transports :*

- ₁ Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture)
- ₂ Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- ₃ Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- ₄ Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- ₅ Je ne me déplace pas du tout

44. *Prise de médicaments :*

- ₁ Je ne prends jamais de médicaments
- ₂ Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires
- ₃ Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- ₄ Je suis incapable de les prendre moi-même

