



COHORTE E3N-GÉNÉRATIONS

QUESTIONNAIRES D'INCLUSION DE LA GÉNÉRATION 2 E3N-G2-Q1

L'inclusion de la génération 2 de la cohorte a démarré en mai 2018.

Les questionnaires d'entrée dans l'étude couvrent les 12 thématiques suivantes :

I. Anthropométrie	2
II. Activité physique / Sédentarité	5
III. Consommation de tabac	8
IV. Consommation d'alcool	13
V. Hormones et vie reproductive.....	16
VI. Sexualité.....	20
VII. État de santé.....	23
VIII. Moral	48
IX. Examens pratiqués.....	54
X. Traitements	64
XI. Interventions chirurgicales et hospitalisations	75
XII. Situation socio-économique et emploi	83

I. ANTHROPOMÉTRIE

Page 1 : Préalable

Pour remplir ce questionnaire dans les meilleures conditions, il faudrait que vous puissiez monter sur **une balance** pour nous fournir votre poids actuel et que vous ayez sous la main un **mètre ruban** pour pouvoir mesurer votre tour de taille et de hanches.

Astuce : si vous n'avez pas de mètre ruban, vous pouvez prendre une ficelle ou une ceinture pour faire le tour de votre corps, puis mesurer la distance avec un mètre.

Merci pour votre collaboration !

Page 2 : Anthropométrie

Indiquez votre taille, en cm : _____

Pour les femmes :

Indiquez votre tour de taille, à l'endroit le plus creux au-dessus du nombril, en cm (à mesurer en fin d'expiration, sans rentrer le ventre) : _____

Indiquez votre tour de taille, au niveau du nombril, en cm (à mesurer en fin d'expiration, sans rentrer le ventre) : _____

Indiquez votre tour de hanches, en cm (à mesurer à l'endroit le plus large sous le nombril) : _____

Êtes-vous actuellement enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les femmes enceintes :

Indiquez votre poids avant le début de votre grossesse, en kg : _____

Pour les hommes et pour les femmes non enceintes :

Indiquez votre poids actuel à jeun le matin, en kg : _____

Vous êtes-vous pesé(e) pour répondre à cette question ? ☐ Oui ☐ Non

Comment évolue votre poids depuis un an ?

- ☐ Perte de poids
- ☐ Poids stable (prise ou perte de moins de 1 kg)
- ☐ Prise de poids

Depuis un an, avez-vous essayé de perdre du poids ? ☐ Oui ☐ Non

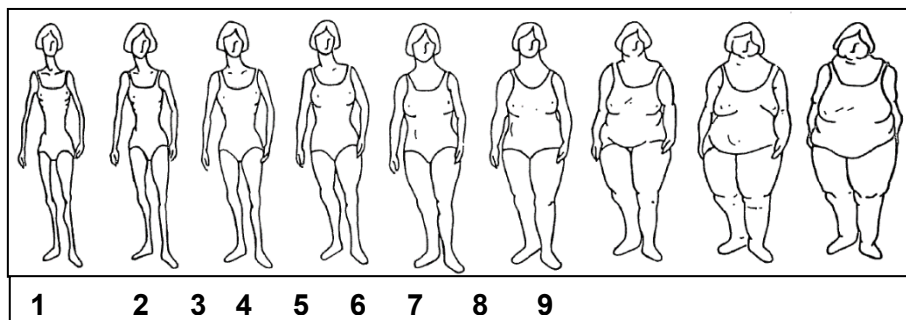
Si Oui →

Comment avez-vous essayé de perdre du poids ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ En réduisant les quantités consommées
- ☐ En suivant un régime particulier (hyper-protéiné, hypo-calorique...)
- ☐ En surveillant vos habitudes alimentaires
- ☐ En augmentant votre activité physique et sportive (marche, montée d'escaliers...)
- ☐ Avec des compléments alimentaires ou des plantes médicinales
- ☐ Avec des médicaments
- ☐ En ayant recours à la chirurgie
- ☐ Autre (acupuncture, hypnose...)

Pour les femmes (+ adapter la question selon l'âge) :

À l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie :



À l'âge de 10 ans : __

À l'âge de 20 ans : __

À l'âge de 30 ans : __

À l'âge de 40 ans : __

À l'âge de 50 ans : __

À l'âge de 60 ans : __

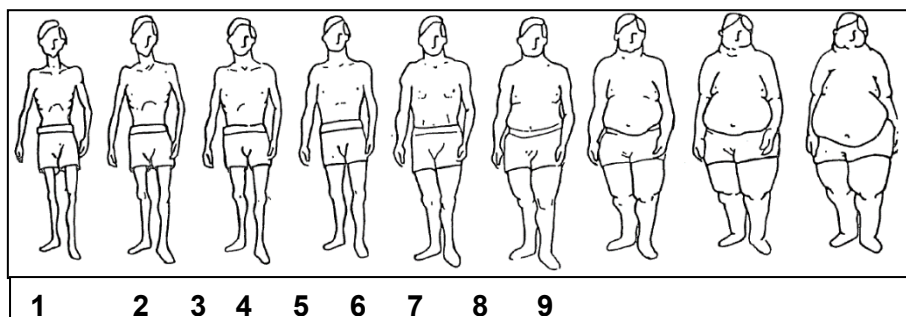
À l'âge de 70 ans : __

À l'âge de 80 ans : __

Actuelle : __

Pour les hommes (+ adapter la question selon l'âge)

À l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie :



À l'âge de 10 ans : __

À l'âge de 20 ans : __

À l'âge de 30 ans : __

À l'âge de 40 ans : __

À l'âge de 50 ans : ____
À l'âge de 60 ans : ____
À l'âge de 70 ans : ____
À l'âge de 80 ans : ____
Actuelle : ____

Page 3 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

II. ACTIVITÉ PHYSIQUE / SÉDENTARITÉ

Page 1 : Activité physique

Au cours de l'année passée, combien de temps par semaine, en moyenne, avez-vous consacré :

▪ **À la marche (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs...) ?**

Une semaine d'hiver : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Une semaine d'été : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ **À faire du vélo (y compris pour aller au travail, pour vos loisirs...) ?**

Une semaine d'hiver : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Une semaine d'été : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ **Au jardinage et/ou au bricolage ?**

Une semaine d'hiver : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Une semaine d'été : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ **Aux tâches ménagères (cuisine, ménage...) ?**

Une semaine d'hiver : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Une semaine d'été : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ **Au sport (natation, gymnastique, tennis...) ?**

Une semaine d'hiver : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Une semaine d'été : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Avez-vous pratiqué une (ou plusieurs) de ces activités assez vigoureusement pour provoquer une accélération du pouls ou en transpirer ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Combien de temps en moyenne par semaine avez-vous pratiqué ces activités vigoureuses ?

Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Au cours de l'année passée, combien d'étages avez-vous montés à pied en moyenne par jour ? _____

Si vous exercez une activité professionnelle, indiquez ce qui la décrit le mieux :

- ☐ Vous êtes assis(e) la majeure partie de la journée
- ☐ Vous êtes debout mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier
- ☐ Votre activité requiert des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils...)

Page 2 : Sédentarité

Au cours de l'année passée, combien de jours de travail avez-vous effectués par semaine en moyenne ? _____

Au cours de l'année passée, combien d'heures par jour, en moyenne, êtes-vous resté(e) assis(e) ou allongé(e) :

▪ Dans les transports (en voiture, bus, train...) ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ Derrière un bureau ou devant un ordinateur (y compris les jeux vidéo), au travail ou à la maison ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ Devant la télévision ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ À table, pendant les repas ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ Pour des activités de loisirs (à discuter, téléphoner, lire, écouter de la musique ou la radio, dessiner, cinéma...) ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

▪ À ne rien faire (repos éveillé) ?

Un jour de travail : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Un jour de repos : Heure(s) : _____ Minute(s) : _____

Page 3 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

- ☐ En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses

III. CONSOMMATION DE TABAC

Page 1 : Votre consommation de tabac

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____
- Avez-vous déjà arrêté puis recommencé à fumer ?
☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- Combien de temps au total ces périodes d'arrêt ont-elles duré ?
☐ Moins d'1 an
☐ 1 an ou +

Si + d'1 an → Combien d'années au total ces périodes d'arrêt ont-elles duré ? _____

- Sur l'ensemble de vos périodes de consommation de tabac, combien d'années au total avez-vous fumé ? _____
- Fumez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non

Si fumeur actuel → Quel(s) type(s) de tabac fumez-vous ?

- ☐ Cigarettes
- ☐ Cigarettes sans filtre
- ☐ Cigarettes roulées avec filtre
- ☐ Cigarettes roulées sans filtre
- ☐ Cigarillos
- ☐ Cigares
- ☐ Pipes
- ☐ Chichas (ou narguils)

Si cigarettes :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigarettes sans filtres :

Combien de cigarettes sans filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigarettes roulées avec filtre :

Combien de cigarettes roulées avec filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigarettes roulées sans filtre :

Combien de cigarettes roulées sans filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigarillos :

Combien de cigarillos fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigares :

Combien de cigares fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si pipes :

Combien de pipes fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si chichas :

Combien de chichas fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

***Si 1 par jour ou + →* Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____**

Si ex-fumeur →

À quel âge avez-vous arrêté ? _____

Quel(s) type(s) de tabac fumiez-vous ?

- ☐ Cigarettes
- ☐ Cigarettes sans filtre
- ☐ Cigarettes roulées avec filtre
- ☐ Cigarettes roulées sans filtre
- ☐ Cigarillos
- ☐ Cigares
- ☐ Pipes
- ☐ Chichas (ou narguils)

Si cigarettes :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

***Si 1 par jour ou + →* Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____**

Si cigarettes sans filtres :

Combien de cigarettes sans filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

***Si 1 par jour ou + →* Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____**

Si cigarettes roulées avec filtre :

Combien de cigarettes roulées avec filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

***Si 1 par jour ou + →* Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____**

Si cigarettes roulées sans filtre :

Combien de cigarettes roulées sans filtre fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigarillos :

Combien de cigarillos fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si cigares :

Combien de cigares fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si pipes :

Combien de pipes fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Si chichas :

Combien de chichas fumez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1 par jour
- ☐ 1 par jour ou +

Si 1 par jour ou + → Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? _____

Pendant l'enfance et/ou l'adolescence, avez-vous vécu dans une pièce enfumée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui : Combien d'heures par jour environ ? _____
Pendant combien d'années ? _____

À l'âge adulte, avez-vous travaillé ou vécu dans une pièce enfumée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui : Combien d'heures par jour environ ? _____
Pendant combien d'années ? _____

Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui : Depuis combien d'années ? _____

Combien de recharges par mois consommez-vous en moyenne ?

Quel est le taux de nicotine habituel de vos recharges ?

- ☐ 0 mg/ml
☐ 3 mg/ml
☐ 5 ou 6 mg/ml
☐ 9 mg/ml
☐ 11 ou 12 mg/ml
☐ 16 ou 18 mg/ml
☐ 19,6 mg/ml

Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous la cigarette électronique ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Par goût
☐ Pour réduire ma consommation de tabac
☐ Pour arrêter de fumer
☐ Pour réduire ma dépendance à la nicotine
☐ Par curiosité
☐ Pour la liberté d'usage
☐ Par respect pour l'entourage (pour ne pas déranger)

Page 2 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Validation de votre questionnaire : ☐

☐ En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses

IV. CONSOMMATION D'ALCOOL

Page 1 : Votre consommation de boissons alcoolisées

Pour les questions suivantes, merci d'indiquer un nombre de verres standards en moyenne par semaine.

- Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre consommation de vin (rouge, rosé, blanc, champagne, etc.) en nombre de verres ? (Un verre standard de vin = 125 ml)

Si > 0 → Merci de remplir le tableau ci-dessous pour répartir votre consommation de vin entre les différents types de vin :

	Jamais ou très rarement	Quelquefois	Assez souvent	Très souvent
Vous buvez du vin rouge	☐	☐	☐	☐
Vous buvez du vin blanc	☐	☐	☐	☐
Vous buvez du vin rosé	☐	☐	☐	☐
Vous buvez du champagne ou du mousseux	☐	☐	☐	☐

- Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre consommation de cidre ou de bière en nombre de verres ? (Un verre standard de bière = 250 ml)

Si > 0 → Merci de remplir le tableau suivant pour répartir votre consommation entre les différents types de bière et de cidre listés ci-dessous :

	Jamais ou très rarement	Quelquefois	Assez souvent	Très souvent
Vous buvez du cidre doux	☐	☐	☐	☐
Vous buvez du cidre brut	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool inférieur à	☐	☐	☐	☐

3,4° (Lindemans Framboise®, Stella Artois light®...)				
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool compris entre 3,5° et 5,5° (Kronenbourg®, Heineken®, Guinness Stout® ...)	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool compris entre 5,6° et 8° (Leffe®, Grimbergen®...)	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool supérieur à 8° (3 monts®, Guinness Special®, Amsterdam®...)	☐	☐	☐	☐

- Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre consommation d'apéritifs (porto, muscat, Suze®, Martini®, etc.) en nombre de verres ? (Un verre standard d'apéritif = 70 ml)

- Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre consommation d'alcool fort (whisky, vodka, rhum, pastis, etc.), pur ou en cocktail, en nombre de verres ? (Un verre standard d'alcool fort = 40 ml)

- Cette année, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou + d'alcool, lors d'une même occasion ?
 - ☐ Jamais
 - ☐ Moins d'1 fois par mois
 - ☐ Tous les mois
 - ☐ Toutes les semaines
 - ☐ Tous les jours ou presque

Page 2 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

V. HORMONES ET VIE REPRODUCTIVE

Page 1 : Généralités

Pendant votre puberté, avez-vous souffert d'acné sévère ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui →

Avez-vous été traité(e) pour cette acné ?

- ☐ Oui ☐ Non

Pour les hommes :

À quel âge (même approximatif) avez-vous débuté votre puberté (augmentation rapide de la taille, de la pilosité, des testicules, modification de la voix) ? _____

Combien d'enfant(s) avez-vous eu(s) ? _____

Avez-vous déjà essayé de concevoir un enfant pendant plus de 12 mois sans succès ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà, vous ou votre partenaire, fait des examens ou été pris(e) en charge pour difficulté à concevoir un enfant ?

- ☐ Oui, vous
☐ Oui, votre partenaire
☐ Oui, tous les deux
☐ Non, ni vous ni votre partenaire

Page 2 : Règles → Pour les femmes seulement

Avez-vous été réglée ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

À quel âge (même approximatif) avez-vous eu vos premières règles ? _____

Quelle est la date de vos dernières règles (même approximative) ?

Mois : _____ Année : _____

Si vous n'avez pas eu vos règles depuis 3 mois ou plus. Est-ce parce que :

(plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Vous êtes enceinte
☐ Vous allaitez
☐ Vous utilisez un moyen de contraception qui supprime les règles [pilule en continu, progestatifs seuls, stérilet hormonal (Miréna®, Jaydess®), implant contraceptif]
☐ Vous êtes ménopausée

- ☐ Vous avez eu une ablation de l'utérus
- ☐ Autre situation

Si ménopause :

À quel âge (même approximatif) avez-vous été ménopausée ? _____

Votre ménopause était-elle ?

- ☐ Naturelle
- ☐ Artificielle

Si ménopause artificielle :

Est-ce parce que vous avez eu ?

- ☐ Une ablation des deux ovaires
- ☐ Une radiothérapie ovarienne
- ☐ Une chimiothérapie
- ☐ Autre

Si Autre → Précisez : _____

Si Ablation 2 ovaires → Vous avez eu une ablation des deux ovaires, précisez la date (même approximative) :

Ovaire droit : Mois : _____ Année : _____

Ovaire gauche : Mois : _____ Année : _____

Si Ablation utérus → Vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date (même approximative) :

Mois : _____ Année : _____

Information : Les règles sont considérées comme régulières quand les cycles durent entre 25 et 31 jours inclus.

Pour les femmes de moins de 35 ans :

Vos règles sont-elles ?

- ☐ Régulières spontanément
- ☐ Régulières sous pilule ou autre traitement hormonal
- ☐ Irrégulières

Quelle est la durée moyenne de vos règles (nombre de jours de saignements) ? _____

Si règles régulières → Quelle est la durée moyenne de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Si règles irrégulières :

Quelle est la durée minimale de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Quelle est la durée maximale de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Pour les femmes de 35 ou plus :

Quand vous aviez entre 20 et 30 ans, vos règles étaient-elles ?

- ☐ Régulières spontanément
- ☐ Régulières sous pilule ou autre traitement hormonal
- ☐ Irrégulières

Quelle était la durée moyenne de vos règles (nombre de jours de saignements) ? _____

Si règles régulières → Quelle était la durée moyenne de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Si règles irrégulières :

Quelle était la durée minimale de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Quelle était la durée maximale de vos cycles menstruels (du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? (en jours) _____

Pour toutes les femmes, sans considération d'âge :

Comment évalueriez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles, sans traitement ?
Curseur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable)

Comment évalueriez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles, avec traitement ?

Curseur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable)

Page 3 : Grossesses → Pour les femmes seulement

Avez-vous déjà été enceinte (quelle que soit l'issue de la grossesse) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui :

Nombre de grossesses avec un enfant né vivant : _____

Nombre de grossesses multiples avec deux enfants (ou plus) nés vivants :

Nombre de grossesses avec un (ou plusieurs) enfant(s) mort-né(s) :

Nombre de fausses couches spontanées : _____

Nombre d'IVG (Interruption volontaire de grossesse) : ____

Nombre d'IMG (Interruption médicale de grossesse, appelée autrefois avortement thérapeutique) : ____

Page 4 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses.**

VI. SEXUALITÉ

Page 1 : Votre sexualité

Nous vous rappelons que toutes les questions auxquelles vous répondez dans l'étude E4N sont traitées dans le plus strict anonymat.

Êtes-vous en couple ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui →

Actuellement, comment considérez-vous votre vie de couple ?

- ☐ Très satisfaisante
☐ Satisfaisante
☐ Pas très satisfaisante
☐ Pas du tout satisfaisante

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? _____

Au cours de votre vie, avec combien de partenaires différent(e)s avez-vous eu des rapports sexuels ? _____

Était-ce avec ?

- ☐ Uniquement des hommes
☐ Uniquement des femmes
☐ Des hommes et des femmes

Si homme :

Comment vous considérez-vous ?

- ☐ Hétérosexuel
☐ Homosexuel
☐ Bisexuel
☐ Je ne souhaite pas répondre

Si femme :

Comment vous considérez-vous ?

- Hétérosexuelle
Homosexuelle
Bisexuelle
Je ne souhaite pas répondre

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un nouveau ou une nouvelle partenaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Au cours du mois dernier, avez-vous eu des rapports sexuels ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui →

À quelle fréquence était-ce ?

- ☐ 1 à 3 fois dans le mois
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 6 fois par semaine
- ☐ 1 fois par jour ou plus

Actuellement, avez-vous des rapports sexuels avec un(e) partenaire stable ?

- ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Jamais ou exceptionnellement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent ou régulièrement
- ☐ Toujours

Si parfois, souvent ou toujours → De quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

- ☐ Les douleurs ne gênent pas les rapports
- ☐ Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à les interrompre
- ☐ Les douleurs obligent parfois à interrompre les rapports
- ☐ Les rapports sont impossibles à cause de la douleur

Actuellement, comment considérez-vous votre vie sexuelle ?

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Pas très satisfaisante
- ☐ Pas du tout satisfaisante

Pour les femmes → Vous arrive-t-il d'avoir des rapports sexuels pendant vos règles ?

- ☐ Oui ☐ Non

Pour les hommes → Êtes-vous circoncis ?

- ☐ Oui ☐ Non

Page 2 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en

compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

VII. ÉTAT DE SANTÉ

Page 1 : Santé globale

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

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Médiocre
- ☐ Mauvaise

Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

*Dans les pages suivantes, nous allons vous questionner sur votre état de santé **jusqu'à aujourd'hui**. Nous allons également vous demander de dater ces événements de santé : si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même événement, merci d'indiquer la **date de l'évènement le plus récent**.*

Page 2 : Maladies cardiovasculaires, neurologiques, neurovasculaires, endocriniennes et des voies respiratoires

*Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même événement, merci d'indiquer la **date de l'évènement le plus récent**.*

Maladies cardiovasculaires

Cochez les maladies cardiovasculaires vous concernant :

- ☐ Angine de poitrine
- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Artérite des membres inférieurs
- ☐ Anévrisme aortique
- ☐ Fibrillation / Flutter auriculaire
- ☐ Autres troubles du rythme cardiaque
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Hypertension artérielle traitée
- ☐ Phlébite profonde (hors phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire
- ☐ Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie)
- ☐ Autre maladie cardiovasculaire
- ☐ Aucune

▪ ***Si angine de poitrine :***

Vous avez déclaré avoir eu une angine de poitrine, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Infarctus du myocarde :***

- Vous avez déclaré avoir eu un infarctus du myocarde.
- Combien d'évènements avez-vous eu(s) ?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3 ou +
- Pourriez-vous préciser en quelle année avez-vous eu votre dernier infarctus ? _____

▪ ***Si angine de poitrine ou infarctus :***

Avez-vous eu une intervention pour pontage ou « stent », ou une angioplastie ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Pourriez-vous préciser en quelle année avez-vous eu cette intervention ? _____

▪ ***Si Artérite des membres inférieurs :***

Vous avez déclaré avoir eu une artérite des membres inférieurs.

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- Elle a été traitée :
 - ☐ Par pontage ou amputation
 - ☐ Par angioplastie ou stent
 - ☐ Par médicaments
 - ☐ Aucun traitement

▪ ***Si Anévrisme aortique :***

Vous avez déclaré avoir eu un anévrisme aortique, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Fibrillation / flutter auriculaire :***

Vous avez déclaré une fibrillation / flutter auriculaire.

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- Celle-ci était :
 - ☐ Permanente
 - ☐ Par crise

▪ ***Si Autres Troubles du rythme cardiaque :***

Vous avez déclaré avoir eu d'autres troubles du rythme cardiaque.

- Merci de préciser lesquels : _____

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Insuffisance cardiaque :**
Vous avez déclaré souffrir d'insuffisance cardiaque, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____
- **Si Hypertension artérielle traitée :**
Vous avez déclaré avoir une hypertension artérielle traitée, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____
- **Si Phlébite profonde / Embolie pulmonaire :**
Vous avez déclaré avoir eu une phlébite profonde / une embolie pulmonaire, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie) :**
Vous avez déclaré avoir une maladie d'une valve cardiaque, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____
 - Il s'agit :
 - ☐ D'un rétrécissement
 - ☐ D'une fuite
 - Il s'agit d'une atteinte de :
 - ☐ La valve aortique
 - ☐ La valve mitrale
- **Si autre maladie cardiaque :**
Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie cardiovasculaire.
 - De quelle maladie s'agit-il ? _____
 - Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____
- **Si une maladie cardiaque cochée :**
 - Avez-vous un pacemaker ?
 - ☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous un défibrillateur ?
 - ☐ Oui ☐ Non

Maladies neurologiques et neurovasculaires

Cochez les maladies neurologiques et/ou neurovasculaires vous concernant :

- ☐ Migraine
- ☐ Vertiges nécessitant un traitement
- ☐ AVC (accident vasculaire cérébral) / Hémorragie cérébrale / « attaque »
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Sclérose en plaques
- ☐ Syndrome Guillain Barré
- ☐ Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation
- ☐ Maladie d'Alzheimer
- ☐ Autre maladie neurologique
- ☐ Aucune

- ***Si Migraine***

Vous avez déclaré avoir (ou avoir eu) des migraines.

- **Elles sont (ou étaient) :**
 - ☐ Avec aura
 - ☐ Sans aura
 - ☐ Autres maux de tête chroniques
- **Pourriez-vous préciser en quelle année avez-vous eu votre dernière migraine ? _____**

- ***Si vertiges nécessitant un traitement :***

Vous avez déclaré avoir eu des vertiges nécessitant un traitement, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- ***Si AVC / Hémorragie cérébrale / « attaque » :***

Vous avez déclaré avoir eu un AVC (accident vasculaire cérébral) / Hémorragie cérébrale / « attaque ».

- **Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____**
- **S'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

- ***Si Maladie de Parkinson :***

Vous avez déclaré avoir la maladie de Parkinson, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

- ***Si Sclérose en plaques***

Vous avez déclaré avoir une sclérose en plaques, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

- ***Si Syndrome Guillain Barré***

Vous avez déclaré avoir le syndrome de Guillain Barré, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

- **Si Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation**
Vous avez déclaré avoir eu des troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Maladie d'Alzheimer**
Vous avez déclaré avoir la maladie d'Alzheimer, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____
- **Si autre maladie neurologique**
Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie neurologique.
 - De quelle maladie s'agit-il ? _____
 - Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Pathologies endocriniennes

Cochez les pathologies endocriniennes vous concernant :

- ☐ Diabète (type 1, type 2, gestationnel, autre)
- ☐ Maladie thyroïdienne bénigne
- ☐ Autre maladie endocrinienne
- ☐ Aucune

▪ **Si diabète :**

Vous avez déclaré avoir (ou avoir eu) du diabète.

Si homme → Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète :

- ☐ De type 1
- ☐ De type 2

Si femme → Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète :

- ☐ De type 1
- ☐ De type 2
- ☐ Gestationnel

▪ **Ce diabète est (ou était) traité par (plusieurs réponses possibles) :**

- ☐ Régime alimentaire
- ☐ Metformine
- ☐ Sulfamide hypoglycémiant
- ☐ Répaglinide
- ☐ Inhibiteurs des alphaglucosidases
- ☐ Inhibiteurs de la DPP-4
- ☐ Analogues du GLP-1
- ☐ Insuline
- ☐ Non traité

- Pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

- **Si maladie thyroïdienne bénigne :**

Vous avez déclaré avoir eu une maladie thyroïdienne bénigne.

- Il s'agissait (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Hyperthyroïdie
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Nodule
- ☐ Goitre

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- **Si autre maladie endocrinienne :**

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie endocrinienne.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____

- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Maladies des voies respiratoires

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

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?

- ☐ Oui ☐ Non

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

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été traité(e) pour vos crises ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Avez-vous été traité(e) dans les 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Cochez les maladies des voies respiratoires vous concernant :

- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Emphysème
- ☐ Infections ORL répétées (angines, otites, pharyngites, laryngites, sinusites)
- ☐ Pneumonie
- ☐ Insuffisance respiratoire
- ☐ Autre maladie des voies respiratoires
- ☐ Aucune

▪ ***Si Bronchite chronique :***

Vous avez déclaré souffrir de bronchite chronique, en quelle année avez-vous eu votre dernière bronchite ? _____

▪ ***Si Emphysème :***

Vous avez déclaré avoir eu de l'emphysème, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Infections ORL répétées (angines, otites, pharyngites, laryngites, sinusites) :***

Vous avez déclaré avoir eu des infections ORL répétées, en quelle année avez-vous eu votre dernière infection ? _____

▪ ***Si Pneumonie :***

Vous avez déclaré avoir eu une pneumonie, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Insuffisance respiratoire :***

Vous avez déclaré souffrir d'insuffisance respiratoire, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____

▪ ***Si autre maladie respiratoire :***

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie des voies respiratoires.

- **De quelle maladie s'agit-il ? _____**
- **Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____**

Page 3 : Cancer

*Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même évènement, merci d'indiquer **la date de l'évènement le plus récent.***

Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu un cancer ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui et homme :

Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ?

- ☐ Prostate
- ☐ Intestin (côlon/rectum)
- ☐ Poumon
- ☐ Vessie
- ☐ ORL (lèvre/bouche/pharynx)
- ☐ Rein
- ☐ Foie
- ☐ Pancréas
- ☐ Peau
- ☐ Estomac
- ☐ Autre **Si Autre coché → Précisez :**
- ☐ Système nerveux central
- ☐ Œsophage
- ☐ Larynx
- ☐ Sang
- ☐ Thyroïde
- ☐ Leucémie
- ☐ Lymphome
- ☐ Testicules
- ☐ Autre

Si oui et femme :

Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ?

- ☐ Sein
- ☐ Intestin (côlon/rectum)
- ☐ Poumon
- ☐ Utérus
- ☐ ORL (lèvre/bouche/pharynx)
- ☐ Rein
- ☐ Foie
- ☐ Pancréas
- ☐ Peau
- ☐ Ovaire
- ☐ Thyroïde
- ☐ Autre **Si Autre coché → Précisez :**
- ☐ Vessie
- ☐ Estomac
- ☐ Système nerveux central
- ☐ Œsophage
- ☐ Larynx
- ☐ Sang
- ☐ Leucémie
- ☐ Lymphome
- ☐ Autre

▪ **Si prostate :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de la prostate, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

■ **Si sein :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du sein.

- **Il s'agissait :**
 - ☐ Du sein gauche
 - ☐ Du sein droit
 - ☐ Des deux seins
- **Pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?**

Mois : _____ Année : _____

■ **Si intestin :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de l'intestin.

- **Il s'agissait d'un cancer :**
 - ☐ Du côlon
 - ☐ Du rectum

Si côlon → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du cancer du côlon?

Mois : _____ Année : _____

Si rectum → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du cancer du rectum?

Mois : _____ Année : _____

■ **Si poumon :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du poumon, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

■ **Si Vessie :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de la vessie, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

■ **Si Utérus :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de l'utérus.

- **Il s'agissait d'un cancer :**
 - ☐ Du col
 - ☐ Du corps

Si col → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du cancer du col de l'utérus ?

Mois : _____ Année : _____

Si corps de l'utérus → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du cancer du corps de l'utérus ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si ORL :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer ORL, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si rein :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du rein, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si foie :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du foie, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si pancréas :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du pancréas, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si peau :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de la peau.

○ **Il s'agissait d'un :**

- ☐ Carcinome basocellulaire
- ☐ Carcinome spinocellulaire
- ☐ Mélanome

Si Baso → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du carcinome basocellulaire ?

Mois : _____ Année : _____

Si Spino → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du carcinome spinocellulaire ?

Mois : _____ Année : _____

Si Mélanome → Pourriez-vous préciser la date de diagnostic du mélanome ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si estomac :**

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de l'estomac, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si ovaire :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de l'ovaire, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si thyroïde :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de la thyroïde, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si système nerveux central :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du système nerveux central, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si œsophage :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer de l'œsophage, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si larynx :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du larynx, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si sang :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du sang, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si leucémie :***

Vous avez déclaré avoir eu une leucémie, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si lymphome :***

Vous avez déclaré avoir eu un lymphome, pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ ***Si testicules :***

Vous avez déclaré avoir eu un cancer du (ou des) testicule(s), pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : _____ Année : _____

▪ **Si autre :**

- **Merci d'indiquer la localisation de ce cancer :**

- **Pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?**

Mois : _____ Année : _____

Page 4 : Maladies de l'appareil digestif, urinaire, gynécologique ou spécifiques à l'homme

*Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même évènement, merci d'indiquer **la date de l'évènement le plus récent**.*

Maladies de l'appareil digestif

Cochez les maladies de l'appareil digestif vous concernant :

- ☐ Polype du côlon ou du rectum
- ☐ Infection à *Helicobacter pylori*
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Hernie hiatale
- ☐ Calculs de la vésicule biliaire
- ☐ Ulcère de l'estomac ou du duodénum
- ☐ Hémorroïdes
- ☐ Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique
- ☐ Maladie du foie
- ☐ Fuite de selle
- ☐ Troubles fonctionnels intestinaux (colopathie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable, ballonnements chroniques)
- ☐ Maladie coéliquaue
- ☐ Sigmoïdite diverticulaire
- ☐ Autre maladie de l'appareil digestif
- ☐ Aucune

▪ **Si Polype du côlon ou du rectum :**

Vous avez déclaré avoir eu un polype du côlon ou du rectum, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Infection à *Helicobacter pylori* :**

Vous avez déclaré avoir eu une infection à *Helicobacter pylori*, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Reflux gastro œsophagien :**

Vous avez déclaré avoir eu des reflux gastro-œsophagiens, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- ***Si Hernie hiatale :***
Vous avez déclaré avoir eu une hernie hiatale, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Calculs de la vésicule biliaire :***
Vous avez déclaré avoir eu des calculs de la vésicule biliaire, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Ulcère de l'estomac ou duodénum :***
Vous avez déclaré avoir eu un ulcère de l'estomac ou du duodénum, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Hémorroïdes :***
Vous avez déclaré avoir eu des hémorroïdes, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique :***
Vous avez déclaré souffrir de la maladie de Crohn ou d'une rectocolite hémorragique, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____
- ***Si Maladie du foie :***
Vous avez déclaré avoir eu une maladie du foie.
 - Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
 - Il s'agissait d'une maladie :
 - ☐ Aiguë
 - ☐ Chronique
 - Elle était d'origine :
 - ☐ Virale
 - ☐ Auto-immune
 - ☐ Liée au diabète ou au surpoids
 - ☐ Médicamenteuse
 - ☐ Liée à l'alcool
 - ☐ Autre cause ***Si Autre cause coché*** → Précisez : _____
- ***Si Fuite de selle :***
Vous avez déclaré avoir eu des fuites de selle, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Troubles fonctionnels intestinaux :***
Vous avez déclaré avoir eu des troubles fonctionnels intestinaux, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- ***Si Maladie cœliaque :***

Vous avez déclaré avoir la maladie cœliaque, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

■ ***Si Sigmoidite diverticulaire :***

Vous avez déclaré avoir eu une sigmoidite diverticulaire.

- **Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____**
- **Elle a été traitée par (plusieurs réponses possibles) :**
 - ☐ Antibiotiques
 - ☐ Chirurgie
 - ☐ Non traitée

■ ***Si autre maladie digestive :***

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie digestive.

- **De quelle maladie s'agit-il ? _____**
- **Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____**

Maladies de l'appareil urinaire

Cochez les maladies de l'appareil urinaire vous concernant :

- ☐ Calculs des voies urinaires / coliques néphrétiques
- ☐ Insuffisance rénale / créatininémie anormale (ou urée sanguine anormale)
- ☐ Infections urinaires répétées (+ de 4 fois par an)
- ☐ Pyélonéphrite
- ☐ Incontinence urinaire
- ☐ Autre maladie de l'appareil urinaire
- ☐ Aucune

■ ***Si Calculs des voies urinaires / coliques néphrétiques***

Vous avez déclaré avoir eu des calculs des voies urinaires / des coliques néphrétiques, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

■ ***Si Insuffisance rénale / créatininémie anormale (ou urée sanguine anormale)***

Vous avez déclaré avoir eu une insuffisance rénale / une créatininémie anormale, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

■ ***Si Infections urinaires répétées***

Vous avez déclaré avoir des infections urinaires répétées, en quelle année avez-vous eu votre dernière infection ? _____

■ ***Si Pyélonéphrite***

Vous avez déclaré avoir eu une pyélonéphrite, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

■ **Si Incontinence urinaire**

Vous avez déclaré souffrir d'incontinence urinaire.

- **À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?**
 - ☐ 1 fois par semaine au maximum
 - ☐ 2 à 3 fois par semaine
 - ☐ Environ 1 fois par jour
 - ☐ Plusieurs fois par jour
 - ☐ Tout le temps
- **Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?**
 - ☐ Une petite quantité
 - ☐ Une quantité moyenne
 - ☐ Une grande quantité
- **À quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?**

Curseur :

(pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (vraiment beaucoup)

- **Quand avez-vous des pertes d'urine ?** (plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Avant de pouvoir arriver aux toilettes
 - ☐ Quand vous toussiez ou éternuez
 - ☐ Quand vous dormez
 - ☐ Quand vous avez une activité physique
 - ☐ Sans cause apparente
 - ☐ Tout le temps
- **Pourriez-vous préciser en quelle année cela a-t-il débuté ? _____**

■ **Si autre maladie urinaire**

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie de l'appareil urinaire.

- **De quelle maladie s'agit-il ? _____**
- **Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____**

Si femme :

Maladies gynécologiques

Cochez les maladies gynécologiques vous concernant :

- ☐ Polype utérin ou hyperplasie endométriale
- ☐ Endométriose
- ☐ Fibrome utérin
- ☐ Kyste de l'ovaire persistant plus de 3 mois
- ☐ Maladie bénigne du sein

- ☐ Autre maladie gynécologique
- ☐ Aucune

▪ **Si Polype utérin ou hyperplasie endométriale**

Vous avez déclaré avoir eu un polype utérin ou de l'hyperplasie endométriale, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Endométriose**

Vous avez déclaré avoir une endométriose, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Fibrome utérin**

Vous avez déclaré avoir eu un fibrome utérin, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Kyste de l'ovaire**

Vous avez déclaré avoir eu un kyste de l'ovaire persistant, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Maladie bénigne du sein**

Vous avez déclaré avoir eu une maladie bénigne du sein.

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- S'agissait-il d'un adénome du sein ou d'un fibro-adénome ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non **Si Oui →** Il s'agissait :
 - ☐ Du sein gauche
 - ☐ Du sein droit
 - ☐ Des deux seins

- S'agissait-il d'une hyperplasie atypique (canalaire ou lobulaire) ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non **Si Oui →** Il s'agissait d'une hyperplasie atypique :
 - ☐ Lobulaire
 - ☐ Canalaire

- Il s'agissait :**
- ☐ Du sein gauche
 - ☐ Du sein droit
 - ☐ Des deux seins

- S'agissait-il d'un kyste du sein ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non **Si Oui →** Il s'agissait :
 - ☐ Du sein gauche
 - ☐ Du sein droit
 - ☐ Des deux seins

- S'agissait-il d'une dystrophie fibro-kystique ?

- ☐ Oui

- ☐ Non *Si Oui →*

Il s'agissait :

- ☐ Du sein gauche

- ☐ Du sein droit

- ☐ Des deux seins

- *Si autre maladie gynéco*

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie gynécologique.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____

- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Si homme :

Maladies spécifiques à l'homme

Cochez les maladies vous concernant :

- ☐ Adénome / hypertrophie de la prostate
- ☐ Gynécomastie
- ☐ Hypospadias
- ☐ Mauvaise descente du (ou des) testicule(s)
- ☐ Autre maladie masculine
- ☐ Aucune

- *Si Adénome / hypertrophie de la prostate*

Vous avez déclaré avoir eu un adénome / une hypertrophie de la prostate, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- *Si Gynécomastie*

Vous avez déclaré avoir eu une gynécomastie, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- *Si Hypospadias*

Vous avez déclaré avoir eu un hypospadias, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- *Si Mauvaise descente des testicules*

Vous avez déclaré avoir eu une mauvaise descente du (ou des) testicule(s).

- Avez-vous été traité par chirurgie ?

- ☐ Oui

- ☐ Non

- Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- *Si autre maladie masculine*

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie masculine.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____
- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Page 5 : Maladie auto-immunes et infections

Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même évènement, merci d'indiquer la date de l'évènement le plus récent.

Maladies auto-immunes

Cochez les maladies auto-immunes vous concernant :

- ☐ Lupus cutané
- ☐ Lupus érythémateux disséminé (= systémique)
- ☐ Sclérodémie localisée ou systémique
- ☐ Vascularites
- ☐ Myosite / Polymyosite / Dermatomyosite
- ☐ Syndrome de Gougerot-Sjögren
- ☐ Purpura thrombopénique
- ☐ Autre maladie auto-immune
- ☐ Aucune

▪ **Si Lupus cutané**

Vous avez déclaré avoir eu un lupus cutané, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Lupus érythémateux disséminé**

Vous avez déclaré souffrir d'un lupus érythémateux disséminé, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Sclérodémie localisée et systémique**

Vous avez déclaré souffrir de sclérodémie localisée ou systémique, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Vascularites**

Vous avez déclaré avoir des vascularites, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Myosite / Polymyosite / Dermatomyosite**

Vous avez déclaré souffrir de myosite / polymyosite / dermatomyosite, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Syndrome de Gougerot-Sjögren**

Vous avez déclaré avoir le syndrome de Gougerot-Sjögren, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Purpura thrombopénique**

Vous avez déclaré avoir eu un purpura thrombopénique, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si autre maladie auto-immune**

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie auto-immune.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____
- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Infections

Cochez les infections dont vous avez souffert :

- ☐ Coqueluche
- ☐ Mononucléose infectieuse
- ☐ Oreillons
- ☐ Varicelle
- ☐ Zona
- ☐ Chlamydia
- ☐ Syphilis
- ☐ VIH (Sida)
- ☐ Chikungunya
- ☐ Dengue
- ☐ Paludisme (malaria)
- ☐ Hépatites virales
- ☐ Méningite
- ☐ Septicémie
- ☐ Toxoplasmose congénitale
- ☐ Tuberculose
- ☐ Aucune

▪ **Si Coqueluche**

Vous avez déclaré avoir eu la coqueluche pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Mononucléose infectieuse**

Vous avez déclaré avoir eu une mononucléose infectieuse, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ **Si Oreillons**

Vous avez déclaré avoir eu les oreillons, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

- **Si Varicelle**
Vous avez déclaré avoir eu la varicelle, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Zona**
Vous avez déclaré avoir eu un zona, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Chlamydia**
Vous avez déclaré avoir eu des chlamydia, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Syphilis**
Vous avez déclaré avoir eu la syphilis, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si VIH (Sida)**
Vous avez déclaré avoir le VIH (Sida), pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____
- **Si Chikungunya**
Vous avez déclaré être atteint(e) du chikungunya, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____
- **Si Dengue**
Vous avez déclaré avoir eu la dengue, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Paludisme (malaria)**
Vous avez déclaré avoir eu le paludisme (malaria), pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Hépatites virales**
Vous avez déclaré avoir eu une hépatite virale.
 - Pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
 - De quelle hépatite s'agissait-il ?
 - ☐ Hépatite A
 - ☐ Hépatite B
 - ☐ Hépatite C
 - ☐ Hépatite toxique
- **Si Méningite**
Vous avez déclaré avoir eu une méningite, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____
- **Si Septicémie**
Vous avez déclaré avoir eu une septicémie, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Toxoplasmose congénitale***

Vous avez déclaré avoir eu une toxoplasmose congénitale, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Tuberculose***

Vous avez déclaré avoir eu la tuberculose, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

Page 6 : Maladie musculo-squelettiques et syndrome des jambes sans repos

Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même évènement, merci d'indiquer la date de l'évènement le plus récent.

Maladies musculo-squelettiques

Cochez les maladies musculo-squelettiques vous concernant :

- ☐ Arthrose
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Pseudo polyarthrite rhizomélisque / Maladie de Horton
- ☐ Polyarthrite rhumatoïde
- ☐ Spondylarthrite ankylosante
- ☐ Rhumatisme psoriasique
- ☐ Autre maladie inflammatoire des articulations
- ☐ Aucune

▪ ***Si Ostéoporose***

Vous avez déclaré avoir de l'ostéoporose, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ ***Avez-vous eu des fractures ostéoporotiques ?***

Oui
Non

▪ ***Si Pseudo polyarthrite rhizomélisque / Maladie de Horton***

Vous avez déclaré avoir eu une pseudo polyarthrite rhizomélisque / Maladie de Horton, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si Polyarthrite rhumatoïde***

Vous avez déclaré souffrir de polyarthrite rhumatoïde, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ ***Si Spondylarthrite ankylosante***

Vous avez déclaré être atteint(e) de spondylarthrite ankylosante, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

▪ **Si Rhumatisme psoriasique**

Vous avez déclaré souffrir de rhumatismes psoriasiques.

- Pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____
- À quelle fréquence faites-vous des poussées de rhumatisme psoriasique ?
 - ☐ 1 fois par mois ou plus
 - ☐ 1 fois par an ou plus
 - ☐ Moins d'1 fois par an

▪ **Si autre maladie musculo-squelettique**

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie inflammatoire des articulations.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____
- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Syndrome des jambes sans repos

L'année passée, avez-vous eu des sensations désagréables dans les jambes (fourmillements, engourdissement ou douleur), accompagnées d'une agitation motrice ou d'une envie de vous déplacer ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui :

- **Ces symptômes apparaissent-ils uniquement lorsque vous êtes assis(e) ou au repos ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Ces symptômes diminuent-ils lorsque vous vous déplacez ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Ces symptômes sont-ils plus prononcés le soir ou la nuit que pendant la journée ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Combien de fois en moyenne avez-vous eu ces symptômes ?**
 - ☐ Moins d'une fois par mois
 - ☐ 1 fois par mois
 - ☐ 2 ou 3 fois par mois
 - ☐ 1 à 4 fois par semaine
 - ☐ 5 fois par semaine ou +

Si vous êtes concerné(e) par plusieurs épisodes d'un même évènement, merci d'indiquer la date de l'évènement le plus récent.

Maladies de la peau

Cochez les maladies de la peau vous concernant :

- ☐ Eczéma
- ☐ Urticaire
- ☐ Vitiligo
- ☐ Psoriasis
- ☐ Herpès
- ☐ Ulcères, plaies chroniques des membres inférieurs
- ☐ Autre maladie de la peau
- ☐ Aucune

■ **Si Eczéma :**

À quelle fréquence faites-vous des crises d'eczéma ?

- ☐ 1 fois par mois ou plus
- ☐ 1 fois par an ou plus
- ☐ Moins d'1 fois par an

■ **Si Urticaire :**

Vous avez déclaré être sujet à l'urticaire, pourriez-vous préciser en quelle année avez-vous fait votre dernière crise ? _____

■ **Si Vitiligo :**

Vous avez déclaré être atteint(e) de vitiligo, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? _____

■ **Si Psoriasis :**

Vous avez déclaré être atteint(e) de psoriasis, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

■ **Si Herpès :**

Vous avez déclaré avoir des poussées d'herpès. Il s'agit d'herpès :

- ☐ Labial
- ☐ Génital

Si herpès labial :

- **À quelle fréquence faites-vous des poussées d'herpès labial ?**
 - ☐ 1 fois par mois ou plus
 - ☐ 1 fois par an ou plus
 - ☐ Moins d'1 fois par an

Si herpès génital :

- À quelle fréquence faites-vous des poussées d'herpès génital ?
 - ☐ 1 fois par mois ou plus
 - ☐ 1 fois par an ou plus
 - ☐ Moins d'1 fois par an

▪ ***Si Ulcères, plaies chroniques des membres inférieurs :***

Vous avez déclaré avoir eu des ulcères, des plaies chroniques des membres inférieurs, pourriez-vous préciser en quelle année ? _____

▪ ***Si autre maladie de la peau :***

Vous avez déclaré avoir eu une autre maladie de la peau.

- De quelle maladie s'agit-il ? _____
- Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? _____

Troubles de l'humeur

Cochez les maladies vous concernant ou qui ont pu vous concerner :

- ☐ Dépression
- ☐ Burn-out
- ☐ Anxiété
- ☐ Insomnie
- ☐ Autres troubles psychologiques ou psychiatriques
- ☐ Aucune

▪ ***Si Dépression :***

Vous avez déclaré avoir souffert de dépression.

- En quelle année avez-vous vécu un premier épisode dépressif ? _____
- En quelle année est survenu l'épisode le plus récent ? _____

▪ ***Si Burn-out :***

- En quelle année avez-vous fait un burn-out ? _____

▪ ***Si Anxiété :***

Vous avez déclaré avoir souffert d'anxiété. Vous considérez-vous comme anxieux ?

- ☐ Toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement

▪ ***Si Insomnie :***

Vous avez déclaré avoir des problèmes de sommeil, à quelle fréquence en souffrez-vous ?

- ☐ Toujours

- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement

▪ **Si Autres troubles :**

Vous avez déclaré avoir souffert d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques. Merci de préciser s'il s'agit de :

- ☐ Anorexie
- ☐ Boulimie
- ☐ Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- ☐ État limite (syndrome borderline)
- ☐ Syndrome bipolaire
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Troubles de l'attention / hyperactivité
- ☐ Narcolepsie
- ☐ Autre

Page 8 : Autres problèmes de santé importants

Vous pouvez déclarer ici tout autre problème de santé important n'ayant pas été cité dans les pages précédentes :

Page 9 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

VIII. MORAL

Page 1 : Vos sentiments / comportements

(Echelle de dépression CES-D - Center for Epidemiologic Studies-Depression)

Au cours de la semaine passée, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Pour chaque ligne, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation :

		Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionne llement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemm ent, tout le temps (5 à 7 jours)
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	☐	☐	☐	☐
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit				
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	☐	☐	☐	☐
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	☐	☐	☐	☐
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	☐	☐	☐	☐
CES-D6	Je me suis senti(e) très déprimé(e)	☐	☐	☐	☐
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	☐	☐	☐	☐
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	☐	☐	☐	☐
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	☐	☐	☐	☐

CES-D10	Je me suis senti(e) craintif / craintive	☐	☐	☐	☐
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	☐	☐	☐	☐
CES-D12	J'ai été heureux / heureuse	☐	☐	☐	☐
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	☐	☐	☐	☐
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	☐	☐	☐	☐
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	☐	☐	☐	☐
CES-D16	J'ai profité de la vie	☐	☐	☐	☐
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	☐	☐	☐	☐
CES-D18	Je me suis senti(e) triste	☐	☐	☐	☐
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	☐	☐	☐	☐
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	☐	☐	☐	☐

Page 2 : Votre stress

(Perceived Stress Scale – Cohen & al., 1983*

* Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983, 24(4):385-96.)

Au cours du mois dernier (à chaque ligne, cochez une case) :

		Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
PSS-1	Vous avez été contrarié(e) par un événement inattendu	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-2	Il vous a semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-3	Vous vous êtes senti(e) nerveux(se) et stressé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-4	Vous avez eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-5	Vous avez eu le sentiment que les choses allaient comme vous le vouliez	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-6	Vous avez pensé que vous ne pouviez pas faire face à tout ce que vous aviez à faire	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-7	Vous avez été capable de maîtriser votre énervement	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-8	Vous avez eu le sentiment de dominer la situation	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-9	Vous vous êtes mis(e) en colère parce que les événements échappaient à votre contrôle	☐	☐	☐	☐	☐
PSS-10	Vous avez ressenti que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter	☐	☐	☐	☐	☐

Page 3 : Survenue d'événements stressants

(Holmes, T.H. and Rahe, R.H., "The Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 11, Issue 2, August 1967, p.213-218.)

Cette liste contient plusieurs événements de vie. Elle permet d'évaluer le niveau de stress que l'on est susceptible de subir et de mesurer les répercussions de ces événements sur notre santé. Si l'un de ces événements vous est arrivé personnellement au cours des **12 derniers mois**, veuillez cocher la case appropriée.

	Je suis concerné(e) par :	Oui	Non
S1	Décès du/de la conjoint(e)	☐	☐
S2	Divorce	☐	☐
S3	Séparation conjugale	☐	☐
S4	Période d'emprisonnement	☐	☐
S5	Décès d'un parent proche	☐	☐
S6	Maladie ou blessure personnelles	☐	☐
S7	Mariage / PACS	☐	☐
S8	Perte d'emploi	☐	☐
S9	Réconciliation avec le/la conjoint(e)	☐	☐
S10	Départ à la retraite	☐	☐
S11	Changement de l'état de santé d'un membre de la famille	☐	☐
S12	Grossesse	☐	☐
S13	Difficultés sexuelles	☐	☐
S14	Accueil d'un nouveau membre dans la famille	☐	☐
S15	Changement quelconque dans l'univers de travail	☐	☐
S16	Changement de la situation financière	☐	☐
S17	Décès d'un ami proche	☐	☐
S18	Changement de fonction professionnelle	☐	☐

S19	Modification du nombre de disputes avec le/la conjoint(e)	☐	☐
S20	Hypothèque ou prêt supérieur à un an de salaire	☐	☐
S21	Saisie sur hypothèques ou prêt	☐	☐
S22	Changement de responsabilité professionnelle	☐	☐
S23	Départ du foyer de l'un des enfants	☐	☐
S24	Difficultés avec la belle-famille	☐	☐
S25	Succès personnel exceptionnel	☐	☐
S26	Début ou fin d'activité professionnelle du/de la conjoint(e)	☐	☐
S27	Première ou dernière année d'études	☐	☐
S28	Changement de conditions de vie	☐	☐
S29	Changements d'habitudes personnelles	☐	☐
S30	Difficultés avec son patron	☐	☐
S31	Changement d'horaire ou de conditions de travail	☐	☐
S32	Changement de domicile	☐	☐
S33	Changement de lieu d'études	☐	☐
S34	Changement du type ou de la quantité de loisirs	☐	☐
S35	Changement dans les activités religieuses	☐	☐
S36	Changement dans les activités sociales	☐	☐
S37	Hypothèques ou prêt inférieur à un an de salaire	☐	☐
S38	Changement dans les habitudes de sommeil	☐	☐
S39	Changement du nombre de réunions de familles	☐	☐
S40	Changements des habitudes alimentaires	☐	☐
S41	Voyage ou vacances	☐	☐
S42	Célébration de Noël	☐	☐

S43	Infractions mineures à la loi	☐	☐

Page 4 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

IX. EXAMENS PRATIQUÉS

Page 1 : Examens pratiqués

Avez-vous déjà subi une (ou plusieurs) **biopsie(s)** ?

(La biopsie consiste à prélever une toute petite partie d'un organe ou d'un tissu afin d'effectuer des analyses de ce tissu.)

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Combien de biopsie(s) avez-vous faite(s) – en comptant toutes celles que vous avez eues éventuellement sur le même organe ?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 ou +

Si + de 10 → Vous pouvez renseigner 10 biopsies au maximum, merci de ne considérer que les 10 plus importantes

▪ **Votre biopsie n°1**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?

- ☐ Estomac
☐ Intestin
☐ Peau
☐ Prostate
☐ Autre

Pour les femmes :

- Quelle était sa localisation ?

- ☐ Col de l'utérus
☐ Endomètre
☐ Estomac
☐ Intestin
☐ Peau
☐ Sein
☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°2**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Col de l'utérus
 - ☐ Endomètre
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Sein
 - ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser

la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°3**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- Quelle était sa localisation ?

- ☐ Col de l'utérus
- ☐ Endomètre
- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Sein
- ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°4**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Col de l'utérus
 - ☐ Endomètre
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Sein
 - ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°5**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

○ **Quelle était sa localisation ?**

- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Prostate
- ☐ Autre

Pour les femmes :

○ **Quelle était sa localisation ?**

- ☐ Col de l'utérus
- ☐ Endomètre
- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Sein
- ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

○ **En quelle année l'avez-vous faite ? _____**

○ **Quel était son résultat ?** *(si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)*

- ☐ Normal
- ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°6**

○ **Merci de nous fournir les renseignements suivants :**

Pour les hommes :

○ **Quelle était sa localisation ?**

- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Prostate
- ☐ Autre

Pour les femmes :

○ **Quelle était sa localisation ?**

- ☐ Col de l'utérus
- ☐ Endomètre
- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Sein
- ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

○ **En quelle année l'avez-vous faite ? _____**

- **Quel était son résultat ?** (*si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions*)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°7**

- **Merci de nous fournir les renseignements suivants :**

Pour les hommes :

- **Quelle était sa localisation ?**
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- **Quelle était sa localisation ?**
 - ☐ Col de l'utérus
 - ☐ Endomètre
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Sein
 - ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser
la localisation de cette biopsie : _____

- **En quelle année l'avez-vous faite ?** _____
- **Quel était son résultat ?** (*si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions*)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°8**

- **Merci de nous fournir les renseignements suivants :**

Pour les hommes :

- **Quelle était sa localisation ?**
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- **Quelle était sa localisation ?**
 - ☐ Col de l'utérus

- ☐ Endomètre
- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Sein
- ☐ Autre

Si autre, homme ou femme → Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°9**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Prostate
 - ☐ Autre

Pour les femmes :

- Quelle était sa localisation ?
 - ☐ Col de l'utérus
 - ☐ Endomètre
 - ☐ Estomac
 - ☐ Intestin
 - ☐ Peau
 - ☐ Sein
 - ☐ Autre
- Si autre, homme ou femme →* Merci de préciser la localisation de cette biopsie : _____

- En quelle année l'avez-vous faite ? _____
- Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)
 - ☐ Normal ☐ Anormal

▪ **Votre biopsie n°10**

- Merci de nous fournir les renseignements suivants :

Pour les hommes :

- Quelle était sa localisation ?

- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Prostate
- ☐ Autre

Pour les femmes :

- **Quelle était sa localisation ?**

- ☐ Col de l'utérus
- ☐ Endomètre
- ☐ Estomac
- ☐ Intestin
- ☐ Peau
- ☐ Sein
- ☐ Autre

Si autre homme ou femme → Merci de préciser

la localisation de cette biopsie : _____

- **En quelle année l'avez-vous faite ?** _____
- **Quel était son résultat ?** *(si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions)*
 - ☐ Normal ☐ Anormal

Pour les femmes :

Avez-vous déjà fait un frottis ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- **Quelle est l'année de votre dernier frottis ?** _____
- **Quel était son résultat ?**
 - ☐ Normal ☐ Anormal
- **À quelle fréquence en moyenne vous fait-on un frottis ?**
 - ☐ Une fois tous les 3 ans environ
 - ☐ Plus souvent
 - ☐ Moins souvent

Avez-vous déjà fait une échographie mammaire ou une mammographie ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- **Quelle est l'année de votre dernière échographie mammaire ou mammographie ?** _____
- **Merci de nous préciser les résultats obtenus :**

Pour le sein gauche :

- **Numéro de classification ACR ou bi-rads :** *(Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.)*
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ Je ne sais pas
- **Densité mammaire :** *(Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.)*
 - ☐ 0 ou 1 ou A
 - ☐ 2 ou B
 - ☐ 3 ou C
 - ☐ 4 ou 5 ou D
 - ☐ Je ne sais pas

Pour le sein droit :

- **Numéro de classification ACR ou bi-rads :** *(Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.)*
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ Je ne sais pas
- **Densité mammaire :** *(Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.)*
 - ☐ 0 ou 1 ou A
 - ☐ 2 ou B
 - ☐ 3 ou C
 - ☐ 4 ou 5 ou D
 - ☐ Je ne sais pas
- **À quelle fréquence en moyenne vous fait-on une échographie mammaire ou une mammographie ?**
 - ☐ Une fois tous les 2 ans environ
 - ☐ Moins souvent

Avez-vous déjà fait un examen de dépistage du cancer du côlon (Hémocult® ou test immunologique) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quelle année remonte votre dernier test ? _____
- Quel était son résultat ?
 - ☐ Normal ☐ Anormal
- À quelle fréquence faites-vous un test de dépistage du cancer du côlon ?
 - ☐ Une fois tous les 2 ans environ
 - ☐ Moins souvent

Avez-vous déjà fait une coloscopie ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- Quelle est l'année de votre dernière coloscopie ? _____
- Quel était son résultat ?
 - ☐ Normal ☐ Anormal
- Combien avez-vous fait de coloscopies ? _____
- Pour quelle(s) raison(s) en avez-vous fait ? *(Plusieurs cases peuvent être cochées selon les raisons de vos différentes coloscopies)*
 - ☐ Antécédents familiaux de polype ou de cancer du côlon
 - ☐ Symptômes digestifs
 - ☐ Antécédents personnels de polype (adénome) à une précédente coloscopie
 - ☐ Test de dépistage dans les selles (Hémocult ou test immunologique) positif

Avez-vous déjà fait un bilan lipidique (examens pour doser votre cholestérol) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quelle année remonte votre dernier examen ? _____
- Quel était son résultat ?
 - ☐ Normal ☐ Anormal

Avez-vous déjà passé un examen d'ostéodensitométrie (mesure de la densité minérale osseuse) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quelle année remonte votre dernier examen ? _____
- Quel était son résultat ?
 - ☐ Normal ☐ Anormal

Pour les hommes :

Avez-vous déjà eu un dosage sanguin des PSA ? (*Mesure du taux d'Antigènes Spécifiques de la Prostate présents dans le sang pour dépister le cancer de la prostate.*)

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quelle année remonte votre dernier dosage PSA ? _____
- Quel était son résultat ?
 - ☐ Normal ☐ Anormal

Page 2 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

X. TRAITEMENTS

Page 1 : Contraception

Pour les femmes :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris une pilule contraceptive ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- **À quel âge avez-vous commencé à la prendre ? _____**
- **Pendant combien de temps en tout l'avez-vous prise (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) :**
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans
- **Si vous ne prenez plus de pilule contraceptive, à quel âge l'avez-vous arrêtée ? _____**
- **Avez-vous déjà pris comme pilule contraceptive une micropilule (Cérazette®, (Désogestrel), Microval®, Antigone®, Optimizette®, Claréal®...) ?**
 - ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Pendant combien de temps en tout avez-vous prise une micropilule (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) ?

- ☐ Moins d'1 an
- ☐ Entre 1 et 3 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ + de 20 ans

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris un traitement progestatif ?

(Ici, il s'agit uniquement des traitements progestatifs utilisés avant la ménopause : Lutéran® (chlormadinone), Androcur® (cyprotérone), Lutényl (nomégestrol), Surgestone® (promégestone), Colprone® (médrogestone), Duphaston® (dydrogestérone), Utrogestan® (progestérone))

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- **À quel âge avez-vous commencé à le prendre ? _____**

- **Pendant combien de temps en tout l'avez-vous pris (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez pris) :**
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans
- **Si vous ne le prenez plus, à quel âge l'avez-vous arrêté ? _____**

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé un anneau vaginal, un implant, un patch contraceptif ou une contraception injectable ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- **Qu'avez-vous utilisé (plusieurs réponses possibles) ?**
 - ☐ Anneau vaginal (Nuvaring®)
 - ☐ Implant contraceptif (Nexplanon®)
 - ☐ Patch contraceptif (Evra®)
 - ☐ Contraception injectable (Depo Provera®)

Si anneau :

- **À quel âge avez-vous commencé à utiliser un anneau ? _____**
- **Pendant combien de temps en tout l'avez-vous utilisé (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez eu) :**
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
- **Si vous ne l'utilisez plus, à quel âge l'avez-vous arrêté ? _____**

Si implant :

- **À quel âge vous a-t-on posé le premier implant ? _____**
- **Pendant combien de temps en tout l'avez-vous eu (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez eu) :**
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans

- Si on vous ne l'utilisez plus, à quel âge vous a-t-on retiré le dernier ? _____

Si patch :

- À quel âge avez-vous commencé à utiliser un patch contraceptif ? _____
- Pendant combien de temps en tout l'avez-vous utilisé (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez eu) :
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
- Si vous ne l'utilisez plus, à quel âge l'avez-vous arrêté ? _____

Si contraception injectable :

- À quel âge vous a-t-on fait votre première injection ? _____
- Pendant combien de temps en tout avez-vous fait des contraceptions injectables (en additionnant toutes les périodes) :
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans
- Si vous n'utilisez plus de contraception injectable, à quel âge avez-vous arrêté ? _____

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé un stérilet hormonal (qui diminue nettement ou supprime les règles) (Progestasert®, Miréna®, Jaydess®) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quel âge vous a-t-on posé le premier ? _____
- Pendant combien de temps en tout avez-vous eu un stérilet hormonal (en additionnant toutes les périodes où vous avez eu un) :
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans

- Si vous n'avez plus de stérilet hormonal, à quel âge vous a-t-on retiré le dernier ? _____

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé un stérilet au cuivre (qui conserve les règles) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- À quel âge vous a-t-on posé le premier ? _____
- Pendant combien de temps en tout avez-vous eu un stérilet au cuivre (en additionnant toutes les périodes où vous avez eu un) :
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ Entre 11 et 20 ans
 - ☐ + de 20 ans
- Si vous n'avez plus de stérilet au cuivre, à quel âge vous a-t-on retiré le dernier ? _____

Pour les hommes et les femmes :

Actuellement, quel moyen de contraception (vous ou votre partenaire) utilisez-vous ?

- ☐ Pas de moyen de contraception
- ☐ Vous êtes (ou votre partenaire est) ménopausée
- ☐ Une pilule contraceptive
- ☐ Un traitement progestatif
- ☐ Un stérilet au cuivre
- ☐ Un stérilet hormonal (Miréna®, Jaydess®)
- ☐ Un anneau vaginal (Nuvaring®)
- ☐ Un implant contraceptif (Implanon®, Nexplanon®)
- ☐ Un patch contraceptif (Evra®, Lisvy®)
- ☐ Une contraception injectable
- ☐ Des crèmes ou ovules spermicides
- ☐ Un diaphragme ou une cape cervicale
- ☐ Le préservatif masculin
- ☐ Le préservatif féminin
- ☐ Vous avez (ou votre partenaire a) eu une intervention pour devenir stérile
- ☐ Autre moyen

Si pilule :

- Merci de préciser le nom de cette pilule : _____

Si intervention pour devenir stérile vous ou partenaire :

- **Merci de préciser quelle opération vous avez (ou votre partenaire a) eue :**
 - ☐ Vasectomie
 - ☐ Ablation d'une partie des trompes
 - ☐ Clip sur les trompes (ligature)
 - ☐ Méthode Essure

Si autre moyen de contraception :

- **Pouvez-vous préciser quel est votre moyen de contraception ?**

Page 2 : Traitements des symptômes de la ménopause → FEMMES SEULEMENT

Avez-vous (ou avez-vous déjà eu) des symptômes liés à la ménopause ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas encore concernée

Si Oui :

- **Prenez-vous actuellement (ou avez-vous déjà pris) un traitement, quel qu'il soit, en rapport avec la ménopause ?**
 - ☐ Oui ☐ Non

Si Oui → À quel âge avez-vous commencé à prendre ce traitement ? _____

- **Si vous ne prenez plus aucun traitement en rapport avec la ménopause, à quel âge avez-vous arrêté ? _____**
- **Est-ce (ou était-ce) un traitement par (plusieurs réponses possibles) :**
 - ☐ Hormones (par voie orale, patch ou gel cutané)
 - ☐ Traitement hormonal vaginal
 - ☐ Traitement non hormonal contre les bouffées de chaleur
 - ☐ Homéopathie
 - ☐ Plantes
 - ☐ Acupuncture
 - ☐ Autre

Si Hormones :

- **Pendant combien de temps en tout avez-vous pris ce traitement hormonal (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez pris) ?**
 - ☐ Moins d'1 an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Entre 3 et 5 ans
 - ☐ Entre 6 et 10 ans
 - ☐ De 11 ans à 20 ans
 - ☐ + de 20 ans

Si plantes :

- Vous prenez (ou vous avez pris) un traitement à base de plantes, s'agit-il de phyto-œstrogènes (dont les extraits de soja) ?

☐ Oui ☐ Non

Si autre :

- Merci de préciser quel est (ou quel était) votre traitement :

- Pour quelle(s) raison(s) prenez-vous (ou avez-vous pris) ce(s) traitement(s) en rapport avec la ménopause ?

- ☐ Bien-être
- ☐ Bouffées de chaleur
- ☐ Douleurs articulaires
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Sécheresse vaginale
- ☐ Prescription par le médecin
- ☐ Autre

Si autre → Précisez : _____

Page 3 : Médicaments

Avez-vous déjà pris régulièrement (au moins 3 fois par semaine), pendant au moins 6 mois consécutifs, un (ou des) médicament(s) :

	Oui	Non
Contre l'inflammation	☐	☐
Contre la douleur	☐	☐
Contenant des corticoïdes (cortisone)	☐	☐
Contre l'acidité gastrique ou le reflux gastro-œsophagien	☐	☐
Contre les troubles intestinaux	☐	☐
Pour fluidifier le sang (dont l'aspirine à faible dose)	☐	☐
Contre l'insuffisance cardiaque	☐	☐
Contre les troubles du rythme cardiaque	☐	☐

▪ **Si inflammation :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre l'inflammation :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?

☐ Oui ☐ Non

- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si douleur :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre la douleur :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ ***Si corticoïde :***

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contenant des corticoïdes :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ ***Si acidité gastrique :***

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre l'acidité gastrique ou le reflux gastro-œsophagien :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ ***Si troubles intestinaux :***

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre les troubles intestinaux :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ ***Si fluidifier le sang :***

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) pour fluidifier le sang :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ ***Si insuffisance cardiaque :***

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre l'insuffisance cardiaque :

- **Le(s) prenez-vous encore actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
- **Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) :** _____

■ **Si troubles du rythme :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre les troubles du rythme cardiaque :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

Avez-vous déjà pris régulièrement (au moins 3 fois par semaine), pendant au moins 6 mois consécutifs, un (ou des) médicament(s) :

	Oui	Non
Contre l'hypertension artérielle	☐	☐
Pour faire baisser le cholestérol	☐	☐
Contre le diabète	☐	☐
Contre la fragilité osseuse (ostéoporose)	☐	☐
Contre la sécheresse oculaire	☐	☐
Pour dormir	☐	☐
Contre l'angoisse, l'anxiété	☐	☐
Contre la dépression	☐	☐

■ **Si hypertension artérielle :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre l'hypertension artérielle :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

■ **Si cholestérol :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) pour faire baisser le cholestérol :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

■ **Si diabète :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre le diabète :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non

- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si fragilité osseuse :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre la fragilité osseuse :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si sécheresse oculaire :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre la sécheresse oculaire :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si pour dormir :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) pour dormir :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si angoisse :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre l'angoisse, l'anxiété :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

▪ **Si dépression :**

Vous avez pris régulièrement un (ou des) médicament(s) contre la dépression :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ?
☐ Oui ☐ Non
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : _____

- Actuellement, combien de médicaments différents (hors homéopathie) prenez-vous au moins 3 fois par semaine ? _____

Si nb de médicaments > = 1 →

Si certains ne sont pas remboursés,
pouvez-vous préciser lesquels ?

Page 4 : Autres traitements

Avez-vous suivi une psychothérapie (avec un psychanalyste, un psychiatre ou un psychologue) ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu recours à des médecines alternatives (homéopathie, huiles essentielles, acupuncture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...) ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

- Pouvez-vous préciser laquelle (ou lesquelles) ?

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromathérapie (huiles essentielles)
- ☐ Homéopathie
- ☐ Hypnose
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Naturopathie
- ☐ Réflexologie
- ☐ Sophrologie
- ☐ Autre

Si autre → Précisez : _____

- À quelle fréquence ?

- ☐ Une seule fois
- ☐ De temps en temps
- ☐ Régulièrement

Page 5 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui → **Validation de votre questionnaire :** ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

XI. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

Page 1 : Interventions chirurgicales

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (sous anesthésie générale, régionale ou locale) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

Pour les hommes :

- Avez-vous déjà été opéré pour l'un des motifs suivants ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Appendicectomie
- ☐ Chirurgie de l'appareil digestif (estomac, côlon, intestin, vésicule biliaire, pancréas, foie...)
- ☐ Chirurgie de l'appareil respiratoire
- ☐ Chirurgie de l'appareil génital ou urinaire (prostate, testicule, verge, vessie, rein...)
- ☐ Chirurgie cardiovasculaire
- ☐ Chirurgie d'une lésion de la peau
- ☐ Chirurgie orthopédique (arthrose, fracture, prothèse...)
- ☐ Chirurgie de la thyroïde
- ☐ Chirurgie des yeux
- ☐ Chirurgie dentaire
- ☐ Autre opération

Si autre chirurgie → Précisez laquelle :

Pour les femmes :

- Avez-vous déjà été opérée pour l'un des motifs suivants ? (plusieurs réponses possibles)

(Si vous avez accouché par césarienne, cochez chirurgie de l'appareil génital ou urinaire, puis chirurgie de l'utérus)

- ☐ Appendicectomie
- ☐ Chirurgie de l'appareil digestif (estomac, côlon, intestin, vésicule biliaire, pancréas, foie...)
- ☐ Chirurgie de l'appareil respiratoire
- ☐ Chirurgie du (ou des) sein(s)
- ☐ Chirurgie de l'appareil génital ou urinaire (utérus, endomètre, ovaire, trompe, vessie, rein...)
- ☐ Chirurgie cardiovasculaire

- ☐ Chirurgie d'une lésion de la peau
- ☐ Chirurgie orthopédique (arthrose, fracture, prothèse...)
- ☐ Chirurgie de la thyroïde
- ☐ Chirurgie des yeux
- ☐ Chirurgie dentaire
- ☐ Autre opération *Si autre opération → Précisez laquelle :*

▪ ***Si appendicectomie cochée homme ou femme :***

Vous avez subi une appendicectomie, quelle était l'année de l'opération ?

▪ ***Si appareil digestif homme ou femme :***

Vous avez subi une opération de l'appareil digestif, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ?

- ☐ Côlon
- ☐ Estomac
- ☐ Foie
- ☐ Intestin
- ☐ Pancréas
- ☐ Vésicule biliaire
- ☐ Autre *Si autre → Précisez lequel :* _____

▪ ***Si côlon :***

Vous avez subi une opération du côlon, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si estomac :***

Vous avez subi une opération de l'estomac, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si foie :***

Vous avez subi une opération du foie, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si intestin :***

Vous avez subi une opération de l'intestin, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si pancréas :***

Vous avez subi une opération du pancréas, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si vésicule biliaire :***

Vous avez subi une opération de la vésicule biliaire, en quelle année était-ce ?

▪ ***Si autre chirurgie digestive :***

Vous avez déclaré avoir subi une opération de l'appareil digestif, en quelle année était-ce ? _____

▪ **Si chirurgie appareil respiratoire coché homme ou femme :**

Vous avez subi une opération de l'appareil respiratoire, en quelle année était-ce ? _____

▪ **Si chirurgie du sein femme :**

Vous avez eu une chirurgie du (ou des) sein(s), merci de préciser s'il s'agissait d'une (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Ablation d'une lésion bénigne
- ☐ Ablation d'un cancer
- ☐ Ablation totale d'un sein
- ☐ Ablation totale des 2 seins
- ☐ Pose d'une prothèse mammaire esthétique
- ☐ Pose d'une prothèse mammaire après ablation d'un sein
- ☐ Réduction mammaire

○ **Si ablation d'une lésion bénigne du sein :**

Vous avez subi une ablation d'une lésion bénigne du sein, en quelle année était-ce ? _____

○ **Si ablation d'un cancer :**

Vous avez subi une ablation d'un cancer du sein, en quelle année était-ce ? _____

○ **Si ablation totale d'un sein :**

Vous avez subi une ablation totale d'un sein, en quelle année était-ce ? _____

○ **Si ablation totale des 2 seins :**

Vous avez subi une ablation totale des 2 seins, en quelle année était-ce ? _____

○ **Si prothèse esthétique :**

En quelle année vous a-t-on posé une prothèse mammaire esthétique ? _____

○ **Si prothèse réparatrice :**

En quelle année vous a-t-on posé une prothèse mammaire après ablation d'un sein ? _____

○ **Si réduction mammaire :**

Vous avez subi une réduction mammaire, en quelle année était-ce ? _____

▪ **Si appareil génital ou urinaire Homme :**

Vous avez subi une opération de l'appareil génital ou urinaire, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Prostate
- ☐ Rein
- ☐ Testicule
- ☐ Verge
- ☐ Vessie
- ☐ Autre **Si autre →** Précisez lequel : _____

- **Si prostate :**

Vous avez subi une opération de la prostate, en quelle année était-ce ? _____

- **Si testicule :**

Vous avez subi une opération du (ou des) testicule(s), en quelle année était-ce ? _____

- **Si verge :**

Vous avez subi une opération de la verge, en quelle année était-ce ? _____

- **Si appareil génital ou urinaire Femme :**

Vous avez eu une opération de l'appareil génital ou urinaire, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ?

- ☐ Endomètre
- ☐ Ovaire
- ☐ Rein
- ☐ Trompe
- ☐ Utérus
- ☐ Vessie
- ☐ Autre **Si autre →** Précisez lequel : _____

- **Si endomètre :**

Vous avez subi une opération de l'endomètre, en quelle année était-ce ? _____

- **Si ovaire :**

Vous avez subi une opération de l'ovaire, en quelle année était-ce ? _____

- **Si trompe :**

Vous avez subi une opération (de la ou) des trompe(s), en quelle année était-ce ? _____

- **Si utérus :**

- **Vous avez subi une opération de l'utérus, en quelle année était-ce ? _____**

- **Était-ce une césarienne ?**
☐ Oui ☐ Non

▪ ***Si vessie coché homme ou femme :***

Vous avez subi une opération de la vessie, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si rein coché homme ou femme :***

Vous avez subi une opération du rein, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si autre opération génito-urinaire coché homme ou femme :***

Vous avez déclaré avoir subi une opération génito-urinaire, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si opération cardio coché homme ou femme :***

Vous avez subi une opération cardiovasculaire, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si lésion de la peau coché homme ou femme :***

Vous avez subi une opération pour une lésion de la peau, en quelle année était-ce ? _____

▪ ***Si chirurgie orthopédique homme ou femme :***

Vous avez subi une chirurgie orthopédique, il s'agissait de : _____

- ☐ Chirurgie réparatrice suite à un traumatisme (accident)
- ☐ Chirurgie réparatrice de fracture ostéoporotique
- ☐ Chirurgie restauratrice suite à une maladie de l'appareil locomoteur
- ☐ Pose de prothèse (hanche, genou ou autre articulation)
- ☐ Chirurgie arthroscopique

○ ***Si trauma :***

En quelle année avez-vous été opéré(e) suite à une fracture ? _____

○ ***Si fracture ostéoporotique :***

De quelle année date votre dernière opération suite à une fracture ostéoporotique ? _____

○ ***Si chirurgie restauratrice :***

En quelle année avez-vous eu cette chirurgie restauratrice ? _____

○ ***Si prothèse :***

En quelle année vous a-t-on posé une prothèse ? _____

○ ***Si chirurgie arthrose :***

En quelle année avez-vous eu cette chirurgie arthroscopique ?

▪ **Si chirurgie thyroïde coché homme ou femme :**

Vous avez subi une opération de la thyroïde, en quelle année était-ce ?

▪ **Si chirurgie yeux coché homme ou femme :**

Vous avez subi une opération des yeux, en quelle année était-ce ? _____

▪ **Si chirurgie dentaire homme ou femme :**

○ Vous avez subi une opération dentaire, en quelle année était-ce ?

○ Était-ce une opération des dents de sagesse ?

☐ Oui

☐ Non

▪ **Si autre chirurgie coché homme ou femme :**

Vous avez déclaré avoir subi une autre intervention chirurgicale, en quelle année était-ce ? _____

Page 2 : Vos hospitalisations

En plus des opérations chirurgicales précédemment mentionnées, avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? (Pour les femmes, les accouchements par voie basse sont à renseigner dans cette rubrique)

☐ Oui

☐ Non

Si Oui :

▪ Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours de votre vie ?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10 ou +

Si 10 ou + hospitalisations →

Si vous avez été hospitalisé(e) plus de 10 fois, merci de ne considérer que les 10 motifs d'hospitalisation les plus sérieux ou les plus graves

A développer selon le nombre de fois indiqué : de 1 à 10 :

- Pour chacun de vos séjours à l'hôpital, nous vous remercions de nous fournir, si possible, les informations suivantes :

- **1^{ère} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **2^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **3^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **4^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **5^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **6^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **7^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____
- Motif _____

d'hospitalisation :

- **8^{ème} Hospitalisation :**

- Mois : _____ Année : _____

▪ Motif _____ d'hospitalisation : _____

○ **9^{ème} Hospitalisation :**

▪ Mois : _____ Année : _____
▪ Motif _____ d'hospitalisation : _____

○ **10^{ème} Hospitalisation :**

▪ Mois : _____ Année : _____
▪ Motif _____ d'hospitalisation : _____

Si vous avez des commentaires ou des informations supplémentaires à nous communiquer sur vos hospitalisations, merci de les noter ici : _____

Page 3 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui → Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**

XII. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET EMPLOI

Page 1 : Foyer et niveau d'études

Quel est votre niveau d'études (*Le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu*) ?

- Études primaires
- Diplôme national du brevet (BEPC ou brevet des collèges)
- Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), brevet d'études professionnelles (BEP)
- Baccalauréat ou diplôme équivalent (a)
- Bac +2 (b)
- Bac +3 (c)
- Bac +4 (d)
- Bac +5 ou plus (e)
- Autre
 - **Si autre** → Merci de préciser :

(a) Exemples : capacité en droit, diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), brevet professionnel (BP), brevet de technicien (BT), probatoire du diplôme d'études comptables supérieures (DECS)

(b) Exemples : brevet de technicien supérieur (BTS), diplôme universitaire de technologie (DUT), brevet de maîtrise (BM), diplôme des métiers d'art (DMA), diplôme d'études universitaires générales (DEUG), diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST)

(c) Exemples : licence, licence professionnelle, bachelor

(d) Exemples : maîtrise, maîtrise des sciences et techniques (MST), maîtrise des sciences de gestion (MSG), master 1

(e) Exemples : diplôme d'études approfondies (DEA), diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), master 2, diplôme d'ingénieur, diplôme de recherche technologique (DRT), diplôme d'état de docteur, doctorat

Quelle est votre situation de famille actuelle ?

- Célibataire
- Marié(e) / pacsé(e) / en couple
- Divorcé(e) / Séparé(e)
- Veuf(ve)

Si en couple : Quel est le niveau d'études de votre conjoint(e) (*Son diplôme le plus élevé*) ?

- Études primaires
- Diplôme national du brevet (BEPC ou brevet des collèges)
- Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), brevet d'études professionnelles (BEP)

- Baccalauréat ou diplôme équivalent (a)
- Bac +2 (b)
- Bac +3 (c)
- Bac +4 (d)
- Bac +5 ou plus (e)
- Autre

○ **Si autre** → Merci de préciser :

(a) Exemples : capacité en droit, diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), brevet professionnel (BP), brevet de technicien (BT), probatoire du diplôme d'études comptables supérieures (DECS)

(b) Exemples : brevet de technicien supérieur (BTS), diplôme universitaire de technologie (DUT), brevet de maîtrise (BM), diplôme des métiers d'art (DMA), diplôme d'études universitaires générales (DEUG), diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST)

(c) Exemples : licence, licence professionnelle, bachelor

(d) Exemples : maîtrise, maîtrise des sciences et techniques (MST), maîtrise des sciences de gestion (MSG), master 1

(e) Exemples : diplôme d'études approfondies (DEA), diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), master 2, diplôme d'ingénieur, diplôme de recherche technologique (DRT), diplôme d'état de docteur, doctorat

Dans le domicile où vous résidez le plus souvent, vous vivez :

(Plusieurs réponses possibles)

- Seul(e)
- Avec votre conjoint(e) ou partenaire
- Avec un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans (qu'ils soient les vôtres ou pas)
- Avec un ou plusieurs enfants de plus de 18 ans (qu'ils soient les vôtres ou pas)
- Avec vos parents ou beaux-parents
- Avec d'autres personnes de votre famille
- Avec d'autres personnes (ami(e)s, colocataires, personnes hébergées, ...)

Si enfants de moins de 18 ans : Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent avec vous ?

Si enfants de plus de 18 ans : Combien d'enfants de plus de 18 ans vivent avec vous ?

Si autres personnes (parents, famille, amis...) : Combien d'autres personnes vivent avec vous (ne comptez pas conjoint et enfants) ?

Le logement dans lequel vous résidez habituellement est :

- Un appartement
- Une maison
- Autre (institution, foyer, etc.)

Êtes-vous propriétaire de ce logement ?

- Oui
- Non

Si non : Vous êtes :

- Locataire 1
- Hébergé par de la famille ou des amis 2

Ce logement est-il situé en France métropolitaine ?

- Oui 1
- Non 0

Si oui :

Code Postal : *

Commune :

Si non :

Code Postal :

Commune :

Pays :

Page 2 : Profession, revenus et assurance maladie

Quelle est votre situation actuelle vis-à-vis de l'emploi ?

(Plusieurs réponses possibles)

- En emploi (y compris si vous êtes en arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e), etc.)
- Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- Au foyer, sans profession
- Autre

Si autre Merci de préciser :

Quel est votre groupe socioprofessionnel actuel ou, si vous n'occupez pas d'emploi actuellement, celui que vous avez occupé le plus longtemps ?

- Agriculteur(trice) exploitant(e)
- Artisan, commerçant(e), chef(fe) d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin, etc.)

- Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise, etc.)
- Employé(e) (de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service, etc.)
- Ouvrier(ère)
- Vous n'avez jamais travaillé
- Autre

Si autre groupe socio-pro : Merci de préciser votre catégorie socioprofessionnelle :

Sauf si n'a jamais travaillé : Quel est votre statut actuel ou, si vous n'occupez pas d'emploi actuellement, celui que vous avez eu le plus longtemps ?

- Salarié(e)
- Fonctionnaire
- Indépendant(e)
- Autre

Si indépendant : Avez-vous le statut d'autoentrepreneur ?

- Oui
- Non

Sauf si n'a jamais travaillé : Indiquez ce qui décrit le mieux votre activité professionnelle :

1. Vous êtes assis(e) la majeure partie de la journée
2. Vous êtes debout mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier
3. Votre activité requiert des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils, etc.)

Sauf si n'a jamais travaillé Votre activité professionnelle compte-t-elle des périodes de travail de nuit ?

- Oui
- Non

Actuellement, au niveau financier, vous diriez que vous êtes plutôt :

- Très à l'aise
- À l'aise
- Ni à l'aise ni en difficulté
- En difficulté
- En grande difficulté

Globalement, où vous situeriez-vous sur « l'échelle sociale » française ?

(Cochez un chiffre ci-dessous, 1 correspondant au bas de l'échelle et 10, au sommet.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quel est le montant total des revenus mensuels nets de votre foyer après imposition, quelle que soit l'origine de ces revenus ? (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.)

1. Moins de 400 €
2. De 400 € à moins de 600 €
3. De 600 € à moins de 800 €
4. De 800 € à moins de 1 000 €
5. De 1 000 € à moins de 1 200 €
6. De 1 200 € à moins de 1 500 €
7. De 1 500 € à moins de 1 800 €
8. De 1 800 € à moins de 2 000 €
9. De 2 000 € à moins de 2 500 €
10. De 2 500 € à moins de 3 000 €
11. De 3 000 € à moins de 4 000 €
12. De 4 000 € à moins de 6 000 €
13. De 6 000 € à moins de 10 000 €
14. 10 000 € ou plus
15. Ne souhaite pas répondre

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

Combien de personnes à charge avez-vous actuellement ?

Pour le remboursement de vos dépenses de santé, vous êtes couvert(e) par :

- L'assurance maladie de la sécurité sociale française
- Une assurance maladie à l'étranger
- Vous n'avez aucune couverture d'assurance maladie

***Si sécurité sociale française* : Quel est votre régime de sécurité sociale ?**

1. Le régime général des salariés (Caisse nationale de l'assurance maladie – CNAM)
2. Un régime de la fonction publique (MGEN, MNH, MNT, etc.)
3. Le régime agricole (MSA ou un régime qui lui est rattaché)
4. Le régime des indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.)
5. Un régime spécial (EDF, GDF, SNCF, militaires, marins, etc.)
6. Le régime local d'Alsace-Moselle
7. Un régime étudiant (LMDE ou autre)
8. La Puma (protection universelle maladie, ex-CMU de base)

Avez-vous une couverture complémentaire santé (type mutuelle) ?

- Oui
- Non

Si oui : Vous êtes couvert(e) par :

1. La complémentaire santé solidaire (ex-CMUC)
2. Une assurance santé complémentaire fournie par votre employeur
3. Une assurance santé complémentaire souscrite individuellement

Page 3 : Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ? *

- ☐ Oui **1**
- ☐ Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire :

☐ En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton enregistrer et quitter. **1**

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.