



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2016

Pour vous informer

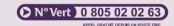
Pour avoir des informations régulières sur l'actualité de Constances, abonnez-vous à la newsletter sur le site Internet de la cohorte :

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 VILEJUIF CEDEX





STATISTIQUE PUBLIQUE 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.







Comment remplir ce questionnaire

• Utilisez 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 🗵 1 Féminin 🗌 2					
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: CONJONCTIVIE					
• 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?					
• 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					
• Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en trans- parence 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: J J / M M / 2 0 A A jour mois année					
Si la date est le 5 janvier 2016, remplissez : $0 5 / 0 1 / 2 0 1 6$					
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 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.



Da	te à laquelle vous remplissez ce questionnaire:	jour /	mois /	2 0 A A année	
Vo	us remplissez ce questionnaire :	☐ 1 Seul(e)	☐ ₂ Avec l'aide d'un proche	
Qu	el est votre sexe?	☐ ₁ Masc	ulin	🔲 ₂ Féminin	
Qu	elle est votre date de naissance?	jour /	M M / mois	1 9 A A année	
<u>l.</u>	VOTRE SANTÉ				
1.	Comment jugez-vous votre état de santé général	?			
	Très bon	☐ Très mau H	ıvais		
	Nous aimerions savoir comment, d'une manière géne aux questions suivantes, en cochant la réponse qui		•	·	
Réd	cemment, et en particulier ces dernières semaines :				
2.	Avez-vous été capable de vous concentrer sur tou	it ce que vou	s faites ?		
	\square , Mieux que d'habitude		Moins bier	que d'habitude	
	\square 2 Comme d'habitude		Beaucoup	moins que d'habitude	
3.	Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos sou	ıcis ?			
	☐ ₁ Pas du tout		Un peu plu	ıs que d'habitude	
	Pas plus que d'habitude		Beaucoup	plus que d'habitude	
4.	Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des dé	écisions ?			
	☐ ₁ Plus que d'habitude		Moins bier	que d'habitude	
	_ comme d'habitude		Beaucoup	moins que d'habitude	
5.	Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou	«stressé(e)»	?		
	Pas du tout		Un peu plu	ıs que d'habitude	
	Pas plus que d'habitude		Beaucoup	plus que d'habitude	
6.	Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile c	dans la vie ?			
	\square 1 Plus que d'habitude		Moins utile	e que d'habitude	
	☐ ₂ Comme d'habitude		Beaucoup	moins utile que d'habitude	
7.	Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez p	oas surmonte	er vos difficu	ıltés ?	
	☐ ₁ Pas du tout		Un peu plu	ıs que d'habitude	
	Pas plus que d'habitude		Beaucoup	plus que d'habitude	
8.	Avez-vous été capable d'apprécier vos activités qu	uotidiennes i	normales ?		
	☐ ₁ Plus que d'habitude		Un peu mo	oins que d'habitude	
	\square 2 Comme d'habitude		Beaucoup	moins que d'habitude	



9.	Avez-vous ête capable de faire face a vos problemes ?
	☐ , Mieux que d'habitude ☐ 3 Un peu moins que d'habitude
	\square 2 Comme d'habitude \square 4 Beaucoup moins que d'habitude
10.	Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?
	\square Pas du tout \square Un peu plus que d'habitude
	Pas plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude
11.	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?
	☐ ₁ Pas du tout ☐ ₃ Un peu plus que d'habitude
	Pas plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude
12.	Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?
	Pas du tout Un peu plus que d'habitude
	Pas plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude
13.	Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?
	Plus que d'habitude
	$\square_{\frac{1}{2}}$ Comme d'habitude $\square_{\frac{1}{4}}$ Beaucoup moins que d'habitude
14.	Quel est votre poids ? kg
15.	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de :
	• Douleur(s) thoracique(s) :
	(douleur(s) dans la poitrine) Si oui, était-ce :
	• Essoufflement :
	Si oui, était-ce : □ 1 À l'effort □ 2 Au repos
	• Perte(s) de connaissance :
	⇒ Si oui, était-ce : ☐ , À l'effort ☐ 2 Au repos
	• Vertiges :
	⇒ Si oui, était-ce : ☐ 1 À l'effort ☐ 2 Au repos
16.	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ?
	□ 1 Oui □ 2 Non
	⇒ Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été découvert au cours des 12 derniers mois ?
	□ ₁ Oui □ ₂ Non
17.	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été hospitalisé(e) pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découver un problème cardiaque au cours d'une hospitalisation ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisanc cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker, etc.)
	□, Oui □, Non



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		Affections urinaires et génitales
- Bronchite chronique, BPCO, emphysème,		- Coliques néphrétiques, calculs urinaires \square 27
insuffisance respiratoire		- Pertes involontaires d'urine
- Asthme		- Insuffisance rénale chronique \square
Affections cardio-vasculaires		- Infection sexuellement transmissible (herpès génital,
- Hypertension artérielle		condylomes, chlamydiae, autre)
- Angine de poitrine, maladie des coronaires		- Maladie de la prostate (adénome)
- Infarctus du myocarde		- Maladie du sein
- Troubles du rythme cardiaque, pacemaker		- Endométriose
- Insuffisance cardiaque		- Troubles liés à la ménopause
- Artérite des membres inférieurs		Affections psychiques
- Phlébite, embolie pulmonaire		- Troubles anxieux
Affections des os et des articulations		- Dépression
- Sciatique		- Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive
- Douleurs au bas du dos, lombalgie		Affections neurologiques
- Douleurs au niveau du cou, cervicalgie	12	- Accident vasculaire cérébral
- Douleurs articulaires ou musculaires:		- Traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Épaule	13	- Migraines
- Coude, main	14	- Maladie de Parkinson
- Genou, hanche	15	- Maladie d'Alzheimer
- Syndrome du canal carpien	16	42
- Ostéoporose		43
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA)	18	☐ Précisez la localisation :
Affections digestives	_	Côlon-rectum Poumon Prostate Sein
- Constipation sévère		Col de l'utérus
- Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre)	20	, Mélanome, Vessie, Testicule, Rein
Maladies endocriniennes ou métaboliques		Thyroïde
- Maladie de la thyroïde		Cerveau Leucémie Lymphome Autre
- Diabète		Autres
- Cholestérol, triglycérides élevés		- Apnées du sommeil 🗆 44
Affections oculaires		- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique $$
- Glaucome, hypertension oculaire		- Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite,
- Cataracte	25	urticaire, eczéma, oedème de Quincke, autre $\ \square_{_{46}}$
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	26	- Psoriasis
A	J	
Autres problèmes de santé, y compris psychiques (in	aiquez ur	ne 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
\square 1 Oui \square 2 Non \square 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 dernie mois .
20. Habituellement, sur quel sujet de santé cherchez-vous des informations sur Internet ? (plusieurs réponses possible
Les risques liés à la sexualité, comme le sida ou les infections sexuellement transmissibles
La contraception ou les méthodes pour éviter une grossesse
\square ₁ La nutrition, la prise de poids ou certains troubles alimentaires
La santé ou les maladies de l'enfant
Le cannabis ou d'autres drogues illicites
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 répons possibles)
Sur un forum
→ Avez-vous posé ou répondu à une question sur ce forum? ☐ , Oui ☐ , No
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 ?
Oui, tout à fait
Oui, plutôt
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 ?
🗌 , Oui, tout à fait
🔲 🙎 Oui, plutôt
☐ ₃ Non, pas vraiment
🔲 4 Non, pas du tout
24. Cela vous a-t-il conduit à aller chez le médecin :
Plus souvent
Moins souvent
🔲 ₃ Ça n'a rien changé



<u>III.</u>	TABAC, CI	GARETTE ÉLECTRONIC	QUE, CANNA	BIS				
25.	Actuellement, f	iumez-vous (sauf cigarette	électronique)	?				
	\square 1 Oui (au moins une fois par jour) \square 2 Non ou occasionnellement							
	·	→ Si oui, combien fumez-	vous par jour e	n moyenne :				
		De cigarettes :		De cigarillos :				
		De pipes :		De cigares :				
		à 31 s'adressent unique erné(e), passez directem			es (ou de tabac à rouler), si vous			
26.	Que pensez-vou	us de la marque que vous	fumez habituel	lement par rappor	t aux autres marques ? Elle est :			
		Un peu moins nocive						
		Équivalente						
	_ 3	Un peu plus nocive						
27.	L'aspect des pac	quets de cigarettes ou de :	tabac à rouler q	ue vous achetez h a	abituellement vous plaît-il ?			
		Oui, tout à fait						
		Oui, plutôt						
		Non, pas vraiment						
		Non, pas du tout						
		Je ne sais pas						
		Je ne souhaite pas répor	ndre					
28.	Vous arrive-t-il de son aspect?	_	otre paquet de	cigarettes ou de ta	bac à rouler à la vue de tous à cause			
		Systématiquement						
		Souvent						
		Parfois						
		Jamais						
		Je ne sais pas						
		Je ne souhaite pas répor	ndre					
29.		rouver une gêne plus impo marque, et ne présentant			st-à-dire sans les couleurs et symboles ngers du tabac ?			
		Oui, tout à fait						
		Oui, plutôt						
		Non, pas vraiment						
		Non, pas du tout						
		Je ne sais pas						
		Je ne souhaite pas répor	ndre					



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			3	☐ ₄
• augmentent mes chances d'arrêter de fumer				
• m'ont déjà conduit à ne pas prendre ou rouler une cigarette, alors que j'étais sur le point de le faire				
31. Avez-vous déjà acheté un paquet neutre, c'est-à-di présentant que des avertissements sur les dangers Oui	du tabac ?	eurs et symbole.	s habituels de la	a marque, et ne
32. Actuellement , utilisez-vous la cigarette électroniqu	ie ?			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
⇒ Si oui :				
Depuis combien d'années ?		_	_	
☐ ₁ Moins d'1 an	-	,	\perp $_4$ 3 ans ou p	olus
Combien utilisez-vous par jou	r en moyenne :			
De cigarette(s) (si jeta	bles):	ci	garette(s)	
De ml (si rechargeable	es):	m	nl	
 Quel dosage en nicotine (mg/ 	ml) ?			
\Box 0 (sans nicotine)				
\square 2 Moins de 6				
☐ ₃ 6 à 12				
\square 4 13 ou plus				
\square 5 Je ne sais pas				
33. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous consomm	né du cannabis (haschisch, mari	juana, herbe, jo	oint, shit) ?
\square 1 Oui \square 2 Non				
➡ Si oui, est-ce que vous en avez c	onsommé :			
☐ 1 Moins d'une fois par r	mois			
\square_{2} 1 à 2 fois par mois				
\square $_{_3}$ Au moins 1 fois par se	emaine			
\square 4 Tous les jours ou preso	que			



IV. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

34.	Quelle est votre	situation ac	tuelle vis-à-vis de l'emploi? (plusieurs réponses possibles)			
		Etudiant(e)	, lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)			
			emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)			
		⊔ Précisez י	votre métier :			
		Demandeu	r d'emploi ou à la recherche d'un emploi			
		Retraité(e)	ou retiré(e) des affaires			
		Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique)				
		☑ Précisez	le motif:			
		Sans activit	é professionnelle			
		Autre, préc	isez:			
35.	Actuellement, v	ivez-vous en	couple ?			
	□ ₁	Oui	□ ₂ Non			
	•	→ Si oui, que	elle est la situation actuelle de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs			
		réponses p	possibles)			
			Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)			
			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)			
			Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi			
			Retraité(e) ou retiré(e) des affaires			
			Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique)			
			Sans activité professionnelle			
			Autre, précisez:			
V.	SITUATION	I MATÉRIE	LLE			
36.	Au cours des 12 raison de problé		ois, avez-vous dû renoncer, pour vous-même ou votre conjoint, à certains soins en ers?			
		Oui	□ ₂ Non			
		→ Si oui, éta	it-ce pour : (plusieurs réponses possibles)			
			Des soins dentaires			
			Des lunettes, verres, montures, lentilles			
			Une consultation d'un médecin généraliste			
			Une consultation d'un médecin spécialiste			
			Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute)			
			Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie)			
			Autre			



37.	Au cours des 12 derniers problèmes financiers ?	s mois, avez-vous dû renoncer, pour vos enfants, à certains soins en raison de
		□ ₂ Non □ ₃ Non concerné(e)
	➡ Si oui, ét	ait-ce pour : (plusieurs réponses possibles)
		Des soins dentaires
		Des lunettes, verres, montures, lentilles
		Une consultation d'un médecin généraliste
		Une consultation d'un médecin spécialiste
		Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute)
		Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie)
		Autre
38.		ois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, votre conjoint ou vos enfants, à délai pour obtenir un rendez-vous était trop long?
	☐ ₁ Oui	☐ ₂ Non ☐ ₃ Non concerné(e)
	➡ Si oui, ét	ait-ce pour : (plusieurs réponses possibles)
		Des soins dentaires
		Des lunettes, verres, montures, lentilles
		Une consultation d'un médecin généraliste
		Une consultation d'un médecin spécialiste
		Une consultation d'un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute)
	`	Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie)
	□,	Autre
39.	certains soins parce que la	ois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, votre conjoint ou vos enfants, à structure de soins (cabinet médical, centre de santé, hôpital, laboratoire) était trop s aviez des difficultés de transport pour vous y rendre ?
	☐ ₁ Oui	□ ₂ Non □ ₃ Non concerné(e)
	➡ Si oui, ét	ait-ce pour : (plusieurs réponses possibles)
		Des lunettes, verres, montures, lentilles
		·
	□,	Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie)
		Autre
40.		nois, y a-t-il eu des moments où vous avez rencontré de réelles difficultés financières ns (alimentation, loyer, EDF, emprunts)?
	☐ ₁ Non	Oui, occasionnellement 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) Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, Décès de votre conjoint(e) adoption, enfant de votre conjoint(e) ou Décès d'un enfant enfant(s) d'une précédente union...) Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant) ☐ , Mariage, PACS Tentative(s) de suicide ☐ Divorce, séparation ☐ , Violences subies dans un lieu public, au travail Période(s) d'hébergement précaire ou dans la sphère familiale (insultes, agression, Aucun de ces événements brutalités physiques, harcèlement...) Autre, précisez : 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** 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 : ☐ , Je n'ai pas de téléphone Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros ☐ ¸ Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus Je réponds au téléphone mais n'appelle pas Je suis incapable d'utiliser le téléphone 43. Déplacements en transports : ☐ , Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture) Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e) Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e) ☐ 5 Je ne me déplace pas du tout 44. Prise de médicaments : ☐ , Je ne prends jamais de médicaments ☐ , Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaires

Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance

☐ ¹ Je suis incapable de les prendre moi-même



45.	Gestion d	u bud	get :				
			Je suis tota	lement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer des factures)			
		_ 2	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme				
			Je suis inca	pable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour			
46.	Remplisse	z-vous	s vous-mêm	e votre déclaration de revenus aux impôts ?			
	-		Oui	\square Non, je ne le fais plus \square Non, je ne l'ai jamais fait			
47.	Actuellen	n ent , u	itilisez-vous	une carte de paiement (carte bleue, visa) ?			
			Oui	\square Non, j'ai arrêté de l'utiliser \square Non, je n'en ai jamais eu			
	lous âtas u	ın hon	nme vous	avez terminé .			
	rous etes u		illie, vous c	ivez termine.			
\/11	I DOLLE	DIEC	EENANAEC				
VII	i. POUR	(LES	FEMMES				
48.	Actuellen	nent , u	itilisez-vous	un moyen de contraception ?			
			Oui	\square Non \square 3 Je suis enceinte \square 4 Je suis ménopausée			
		•	→ Si oui, pre	écisez lequel : (plusieurs réponses possibles)			
				La pilule, précisez laquelle:			
				Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez:			
				\square ₁ Au cuivre \square ₂ Hormonal (MIRENA) \square ₃ Je ne sais pas			
				Le préservatif masculin (capote)			
				Autre(s) méthode(s) (patch, implant, méthodes naturelles, vasectomie du partenaire, ligature des trompes)			
49.	Suivez-vo	us actı	uellement u	n traitement en rapport avec la ménopause ?			
			Oui	\square Non \square 3 Je ne sais pas			
			→ Si oui, est	-ce : (plusieurs réponses possibles)			
				Un traitement hormonal, par voie orale (comprimés) ou cutanée (patch, gel)			
				Un traitement à base de plantes			
				외 Précisez s'il s'agit de phyto-oestrogènes (dont le soja):			
				\square 1 Oui \square 2 Non \square 3 Je ne sais pas			
				Un traitement par homéopathie ou acupuncture			
				Autre(s)			
				Je ne sais pas			

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION









