



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2026

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>



Rejoignez la cohorte sur **linkedin**

Nous contacter



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



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 des Prs Marie Zins et Antoine Duclos, 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) 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.

S2026



* Q S 0 2 6 0 2 *

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 :
- A B C D E F G H
- 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
3. Si vous occupez **actuellement** un emploi :
- A B C D E F G H
- Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ? Pas du tout Très
- A B C D E F G H
- Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ? Pas du tout Très

II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ? kg Quelle est votre taille ? , m
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 ?
- 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
6. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? ₁ Oui ₂ 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 43

▾ 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. Pouvez-vous monter ou descendre **seul(e)** un étage d'escalier ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ **Si non**, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non

9. Pouvez-vous marcher un kilomètre **seul(e)** sans vous arrêter (en marchant avec ou sans canne, béquilles, etc.) ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ **Si non**, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non

10. Pouvez-vous porter **seul(e)** un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ **Si non**, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ? ₁ Oui ₂ Non

! Les questions suivantes (de 11 à 17) constituent une échelle de qualité de vie validée et largement utilisée dans de nombreuses études internationales ; elles ne peuvent donc pas être posées partiellement. Certaines d'entre elles vous paraîtront similaires à des questions déjà posées, mais il est important que vous y répondiez.

! Les questions 11 à 15 portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Pour chacune des questions, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

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

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

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

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



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

	En permanence	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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

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

! Les questions 16 et 17 portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines**. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

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

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

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

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

18. Souffrez-vous d'une perte d'odorat ou d'une diminution importante de l'odorat ?

1 Oui 2 Non

➔ **Si oui**, depuis combien d'années avez-vous commencé à perdre votre odorat ?

1 Moins d'1 an 2 Entre 1 et 5 ans 3 Entre 5 et 10 ans 4 Plus de 10 ans

19. Souffrez-vous d'un tremblement des mains ? 1 Oui 2 Non

20. Souffrez-vous d'un tremblement des bras ou des jambes ? 1 Oui 2 Non

21. Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant ? 1 Oui 2 Non

22. Votre voix est-elle plus douce qu'auparavant ? 1 Oui 2 Non



* Q S 0 2 6 0 6 *

23. Vos pieds traînent-ils lorsque vous marchez ? ₁ Oui ₂ Non

24. Avez-vous des difficultés à vous lever d'une chaise ? ₁ Oui ₂ Non

25. Combien de fois vous sentez-vous somnolent(e) pendant la majeure partie de la journée ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Jamais | <input type="checkbox"/> ₄ Entre 1 à 2 jours par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₂ Moins d'un jour par mois | <input type="checkbox"/> ₅ Entre 3 à 5 jours par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₃ Entre 1 à 3 jours par mois | <input type="checkbox"/> ₆ Entre 6 à 7 jours par semaine |

26. Vous a-t-on déjà dit, ou pensez-vous, que vous « mettez en action vos rêves » lorsque vous dormez (par exemple : donner des coups de poing, bouger les bras dans les airs, faire des mouvements comme si vous couriez, etc.) ?

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Depuis combien d'années environ ? année(s)
- Ce type d'épisodes a-t-il déjà eu lieu **au moins trois fois dans votre vie** ?
₁ Oui ₂ Non
- Vous êtes-vous déjà blessé(e) à cause de ces comportements (ecchymoses, coupures, fractures) ?
₁ Oui ₂ Non
- Votre partenaire de lit a-t-il (elle) déjà été blessé(e) par ces comportements (ecchymoses, coups, cheveux tirés) ?
₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)
- Faites-vous des rêves dans lesquels vous vous sentez poursuivi(e) ou attaqué(e) ou qui impliquent que vous devez vous défendre ?
₁ Oui ₂ Non
- Votre partenaire de lit vous a-t-il (elle) déjà dit que les mouvements que vous faites en rêvant correspondent au contenu du rêve ?
₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)
- Vous est-il déjà arrivé de vous lever et marcher pendant la nuit (somnambulisme) ?
₁ Oui ₂ Non

27. Au cours du **dernier mois**, combien de fois en moyenne êtes-vous allé(e) à la selle ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Plus d'1 fois par jour | <input type="checkbox"/> ₄ Tous les 3 à 4 jours |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 fois par jour | <input type="checkbox"/> ₅ Tous les 5 à 6 jours |
| <input type="checkbox"/> ₃ Tous les 2 jours | <input type="checkbox"/> ₆ 1 fois dans la semaine ou moins |

28. Au cours du **dernier mois**, avez-vous utilisé des laxatifs ?

₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Tous les jours ou presque |
| <input type="checkbox"/> ₂ Assez souvent, 4 à 5 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₃ Occasionnellement, 1 à 2 fois dans le mois |



29. Avez-vous déjà été traité(e), y compris par injection, par un médicament prescrit pour **perdre du poids** tel que Wegovy®, Mounjaro® ou Saxenda® ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

➔ **Si non**, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Mon médecin ne m'en a pas parlé ₁ Je voulais m'en sortir seul(e) (régime, activité physique, etc.)
₁ Le coût était trop élevé ₁ J'ai préféré être opéré(e) (chirurgie bariatrique)
₁ Je considère que nous n'avons pas assez de recul sur ce médicament ₁ Ces médicaments me sont contre-indiqués
₁ Autre(s), précisez :

➔ **Si oui**, indiquez, pour chaque médicament utilisé, la date de la première prise, le nombre de mois de traitement et la dose maximale atteinte, y compris si vous continuez à le prendre.

	Date de début du traitement	Durée du traitement	Dose maximale atteinte
<input type="checkbox"/> ₁ Wegovy®	M M / 2 0 2 A	ans mois	, mg/semaine
<input type="checkbox"/> ₁ Mounjaro®	M M / 2 0 2 A	ans mois	, mg/semaine
<input type="checkbox"/> ₁ Saxenda®	M M / 2 0 2 A	ans mois	, mg/jour
<input type="checkbox"/> ₁ Autre, précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/> ans <input type="text"/> mois	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₁ mg/jour <input type="checkbox"/> ₂ mg/semaine

! Si vous avez moins de 45 ans, passez directement à la question 36, page 08.

! Les questions 30 à 35 concernent des activités de la vie quotidienne. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

30. Utilisation du téléphone :

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

31. Déplacements en transports :

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



* Q S 0 2 6 0 8 *

32. *Prise de médicaments :*

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

33. *Gestion du budget :*

- ₁ Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer des factures, etc.)
- ₂ Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme
- ₃ Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

34. *Remplissez-vous vous-même votre déclaration de revenus aux impôts ?*

- ₁ Oui ₂ Non, je ne le fais plus ₃ Non, je ne l'ai jamais fait

35. **Actuellement**, utilisez-vous une carte de paiement (carte bleue, visa, etc.) ?

- ₁ Oui ₂ Non, j'ai arrêté de l'utiliser ₃ Non, je n'en ai jamais eu

III. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

36. **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 :

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui** :

- 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

- Utilisez-vous des e-liquides CBD (cannabidiol) ? ₁ Oui ₂ Non

38. *Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consommé du cannabis (haschich, 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



IV. 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
de bière
à 5°

12,5 cl
de champagne
à 12°

12,5 cl
de vin
à 12°

2,5 cl
de pastis
à 45°

4 cl
de digestif
à 40°

4 cl
de whisky
à 40°

2,5 cl
de digestif
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.

39. 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 boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, champagne	Alcool fort	Apéritif	Premix*	Cocktail
			Rouge, blanc, rosé	Whisky, Vodka, Pastis...	Suze, martini...		Gin tonic, Punch, Téquila sunrise...
		Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de bouteilles 30 cl	Nb de verres standard
Du lundi au jeudi (nombre de verres/jour en moyenne)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

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

41. 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



* Q S 0 2 6 1 0 *

V. VOTRE FAMILLE/VOTRE FOYER

42. 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)

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

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

44. 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)

45. **Actuellement**, avez-vous un animal de compagnie ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, lequel (lesquels) : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Chien ₁ Chat ₁ Poisson ₁ Rongeur ₁ Oiseau
₁ Autre, précisez :

VI. SITUATION MATÉRIELLE ET VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
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 :
 ↘ Précisez votre secteur d'activité* :
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, etc.)
 ↘ Précisez le motif:
₁ Sans activité professionnelle
₁ Autre(s), précisez:

* Le secteur d'activité correspond au domaine général dans lequel votre entreprise ou organisation exerce son activité (commerce, industrie, santé, éducation, administration, etc.)



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

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

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

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

! Si **vous ne vivez pas en couple** actuellement, passez directement à la question 51, ci-dessous.

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

- ₁ Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- 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, etc.)
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre(s), précisez:

50. 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, etc.) ?

- 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, etc.)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise, etc.)
- ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service, etc.)
- ₆ Ouvrier(ère)
- ₇ N'a jamais travaillé
- ₈ Autre(s), précisez :

51. Quel est le montant **total des revenus mensuels nets de votre foyer** (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e), quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine, etc.)) ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins de 450 € | <input type="checkbox"/> ₄ De 1 500 € à moins de 2 100 € | <input type="checkbox"/> ₇ 4 200 € ou plus |
| <input type="checkbox"/> ₂ De 450 € à moins de 1 000 € | <input type="checkbox"/> ₅ De 2 100 € à moins de 2 800 € | <input type="checkbox"/> ₈ Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> ₃ De 1 000 € à moins de 1 500 € | <input type="checkbox"/> ₆ De 2 800 € à moins de 4 200 € | <input type="checkbox"/> ₉ Je ne souhaite pas répondre |

52. **Au total**, combien de personnes (vous-même, conjoint(e), personne(s) à charge, etc.) contribuent aux revenus de votre foyer quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine, etc.) ?

personne(s) contribue(nt) aux revenus de votre foyer



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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

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

₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

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

₁ Meilleure ₂ Identique ₃ Moins bonne

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

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

VII. 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"/> 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 d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a gravement affecté(e), autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint(e) | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Aucun des événements ci-dessus | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s), précisez : <input type="text"/> | |

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION