



Numéro Constances

# QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2024

**NB. Les questions en rouge ont été posées uniquement dans le questionnaire en ligne.**

## Important

Pour toute correspondance avec l'équipe Constances, merci d'utiliser nos coordonnées (adresse postale, numéro vert ou mail) figurant dans le cadre ci-dessous.

Ce questionnaire de suivi est saisi par un système de lecture automatisée. Seules les informations indiquées dans les cases prévues à cet effet seront prises en compte.

Toute annotation sur cette page ou les suivantes risque de ne pas nous parvenir.

## Vous informer



Lisez le **journal**,



Abonnez-vous à la **newsletter**,



Consultez le **site Internet** de la cohorte :  
<https://www.constances.fr>



Suivez les **réseaux sociaux**

## Nous contacter



COHORTE CONSTANCES, UMS011 INSERM-UVSQ  
HÔPITAL PAUL BROUSSE, BÂTIMENT 15/16  
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER  
94807 VILLEJUIF CEDEX



**[contact@constances.fr](mailto:contact@constances.fr)**



**N°Vert 0 805 02 02 63**

APPEL GRATUIT MÊME DEPUIS UN MOBILE  
À PARTIR DE LA FRANCE MÉTROPOLITAINE

Le traitement de vos données est placé sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (<https://www.inserm.fr>) et répond à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont traitées conformément au Règlement général relatif à la protection des données « RGPD » (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, sous certaines conditions, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement ou en demander la limitation. Vous pouvez enfin définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès. Pour plus de détails : <https://www.constances.fr/>, « Espace volontaires », « Droits et protection des données ».

Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès du Pr Marie Zins, UMS 011 Inserm-UVSQ, Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex. En cas de difficulté pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données de l'Inserm par mail ([dpo@inserm.fr](mailto:dpo@inserm.fr)) ou par voie postale (Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris). Au besoin, vous bénéficiez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

# S2024

# Inserm



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A  
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 ?

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 ?

A B C D E F G H  
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)

☐<sub>1</sub> Je ne travaille pas actuellement

3. Si vous occupez actuellement un emploi :

▪ Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ?

A B C D E F G H  
Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très

▪ Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ?

A B C D E F G H  
Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très

## II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ?    kg

5. Êtes-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...)

☐<sub>1</sub> Autre(s) raison(s) de santé

6. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non



7. Voici une liste de problèmes de santé. Cochez ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des **12 derniers mois** (que vous ayez eu ou non un arrêt de travail, que vous ayez eu 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 de ce(s) cancer(s):

- |                                            |                                               |                                      |                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <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, œdème 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



8. 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 ?

- ☐ <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)

### III. PEAU ET MALADIES CUTANÉES

! Certaines questions de ce chapitre ont déjà été posées dans le questionnaire de suivi 2018, mais la cohorte Constances ne comptait alors qu'une partie de ses participants. Ces données sont importantes pour les projets de recherche portant sur les maladies de peau, c'est pourquoi nous les reposons cette année.

9. Parmi les 6 profils ci-dessous, lequel vous correspond le mieux ?

- ☐ <sub>1</sub> 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
- ☐ <sub>2</sub> Ma peau est très claire et peut devenir hâlée, mes cheveux sont blonds ou châtain clair, des taches de rousseur apparaissent au soleil. Ma peau brûle facilement et bronze à peine
- ☐ <sub>3</sub> Ma peau est modérément claire, mes cheveux sont blonds ou châtain, et j'ai peu ou pas de taches de rousseur. Ma peau brûle modérément, bronze graduellement
- ☐ <sub>4</sub> Ma peau est mate, mes cheveux sont châtain ou bruns, et je n'ai aucune tache de rousseur. Ma peau brûle à peine et bronze toujours bien
- ☐ <sub>5</sub> Ma peau est brun foncé, naturellement pigmentée, mes cheveux et mes yeux sont noirs. Ma peau brûle rarement et bronze beaucoup
- ☐ <sub>6</sub> Ma peau est noire, mes cheveux et mes yeux sont noirs et ma peau ne brûle pas

10. Avez-vous déjà eu une **dermatite atopique** appelée également **eczéma atopique** (maladie cutanée chronique qui provoque des démangeaisons, évoluant par poussées et qui apparaît souvent dans l'enfance mais peut persister à l'âge adulte. Les plaques rouges qui grattent sont souvent situées au niveau des plis du coude, des genoux, du cou mais peuvent toucher tout le corps) ?

- ☐ <sub>1</sub> Oui
- ☐ <sub>2</sub> Non
- ☐ <sub>3</sub> Je ne sais pas

➡ Si non, passez directement à la question 11, page 06 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

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

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



- Cette dermatite atopique a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée
- ☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital
- ☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue
- ☐<sub>4</sub> Un autre médecin
- ☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)
- ☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

- Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette dermatite atopique (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue
- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée
- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital
- ☐<sub>1</sub> Non
- ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

- Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette dermatite atopique ? ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

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

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette dermatite atopique

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Pas du tout sévère   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   Extrêmement sévère

- Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette dermatite atopique sur votre vie quotidienne ?

☐<sub>1</sub> Aucun      ☐<sub>2</sub> Minime ou léger      ☐<sub>3</sub> Modéré      ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère      ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

- Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette dermatite atopique ?

☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



11. Avez-vous déjà eu un **psoriasis** (maladie inflammatoire chronique de la peau qui se manifeste par des plaques rouges présentant des squames, souvent au niveau des coudes, des genoux et du cuir chevelu) ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question 12, page 07 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement ce psoriasis a-t-il commencé ?  A  A  A  A      ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Ce psoriasis a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>4</sub> Un autre médecin  
☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)  
☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de ce psoriasis (plusieurs réponses possibles) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>1</sub> Non  
☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour ce psoriasis ? ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, ce psoriasis est-il toujours présent ? ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de ce psoriasis

Pas du tout sévère      0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Extrêmement sévère  
☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐   ☐

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent ce psoriasis sur votre vie quotidienne ?

- ☐<sub>1</sub> Aucun      ☐<sub>2</sub> Minime ou léger      ☐<sub>3</sub> Modéré      ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère      ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de ce psoriasis ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



12. Avez-vous déjà eu une **acné rosacée** (papules et pustules d'acné sur un fond de rougeur du visage) ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question 13, page 12; si oui, répondez aux questions suivantes :

➔ Si non, passez directement à la question suivante, page 08 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

- En quelle année approximativement cette acné rosacée a-t-elle commencé ?  A  A  A  A      ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

- Cette acné rosacée a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>4</sub> Un autre médecin  
☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)  
☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

- Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette acné rosacée (plusieurs réponses possibles) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>1</sub> Non  
☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

- Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette acné rosacée ?      ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

- Actuellement, cette acné rosacée est-elle toujours présente ?      ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette acné rosacée

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Pas du tout sévère    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    ☐    Extrêmement sévère

- Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette acné rosacée sur votre vie quotidienne ?

- ☐<sub>1</sub> Aucun      ☐<sub>2</sub> Minime ou léger      ☐<sub>3</sub> Modéré      ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère      ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

- Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette acné rosacée ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



» Avez-vous déjà eu un **vitiligo** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question suivante, page 09 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement ce vitiligo a-t-il commencé ?     ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Ce vitiligo a-t-il été diagnostiqué ou confirmé par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>4</sub> Un autre médecin  
☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)  
☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de ce vitiligo (plusieurs réponses possibles) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>1</sub> Non  
☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Parmi les traitements suivants du vitiligo, lesquels avez-vous déjà utilisés :

- |                                                                                                |                                           |                                           |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ▪ Tacrolimus (Protopic® ou Takrozem®)                                                          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas |
| ▪ Corticoïdes locaux (crèmes à la cortisone)                                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas |
| ▪ Corticoïdes oraux (cortisone par voie orale)                                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas |
| ▪ Photothérapie générale (UV pour tout le corps chez le dermatologue ou à l'hôpital en cabine) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas |
| ▪ Photothérapie à domicile (UV avec une lampe à la maison)                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas |

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour ce vitiligo ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, ce vitiligo est-il toujours présent ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de ce vitiligo ?

Pas du tout sévère ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent ce vitiligo sur votre vie quotidienne ?

☐<sub>1</sub> Aucun ☐<sub>2</sub> Minimale ou léger ☐<sub>3</sub> Modéré ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de ce vitiligo ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



» Avez-vous déjà eu une **pelade** (perte de cheveux ou de poils en plaques au niveau du cuir chevelu, de la barbe ou du corps) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la question suivante, page 10 ; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement cette pelade a-t-elle commencé ?  A  A  A  A ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Cette pelade a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée
- ☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital
- ☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue
- ☐<sub>4</sub> Un autre médecin
- ☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)
- ☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette pelade (plusieurs réponses possibles) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue
- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée
- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital
- ☐<sub>1</sub> Non
- ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Avez-vous été hospitalisé(e) pour cette pelade ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette pelade ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, cette pelade est-elle toujours présente ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette pelade ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout sévère ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette pelade sur votre vie quotidienne ?

☐<sub>1</sub> Aucun ☐<sub>2</sub> Minime ou léger ☐<sub>3</sub> Modéré ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette pelade ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



» Avez-vous déjà eu une **maladie de Verneuil** (ou hidradénite suppurée) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si non, passez directement à la **question 13**, page 12; si oui, répondez aux questions suivantes :

• En quelle année approximativement cette maladie de Verneuil a-t-elle commencé ?  A  A  A  A ☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Cette maladie de Verneuil a-t-elle été diagnostiquée ou confirmée par un professionnel de santé (médecin ou non médecin) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, ce professionnel était-il :

- ☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>2</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>3</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>4</sub> Un autre médecin  
☐<sub>5</sub> Un professionnel de santé non médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.)  
☐<sub>6</sub> Je ne sais pas

• Avez-vous déjà consulté pour la prise en charge de cette maladie de Verneuil (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐<sub>1</sub> Votre médecin traitant non dermatologue  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue dans un cabinet en ville ou en clinique privée  
☐<sub>1</sub> Un(e) dermatologue à l'hôpital  
☐<sub>1</sub> Non  
☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, prenez-vous un traitement pour cette maladie de Verneuil ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

• Actuellement, cette maladie de Verneuil est-elle toujours présente ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, comment jugez-vous la sévérité de cette maladie de Verneuil ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout sévère ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extrêmement sévère

• Quel retentissement a (ou avait) le plus souvent cette maladie de Verneuil sur votre vie quotidienne ?

☐<sub>1</sub> Aucun ☐<sub>2</sub> Minime ou léger ☐<sub>3</sub> Modéré ☐<sub>4</sub> Sévère ou très sévère ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

• Pensez-vous que le stress influence (ou influençait) les poussées de cette maladie de Verneuil ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



\* Q S 0 2 4 1 1 \*

» Avez-vous un *lupus* diagnostiqué par un médecin ?

☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, en quelle année approximativement ce diagnostic a-t-il été fait ?

A  A  A  A      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

» Avez-vous une *maladie de Sjögren* diagnostiquée par un médecin ?

☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, en quelle année approximativement ce diagnostic a-t-il été fait ?

A  A  A  A      ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas



#### IV. VOTRE MORAL

13. Au cours **du dernier mois**, à quelle fréquence avez-vous senti que :

|                                                                                                         | Jamais                     | Rarement                   | Quelques fois              | Souvent                    | La plupart du temps        | Tout le temps              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Vous étiez heureux(se) ?                                                                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous étiez intéressé(e) par la vie ?                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous étiez satisfait(e) à l'égard de votre vie ?                                                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous avez quelque chose d'important à apporter à la société ?                                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous appartenez à une collectivité (comme un groupe social, votre école, votre quartier, votre ville) ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Notre société devient un meilleur endroit pour tout le monde ?                                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Les gens sont fondamentalement bons ?                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Le fonctionnement de la société a du sens pour vous ?                                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous aimez la plupart des facettes de votre personnalité ?                                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous êtes bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien ?                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous avez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes ?              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous vivez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne ?            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Vous êtes capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions ?                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Votre vie a un but ou une signification ?                                                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |



## V. VOTRE SOMMEIL

! Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil **au cours du dernier mois seulement**. Vos réponses devraient refléter le mieux possible la plupart des journées et des nuits du dernier mois. Veuillez répondre à toutes les questions.

14. Au cours du dernier mois, à quelle heure êtes-vous allé(e) au lit **habituellement** le soir ?

Heure du coucher :   heures   minutes

15. Au cours du dernier mois, combien de temps (en minutes) avez-vous pris **habituellement** pour vous endormir chaque soir ?

Nombre de minutes :    minutes

16. Au cours du dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé(e) **habituellement** le matin ?

Heure du lever :   heures   minutes

17. Au cours du dernier mois, combien d'heures avez-vous vraiment dormi la nuit ?  
(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passées au lit)

Heures de sommeil par nuit :   heures   minutes

! Pour chacune des prochaines questions, veuillez cocher la réponse qui vous semble la plus exacte. Veuillez répondre à toutes les questions.

18. Au cours du dernier mois, combien de fois votre sommeil a-t-il été perturbé parce que :

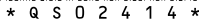
|                                                               | Pas une seule fois                    | Moins d'1 fois par semaine            | 1 ou 2 fois par semaine               | 3 fois ou plus par semaine            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Vous ne pouviez pas vous endormir en 30 minutes               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous vous réveilliez au cours de la nuit ou trop tôt le matin | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous deviez vous lever pour aller aux toilettes               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous aviez du mal à respirer                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous toussiez ou ronfliez bruyamment.                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous aviez trop froid                                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous aviez trop chaud                                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous faisiez de mauvais rêves                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Vous aviez des douleurs                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Autre(s) raison(s)<br>↳ Précisez :                            | <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="text"/>                                          |                                       |                                       |                                       |                                       |

19. Au cours du dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil dans l'ensemble ?

☐ <sub>1</sub> Très bonne ☐ <sub>2</sub> Plutôt bonne ☐ <sub>3</sub> Plutôt mauvaise ☐ <sub>4</sub> Très mauvaise

20. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pris des médicaments (avec prescription ou en vente libre) pour vous aider à dormir ?

☐ <sub>1</sub> Pas une seule fois ☐ <sub>2</sub> Moins d'1 fois par semaine ☐ <sub>3</sub> 1 ou 2 fois par semaine ☐ <sub>4</sub> 3 fois ou plus par semaine



☐ <sub>1</sub> Pas une seule fois      ☐ <sub>2</sub> Moins d'1 fois par semaine      ☐ <sub>3</sub> 1 ou 2 fois par semaine      ☐ <sub>4</sub> 3 fois ou plus par semaine

☐ 1 Aucun problème du tout      ☐ 2 Seulement un très léger problème      ☐ 3 Un certain problème      ☐ 4 Un très gros problème

☐ <sub>1</sub> Je ne partage pas mon lit, ma chambre ou mon domicile avec quelqu'un

☐ <sub>2</sub> Quelqu'un dans mon domicile, mais dans une autre chambre

☐ <sub>3</sub> Quelqu'un dans la même chambre, mais dans un autre lit

☐ <sub>4</sub> Quelqu'un dans le même lit

[illegible]

|                                 | Je l'ai eu dans le passé   |                            |                            | Je l'ai actuellement       |                            |                            | Ce trouble a été diagnostiqué ou confirmé par un médecin |                            |                            |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                 | Oui                        | Non                        | Je ne sais pas             | Oui                        | Non                        | Je ne sais pas             | Oui                                                      | Non                        | Je ne sais pas             |
| Insomnie                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1                               | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Apnée du sommeil                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1                               | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Syndrome des jambes sans repos  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1                               | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Trouble du mouvement périodique | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1                               | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Autre,<br>☒ Précisez :          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1                               | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |



## VI. VIE SEXUELLE

25. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ☐<sub>1</sub> Oui      ☐<sub>2</sub> Non      ☐<sub>3</sub> Je ne souhaite pas répondre

➔ Si non, passez directement à la question 30, page 16

26. Au cours des **12 derniers mois**, avec combien de partenaires différent(e)s avez-vous eu des rapports sexuels ?

- partenaire(s)      ☐<sub>1</sub> Je ne souhaite pas répondre

- ➔ Était-ce :      ☐<sub>1</sub> Uniquement des hommes  
                                 ☐<sub>2</sub> Uniquement des femmes  
                                 ☐<sub>3</sub> Des hommes et des femmes  
                                 ☐<sub>4</sub> Je ne souhaite pas répondre

27. Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports (ou immédiatement après ceux-ci) ?

- ☐<sub>1</sub> Jamais ou exceptionnellement  
☐<sub>2</sub> Parfois  
☐<sub>3</sub> Souvent  
☐<sub>4</sub> Toujours  
☐<sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre

➔ Si vous avez des douleurs au cours des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

- ☐<sub>1</sub> Les douleurs ne gênent pas les rapports  
☐<sub>2</sub> Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci  
☐<sub>3</sub> Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport  
☐<sub>4</sub> Les rapports sont impossibles à cause de la douleur  
☐<sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre

28. **Actuellement**, votre vie sexuelle vous paraît-elle :

- ☐<sub>1</sub> Pas du tout satisfaisante  
☐<sub>2</sub> Pas très satisfaisante  
☐<sub>3</sub> Satisfaisante  
☐<sub>4</sub> Très satisfaisante  
☐<sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre

29. **Actuellement**, votre vie de couple vous paraît-elle :

- ☐<sub>1</sub> Pas du tout satisfaisante  
☐<sub>2</sub> Pas très satisfaisante  
☐<sub>3</sub> Satisfaisante  
☐<sub>4</sub> Très satisfaisante  
☐<sub>5</sub> Je ne souhaite pas répondre  
☐<sub>6</sub> Non concerné(e)



## VII. SANTÉ RESPIRATOIRE

30. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

- Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

- Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

31. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

32. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

33. Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

34. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

35. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

36. Toussez-vous habituellement en vous levant, **en hiver** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

37. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit, **en hiver** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

38. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, **en hiver** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

39. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, **en hiver** ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours **pendant trois mois de suite** chaque année ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non



40. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

41. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

42. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

• Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

• À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

☐<sub>1</sub> Avant 4 ans

☐<sub>2</sub> Entre 4 et 11 ans

☐<sub>3</sub> Entre 12 et 16 ans

☐<sub>4</sub> Après 16 ans, à quel âge environ ?  A  A ans

• Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

• Prenez-vous actuellement des médicaments contre l'asthme ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non  
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés, etc.)

➔ Si oui aux questions 41 ou 42 :

! Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines** à cause de votre **asthme** :

• Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail, à l'école/université ou chez vous ?

☐<sub>1</sub> Tout le temps ☐<sub>2</sub> La plupart du temps ☐<sub>3</sub> Quelquefois ☐<sub>4</sub> Rarement ☐<sub>5</sub> Jamais

• Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ?

☐<sub>1</sub> Plus d'1 fois par jour ☐<sub>2</sub> 1 fois par jour ☐<sub>3</sub> 3 à 6 fois par semaine ☐<sub>4</sub> 1 ou 2 fois par semaine ☐<sub>5</sub> Jamais

• Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

☐<sub>1</sub> 4 nuits ou plus par semaine ☐<sub>2</sub> 2 à 3 nuits par semaine ☐<sub>3</sub> 1 nuit par semaine ☐<sub>4</sub> 1 ou 2 fois en tout ☐<sub>5</sub> Jamais

• Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple Salbutamol, Terbutaline) ?

☐<sub>1</sub> 3 fois par jour ou plus ☐<sub>2</sub> 1 ou 2 fois par jour ☐<sub>3</sub> 2 ou 3 fois par semaine ☐<sub>4</sub> 1 fois par semaine ☐<sub>5</sub> Jamais



• Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ?

- ☐<sub>1</sub> Pas contrôlé du tout      ☐<sub>2</sub> Très peu contrôlé      ☐<sub>3</sub> Un peu contrôlé      ☐<sub>4</sub> Bien contrôlé      ☐<sub>5</sub> Totalement contrôlé

43. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

- |                              |                                           |                                           |
|------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ▪ Bronchite chronique        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| ▪ Emphysème                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| ▪ BPCO (forme non spécifiée) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

➔ Si oui aux questions 36, 37, 38, 39 ou 43 :

! Pour les questions suivantes, veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des **7 derniers jours**.

» **En moyenne, au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) :**

|                                                                                    | Jamais                                | Presque jamais                        | Quelques fois                         | Assez souvent                         | Souvent                               | Très souvent                          | Presque tout le temps                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Essoufflé(e) <b>au repos</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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |
| Essoufflé(e) <b>en faisant des efforts physiques</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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |
| <b>Inquièt(e)</b> à l'idée d'attraper un rhume ou d'avoir plus de mal à respirer ? | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |
| <b>Déprimé(e), démoralisé(e)</b> à cause de vos problèmes respiratoires ?          | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |

» **En général, au cours des 7 derniers jours :**

|                                   | Jamais                                | Presque jamais                        | Quelques fois                         | Assez souvent                         | Souvent                               | Très souvent                          | Presque tout le temps                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Avez-vous <b>toussé</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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |
| Avez-vous eu <b>des glaires</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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |

» **En moyenne, au cours des 7 derniers jours, avez-vous été limité(e) dans les activités suivantes à cause de vos problèmes respiratoires ?**

|                                                                                                                       | Pas du tout limité(e)                 | Très peu limité(e)                    | Un peu limité(e)                      | Moyennement limité(e)                 | Très limité(e)                        | Extrêmement limité(e)                 | Complètement limité(e) ou incapable de le faire |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Efforts physiques intenses</b> (monter l'escalier, se dépêcher, faire du sport, etc.) ?                            | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>           |
| <b>Efforts physiques modérés</b> (marcher, s'occuper de la maison, porter des affaires, etc.) ?                       | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>           |
| <b>Activités quotidiennes à la maison</b> (s'habiller, se laver, etc.) ?                                              | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>           |
| <b>Activités avec les autres</b> (discuter, être avec les enfants, rendre visite à des amis ou de la famille, etc.) ? | <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> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>           |

44. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non



➡ Si oui à la question 44 :

- Avez-vous eu ces allergies nasales au cours des 12 derniers mois ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

45. 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 ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➡ Si oui à la question 45 :

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

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➡ Si oui, les questions suivantes portent sur les problèmes de nez que vous avez eus au cours des **12 derniers mois** :

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

☐<sub>1</sub> Janv. ☐<sub>1</sub> Fév. ☐<sub>1</sub> Mars ☐<sub>1</sub> Avr. ☐<sub>1</sub> Mai ☐<sub>1</sub> Juin  
☐<sub>1</sub> Juil. ☐<sub>1</sub> Août ☐<sub>1</sub> Sept. ☐<sub>1</sub> Oct. ☐<sub>1</sub> Nov. ☐<sub>1</sub> Déc.

- Quel(s) facteur(s) a(ont) déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ? (plusieurs réponses possibles)

☐<sub>1</sub> Acariens ou poussières de maison ☐<sub>1</sub> Tabac  
☐<sub>1</sub> Animaux ☐<sub>1</sub> Pollens  
☐<sub>1</sub> Pollution atmosphérique ☐<sub>1</sub> Air froid  
☐<sub>1</sub> Changement de temps ☐<sub>1</sub> Autre(s)  
☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

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

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

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

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

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



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

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

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

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui à la question 45 :

- À quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ?

☐<sub>1</sub> Avant 4 ans

☐<sub>2</sub> Entre 4 et 11 ans

☐<sub>3</sub> Entre 12 et 16 ans

☐<sub>4</sub> Après 16 ans, à quel âge environ ?   ans

POUR TOUS :

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

- |                                |                                           |                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ▪ une sinusite                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| ▪ Une conjonctivite allergique | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| ▪ de l'eczéma                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

» Avez-vous déjà eu un test cutané aux allergènes ou une prise de sang (Phadiatop ®, dosage des IgE) pour diagnostiquer une allergie ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui, avez-vous été diagnostiqué comme ayant des allergies (résultats positifs à l'un de ces tests) ?

☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui, à quoi avez-vous été diagnostiqué comme allergique ?

☐<sub>1</sub> Animaux

☐<sub>1</sub> Pollens

☐<sub>1</sub> Acariens

☐<sub>1</sub> Aliment(s)

☐<sub>1</sub> Moisissures

☐<sub>1</sub> Autre(s)

☐<sub>1</sub> Je ne sais pas

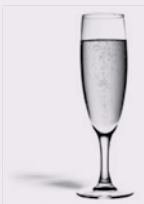
(1) Par le nez  
(2) Par la bouche



## VIII. BOISSONS ALCOOLISÉES

! Les questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées en nombre de verres dits « standard ». Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

Un verre standard de boisson alcoolisée

|                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |
| 25 cl<br>de bière<br>à 5°                                                         | 12,5 cl<br>de champagne<br>à 12°                                                  | 12,5 cl<br>de vin<br>à 12°                                                        | 2,5 cl<br>de pastis<br>à 45°                                                      | 4 cl<br>de digestif<br>à 40°                                                       | 4 cl<br>de whisky<br>à 40°                                                          | 2,5 cl<br>de digestif<br>à 45°                                                      |

Tous ces verres standard contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)  
Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort sont équivalentes à deux verres standard.

46. Pouvez-vous décrire, en nombre de verres standard, votre consommation de boissons alcoolisées au cours de **la dernière semaine** ? (Si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la 1ère colonne)

|                                                                 | Aucune<br>boisson<br>alcoolisée | Bière, cidre             | Vin, champagne           | Alcool fort                 | Apéritif                 | Premix*                   | Cocktail                                |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                 |                                 |                          | Rouge, blanc, rosé       | Whisky,<br>Vodka, Pastis... | Suze, martini...         |                           | Gin tonic, Punch,<br>Téquila sunrise... |
|                                                                 |                                 | Nb de verres<br>standard | Nb de verres<br>standard | Nb de verres<br>standard    | Nb de verres<br>standard | Nb de bouteilles<br>30 cl | Nb de verres<br>standard                |
| Du lundi au jeudi<br>(nombre de verres/jour <b>en moyenne</b> ) | <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...

47. Au cours des **12 derniers mois**, vous est-il arrivé d'être ivre ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

48. Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous bu au moins **6 verres standard de boissons alcoolisées (si vous êtes un homme) ou 5 (si vous êtes une femme)**, en 2 heures ou moins ?

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



## IX. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

- ☐<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 :

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

- ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

➔ Si oui :

- 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 (sans nicotine) ☐<sub>2</sub> Moins de 6 ☐<sub>3</sub> 6 à 12 ☐<sub>4</sub> 13 ou plus ☐<sub>5</sub> Je ne sais pas

- Utilisez-vous des e-liquides CBD (cannabidiol) ? ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

- ➔ Si oui, à quelle concentration ? ☐<sub>1</sub> Inférieure à 300 mg/ml  
☐<sub>2</sub> Supérieure ou égale à 300 mg/ml

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

- ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

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

- ☐<sub>1</sub> Moins d'1 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

## X. SITUATION MATÉRIELLE ET VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

52. 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)  
☐<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(s), précisez:



\* Q S 0 2 4 2 3 \*

53. 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)

54. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation professionnelle ? Vous êtes :

- ☐<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)

55. 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 ☐<sub>4</sub> Non concerné(e)

56. Quand vous pensez aux **12 prochains mois**, quelle confiance avez-vous en votre situation financière ? Vous êtes :

- ☐<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)

57. Vivez-vous en couple ?

- ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

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

- ☐<sub>1</sub> Étudiant(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(s), précisez:

## XI. ÉVÉNEMENTS DE VIE

58. Parmi les événements suivants, lesquels 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(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès de votre conjoint(e)                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Mariage, PACS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès d'un enfant                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Divorce, séparation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Décès qui vous a gravement affecté(e), autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant                                                |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Période(s) d'hébergement précaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tentative(s) de suicide                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <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.) |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Aucun des événements ci-dessus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Autre(s), précisez : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                   |

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION