



* Q S 0 1 8 0 1 *



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2018

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°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 ».

Laloi 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, **UMS011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.**

VAGUET **S2018**



La science pour la santé
From science to health



* Q S 0 1 8 0 2 *

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 : C O N J O N C T I V I T E

- 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 ?* 5

- 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 Très mauvais
 A B C D E F G H

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence 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 2018, remplissez : 0 5 / 0 1 / 2 0 1 8

i 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.



* Q S 0 1 8 0 3 *

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. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

A B C D E F G H
Très bon Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

- Votre logement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre quartier ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos loisirs ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - La vie que vous menez actuellement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre travail ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
- ₁ Je ne travaille pas actuellement

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ? kg

4. 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

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découvert un problème cardiaque au cours d'une hospitalisation ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker, etc.)

₁ Oui ₂ Non

6. Êtes-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(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute, etc.)

₁ Autre(s) raison(s) de santé

7. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? ₁ Oui ₂ Non



* Q S 0 1 8 0 4 *

8. 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

- ↳ 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

Autre(s) problème(s) de santé, y compris psychique(s) (indiquez une seule pathologie par ligne)

48

49

50



III. PEAU ET MALADIES CUTANÉES

9. Quelle était la couleur naturelle de vos cheveux à 20 ans ?

- ₁ Blancs ₂ Roux ₃ Blonds ₄ Châtains ₅ Bruns ₆ Noirs

10. Quelle est la couleur de vos yeux ?

- ₁ Bleus ₂ Gris ₃ Verts ₄ Noisettes ₅ Marrons ₆ Noirs

11. En hiver, sans bronzage, quelle est la couleur de la peau de votre visage ?

- ₁ Albinos ₂ Laitéuse ₃ Claire ₄ Mate ₅ Noire

12. Vous arrive-t-il d'avoir des coups de soleil ?

- ₁ Jamais ₂ Exceptionnellement ₃ Rarement ₄ Souvent ₅ Toujours

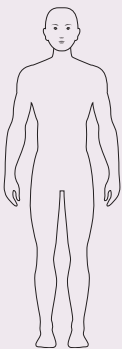
13. Quelle peut être l'intensité maximale de votre bronzage ?

- ₁ Absente ₂ Légère ₃ Claire ₄ Foncée ₅ Très foncée

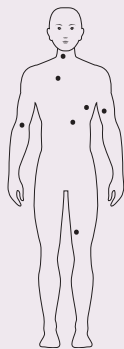
14. Parmi les 6 profils ci-dessous, lequel vous correspond le mieux ? (Aidez-vous de la notice présentée au dos de la lettre jointe à ce questionnaire)

- ₁ Ma peau est très claire, blanche, mes cheveux sont blonds ou roux, mes yeux sont bleus ou verts et des taches de rousseur apparaissent très rapidement en cas d'exposition
- ₂ Ma peau est très claire et peut devenir hâlée, mes cheveux sont blonds ou châains clairs, des taches de rousseur apparaissent au soleil. Ma peau brûle facilement et bronze à peine
- ₃ Ma peau est modérément claire, mes cheveux sont blonds ou châains, et j'ai peu ou pas de taches de rousseur. Ma peau brûle modérément, bronze graduellement
- ₄ Ma peau est mate, mes cheveux sont châains ou bruns, et je n'ai aucune tache de rousseur. Ma peau brûle à peine et bronze toujours bien
- ₅ Ma peau est brun foncé, naturellement pigmentée, mes cheveux et mes yeux sont noirs. Ma peau brûle rarement et bronze beaucoup
- ₆ Ma peau est noire, mes cheveux et yeux sont noirs et ma peau ne brûle pas

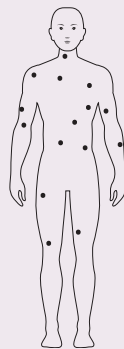
15. Lorsque vous étiez adolescent(e), combien aviez-vous de grains de beauté sur la peau ?



₁ Aucun



₂ Très peu



₃ Peu

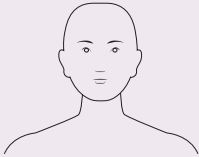


₄ Beaucoup

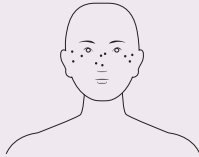


* Q S 0 1 8 0 6 *

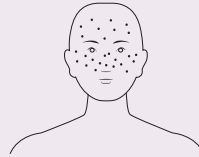
16. Lorsque vous étiez adolescent(e), combien aviez-vous de taches de rousseur sur le visage à la fin de l'été ?



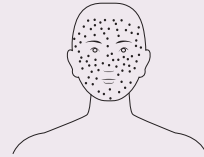
₁ Aucune



₂ Très peu



₃ Peu



₄ Beaucoup

17. Durant votre enfance et votre adolescence, avez-vous eu un ou plusieurs coups de soleil ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la question 18 ; si oui, répondez aux 4 questions suivantes :

• Combien de fois approximativement avez-vous eu de coups de soleil ?

₁ 1 à 5 fois

₂ 6 à 10 fois

₃ Tous les étés

₄ Je ne sais pas

• Quelle a été l'intensité de votre coup de soleil le plus grave ?

₁ Simple rougeur non persistante

₂ Simple rougeur persistante

₃ Rougeur douloureuse de plus d'une journée

₄ Rougeur avec cloque

• Votre peau a-t-elle pelé ? ₁ Oui ₂ Non

• Sans protection, preniez-vous systématiquement un coup de soleil à chaque exposition ?

₁ Oui

₂ Non

₃ J'avais toujours une protection solaire

18. Durant votre vie adulte, avez-vous eu un ou plusieurs coups de soleil ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la question 19 ; si oui, répondez aux 3 questions suivantes :

• Combien de fois approximativement avez-vous eu de coups de soleil ?

₁ 1 à 5 fois

₂ 6 à 10 fois

₃ Tous les étés

₄ Je ne sais pas

• Quelle a été l'intensité de votre coup de soleil le plus grave ?

₁ Simple rougeur non persistante

₂ Simple rougeur persistante

₃ Rougeur douloureuse de plus d'une journée

₄ Rougeur avec cloque

• Votre peau a-t-elle pelé ? ₁ Oui ₂ Non

19. Avez-vous déjà eu une dermatite atopique (eczéma débutant généralement dans l'enfance) ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question 20 ; si oui, répondez aux 4 questions suivantes :

• Cette dermatite atopique a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par :

₁ Un(e) dermatologue

₂ Votre médecin traitant

₃ Un autre médecin

₄ Vous-même

₅ Je ne sais pas



* Q S 0 1 8 0 7 *

- À quel âge approximativement cette dermatite atopique a-t-elle commencé ?

- ₁ Avant l'âge de 2 ans
- ₂ Entre 2 et 12 ans
- ₃ Au cours de mon enfance (je ne me souviens pas à quel âge)
- ₄ À l'adolescence
- ₅ À l'âge adulte
- ₆ Je ne sais pas

- Actuellement, cette dermatite atopique est-elle toujours présente ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

- Comment jugez-vous la sévérité de votre dermatite atopique ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout sévère Extrêmement sévère

20. Avez-vous déjà eu un psoriasis ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question 21 ; si oui, répondez aux 4 questions suivantes :

- Ce psoriasis a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par :

- ₁ Un(e) dermatologue
- ₂ Votre médecin traitant
- ₃ Un autre médecin
- ₄ Vous-même
- ₅ Je ne sais pas

- En quelle année approximativement ce psoriasis a-t-il commencé ? ₁ Je ne sais pas

- Actuellement, ce psoriasis est-il toujours présent ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

- Comment jugez-vous la sévérité de votre psoriasis ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout sévère Extrêmement sévère

21. Avez-vous déjà eu un vitiligo ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question 22 ; si oui, répondez aux 4 questions suivantes :

- Ce vitiligo a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par :

- ₁ Un(e) dermatologue
- ₂ Votre médecin traitant
- ₃ Un autre médecin
- ₄ Vous-même
- ₅ Je ne sais pas

- En quelle année approximativement ce vitiligo a-t-il commencé ? ₁ Je ne sais pas

- Actuellement, ce vitiligo est-il toujours présent ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas



* Q S 0 1 8 0 8 *

- *Comment jugez-vous la sévérité de votre vitiligo ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas du tout sévère Extrêmement sévère

22. *Avez-vous déjà eu une maladie de Verneuil (ou hidradénite suppurée) ?* ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ **Si non**, passez directement à la question 23 ; **si oui**, répondez aux 4 questions suivantes :

- *Cette maladie de Verneuil a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par :*

- ₁ Un(e) dermatologue
- ₂ Votre médecin traitant
- ₃ Un autre médecin
- ₄ Vous-même
- ₅ Je ne sais pas

- *En quelle année approximativement cette maladie de Verneuil a-t-elle commencé ?*

₁ Je ne sais pas

- *Actuellement, cette maladie de Verneuil est-elle toujours présente ?* ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

- *Comment jugez-vous la sévérité de votre maladie de Verneuil ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas du tout sévère Extrêmement sévère

23. *Avez-vous déjà eu une pelade ?* ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ **Si non**, passez directement à la question 24 ; **si oui**, répondez aux 4 questions suivantes :

- *Cette pelade a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par :*

- ₁ Un(e) dermatologue
- ₂ Votre médecin traitant
- ₃ Un autre médecin
- ₄ Vous-même
- ₅ Je ne sais pas

- *En quelle année approximativement cette pelade a-t-elle commencé ?* ₁ Je ne sais pas

- *Actuellement, cette pelade est-elle toujours présente ?* ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

- *Comment jugez-vous la sévérité de votre pelade ?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas du tout sévère Extrêmement sévère



* Q S 0 1 8 0 9 *

IV. VOTRE MORAL

24. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de **la dernière semaine**, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
<i>J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) déprimé(e)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai été confiant(e) en l'avenir</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai pensé que ma vie était un échec</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) craintif(ve)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Mon sommeil n'a pas été bon</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai été heureux(se)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai parlé moins que d'habitude</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Les autres ont été hostiles envers moi</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai profité de la vie</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu des crises de larmes</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) triste</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai manqué d'entrain</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



* Q S 0 1 8 1 0 *

V. 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 :

26. **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

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quelle fréquence en avez-vous consommé ?

₁ Moins d'1 fois par mois

₂ 1 à 2 fois par mois

₃ Au moins 1 fois par semaine

₄ Tous les jours ou presque



VII. COMPOSITION DU FOYER

28. Quelle est votre situation de famille **actuelle** au sens de l'état civil ?

- ₁ Célibataire (jamais marié(e))
- ₂ Pacsé(e)
- ₃ Marié(e)
- ₄ Séparé(e)
- ₅ Divorcé(e)
- ₆ Veuf(ve)

29. Dans le domicile où vous résidez **le plus souvent**, vivez-vous :

- En couple : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, avez-vous une relation amoureuse, sentimentale suivie ?

- ₁ Oui ₂ Non

- Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? enfant(s)

- Avec d'autres personnes (famille, amis...) : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, avec combien :

- d'ascendants (parents, beaux parents ou grands-parents) ? ascendant(s)
- de personnes autres que des ascendants ? personne(s)

30. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien (qu'ils habitent ou non à votre domicile) ? enfant(s)

VI. ÉVÉNEMENTS DE VIE

31. Parmi les événements suivants, lesquels 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(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.) | <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 Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.) |

₁ Aucun des événements ci-dessus

₁ Autre(s), précisez :



VIII. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

32. 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 :

I Si vous ne vivez pas en couple actuellement, vous avez terminé, **sinon** :

33. 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 :

34. Quelle est sa catégorie socioprofessionnelle **actuelle** ou celle qu'il (elle) a occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement (retraite, chômage ...) ?

- ₁ Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice)
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier(ère)
- ₇ N'a jamais travaillé
- ₈ Autre, précisez :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION