

IDENTIFIANT PRÉ-CODÉ

Or

DATE

# ENQUÊTE CONDITIONS DE VIE

## Questionnaire auto-administré

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête sur les conditions de vie auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique à la suite du courrier que vous a transmis l'Assurance Maladie.

Comme vous avez souhaité répondre par courrier, nous nous permettons de vous transmettre ce questionnaire et nous vous demandons de bien vouloir remplir vous-même ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes. Elles resteront strictement confidentielles et ne seront transmises ni à votre médecin, ni à l'Assurance Maladie.

## Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases.  
Vous répondrez en faisant une croix dans une case.

Exemple :

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

Cochez une case et une seule à chaque fois. Si vous hésitez, choisissez celle qui vous semble la plus proche de ce que vous vivez ou avez vécu.

Ce questionnaire a été conçu pour le plus grand nombre possible de personnes. Certaines propositions pourront ne pas correspondre à votre cas. Ceci est normal, n'en soyez pas inquieté.

Une fois que vous avez terminé de remplir ce questionnaire, retournez-le à l'aide de l'enveloppe T qui vous a été fournie.

Si vous avez égaré cette enveloppe, veuillez nous contacter au N° vert 01 71 25 06 48

## Etes-vous prêt(e) ?



Les données et informations recueillies au cours de l'enquête feront l'objet d'un traitement informatique pour le compte de l'INSERM en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL autorisation n° 911290).  
Conformément à la loi « Informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en écrivant à l'adresse suivante : ORS PACA, enquête CDV-2011, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille

Avant de débiter ce questionnaire, sachez que certaines questions sont d'ordre général et d'autres sont plus spécifiquement en rapport avec votre maladie.

Dans un premier temps, vous devrez répondre à des questions personnelles afin de vous caractériser.

**SD1. En quelle année êtes-vous né(e) ?**     (1910 à 1994)

**SD2. Vous êtes...**  
 Un homme  Une femme

**SD3. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?**

Oui  Non

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

**SD5. Avez-vous des enfants biologiques ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre à l'encadré suivant :

**SD6. Combien avez-vous d'enfants biologiques au total ?**   (1 à 15)

**SD8. Quel âge ont vos enfants ?**

Enfant 1 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 6 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 11 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 2 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 7 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 12 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 3 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 8 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 13 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 4 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 9 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 14 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 5 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 10 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 15 : <input type="text"/> <input type="text"/>

**SD7. Combien d'enfants biologiques, adoptés ou de votre conjoint avez-vous à votre charge ?**   (0 à 15)

**SD9. Combien de personnes vivent dans votre logement, y compris vous-même ?**   (1 à 17)

**SD10. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?**

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas été scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, brevet supérieur
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège	<input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège	<input type="checkbox"/> Diplôme de 1 <sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
<input type="checkbox"/> CEP (certificat d'études primaires)	<input type="checkbox"/> Diplôme de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> cycle universitaire (y compris médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
<input type="checkbox"/> BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	
<input type="checkbox"/> CAP, brevet de compagnon	
<input type="checkbox"/> BEP	

Les deux questions qui suivent portent sur votre état de santé actuel.

**ETS1. Comment est votre état de santé en général ?**

- Très bon     Bon     Assez bon     Mauvais     Très mauvais

**ETS2. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

- OUI, fortement limité     OUI, limité(e), mais pas fortement     NON, pas limité du tout

Les questions qui suivent portent plus précisément sur la maladie du poumon qui a été diagnostiquée chez vous il y a environ deux ans.

**MED1. Votre maladie du poumon a été découverte à la suite de :**

<input type="checkbox"/> 1. Symptôme ressenti / anomalie détectée par vous-même	<input type="checkbox"/> 2. Découverte fortuite lors d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation pour une autre cause	<input type="checkbox"/> 4. Examen de dépistage	<input type="checkbox"/> 6. Autre
---	--	---	-----------------------------------

→ Si autre

**MED1C. Pouvez-vous préciser ?**

.....

.....

**MED2.1. Quel était votre poids avant le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED2.2. Quel est votre poids actuel ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED3. Combien mesurez-vous ?**

Ecrire votre taille en cm  cm

**MED4.1. Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps hormis votre maladie ... ?**

- Oui     Non

→ Si oui

**MED4.2. De quel(s) autres maladies ou handicaps souffrez-vous ?**

→ Vous pouvez cocher plusieurs réponses

<input type="checkbox"/> 1. Diabète	<input type="checkbox"/> 11. Attaque cérébrale, maladie de Parkinson, épilepsie
<input type="checkbox"/> 3. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 12. Maladie rénale
<input type="checkbox"/> 4. Insuffisance cardiaque/angine de poitrine/troubles du rythme	<input type="checkbox"/> 13. Fréquentes infections urinaires
<input type="checkbox"/> 5. Phlébites, embolie pulmonaire, artérite	<input type="checkbox"/> 14. Baisse de l'audition
<input type="checkbox"/> 6. Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, asthme...)	<input type="checkbox"/> 15. Troubles de la vue (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire...)
<input type="checkbox"/> 7. Cancer, où est-il situé : .....	<input type="checkbox"/> 16. Maladie de la thyroïde.
<input type="checkbox"/> 8. Ulcères, douleurs gastriques	<input type="checkbox"/> 17. Autre maladie ou handicap .....
<input type="checkbox"/> 9. Constipation	.....
<input type="checkbox"/> 10. Arthrose, rhumatismes inflammatoires	.....

**MED6.1. Avez-vous été opéré(e) pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**MED6.2. Quel type de chirurgie avez-vous eue ?**

.....  
.....

**MED 7.1 Avez-vous été traité(e) par chimiothérapie au cours des trois dernières années ?**

Oui  Non

**MED8. ACTUELLEMENT, avez-vous un traitement par chimiothérapie ?**

Oui  Non

**MED7.2. Avez-vous refusé un traitement par chimiothérapie pour votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

**MED 9.1 Avez-vous été traité(e) par radiothérapie au cours des trois dernières années?**

Oui  Non

**MED10. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité(e) par radiothérapie ?**

Oui  Non

**MED9.2. Avez-vous refusé un traitement par radiothérapie pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

**MED13.1. Est-ce que vous conservez des séquelles de votre radiothérapie?**

Oui  Non  Pas de radiothérapie

→ *Si oui, veuillez répondre aux 2 questions de l'encadré page suivante*

**MED13.2. Quelles séquelles de votre radiothérapie avez-vous?**

.....  
.....

**MED13.3. Ces séquelles sont-elles?**

<input type="checkbox"/> Très importantes	<input type="checkbox"/> Ni importantes ni pas importantes	<input type="checkbox"/> Pas du tout importantes
<input type="checkbox"/> Importantes	<input type="checkbox"/> Pas importantes	

**MED14. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été gêné(e) par des picotements, des fourmillements, un engourdissement et/ou une diminution de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED17PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à respirer ...**

→ Une seule croix par ligne

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en marchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. en montant des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MED18PO. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous toussé ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED19PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu mal dans la poitrine ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED22.1. Au cours des 7 derniers jours avez-vous été gêné(e) dans votre vie quotidienne par d'autres effets secondaires liés à la prise en charge de votre maladie?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

→ Si vous êtes gêné(e) Très souvent, Souvent ou Rarement :

**MED22.2. Par quels autres effets secondaires avez-vous été gêné(e) ?**

.....  
.....

**MED23.1. De manière plus générale, conservez-vous des séquelles suite à la prise en charge de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui et elles sont très importantes	}
<input type="checkbox"/> Oui et elles sont importantes	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont modérées	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont très modérées	
<input type="checkbox"/> Non, je ne conserve aucune séquelle	

→ Dans le cas où vous conservez des séquelles :

**MED23.2. Quelles séquelles conservez-vous ?**

.....  
.....

**MED24PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous fait des séances de rééducation de la voix (orthophonie)?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25B.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**MED25PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous participé à des séances de rééducation à l'effort, pour diminuer l'essoufflement ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.2PO** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25.3PO.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**DIAG1.** Qui vous a annoncé le diagnostic de votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Un médecin de ville	<input type="checkbox"/> Une infirmière
<input type="checkbox"/> Un chirurgien	<input type="checkbox"/> Un membre du personnel du laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie
<input type="checkbox"/> Un autre médecin en hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> Autre .....
<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille ou un ami proche	

**DIAG2.** Dans quelles circonstances cette annonce vous a-t-elle été faite ?

<input type="checkbox"/> En face-à-face	<input type="checkbox"/> Par courrier
<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Autre .....

**DIAG3.** Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière trop brutale ?

Oui  Peut être  Non

**DIAG4.** Avez-vous bénéficié d'une consultation pendant laquelle le médecin vous a confirmé le diagnostic de votre maladie et présenté les traitements envisagés ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions de l'encadré suivant :

**DIAG5.** Dans le cadre de cette consultation, le médecin vous a-t-il remis un document avec votre programme personnalisé de soin et le calendrier de vos traitements ?

<input type="checkbox"/> Oui, et le document vous a été utile
<input type="checkbox"/> Oui, mais le document ne vous a pas été utile
<input type="checkbox"/> Non

**DIAG6.** Dans le cadre de cette consultation vous a-t-on proposé de rencontrer ...

	Oui	Non
1. un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. une assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. une infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIAG7.1.** Un ESSAI THERAPEUTIQUE est une étude scientifique portant sur un nouveau médicament non encore disponible sur le marché ou un nouveau protocole de traitement. Ce type d'étude est réalisé à l'hôpital auprès de patients volontaires ayant signé une déclaration de consentement. Vous a-t-on proposé de participer à un essai THERAPEUTIQUE ?

Oui  Non  Peut-être, je ne me souviens pas

→ Si oui :

**DIAG7.2.** Avez-vous accepté d'y participer ?

Oui  Non

*La question qui suit évoque la fatigue que vous pouvez éventuellement ressentir, c'est une question d'ordre général.*

**FAT4.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez actuellement : **La fatigue que je ressens en ce moment est une souffrance ou un souci pour moi. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Plus précisément, la question qui suit porte sur la fatigue que vous avez pu ressentir au cours des 15 derniers jours, que cette fatigue soit liée ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**FAT1.** Au cours des 15 derniers jours

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. Avez-vous eu besoin de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes vous senti(e) faible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etiez-vous fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A présent, des questions sur les DOULEURS que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général.*

**DOUL6.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez : **ACTUELLEMENT, depuis ma maladie, les douleurs que je ressens m'ont obligé à limiter mes activités professionnelles ou extraprofessionnelles. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Les questions qui suivent portent sur les DOULEURS que vous avez pu éventuellement ressentir au cours des 15 derniers jours, quelle que soit leur origine et que ces douleurs soient liées ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**DOUL1.** Au cours des 15 DERNIERS JOURS, avez-vous ressenti des douleurs ?

Constamment  Très souvent  Souvent  Parfois  Jamais

→ S'il vous est arrivé de ressentir des douleurs constamment, très souvent, souvent ou parfois, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions DOUL1.1 à DOUL5) :

**DOUL1.1.** Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS sont-elles, selon vous, modérées ou fortes ?

<input type="checkbox"/> Extrêmement fortes	<input type="checkbox"/> Très fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt fortes	<input type="checkbox"/> Ni modérées, ni fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt modérées	<input type="checkbox"/> Très modérées	<input type="checkbox"/> Extrêmement modérées
--	---	---	--	---	---	--

**DOUL1.2. Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS, ont-elles perturbé vos nuits c'est-à-dire votre sommeil nocturne ?**

Toutes les nuits     Pas toutes les nuits mais plusieurs nuits     Une seule nuit     Aucune nuit

**DOUL1.3. Quelle partie de votre corps vous fait mal ?**

.....

.....

**DOULDN1. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties présentent-t-elles la caractéristique d'une ...**

	Oui	Non
1. brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. série de décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN2. Dans la partie du corps où vous avez mal, ressentez-vous aussi des ...**

	Oui	Non
1. fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN3. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties augmentent-t-elles lors de frottements, au contact des vêtements ou des draps de lit ?**

Oui     Non

**DOULDN4. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties sont-elles limitées aux articulations ?**

Oui     Non

**DOUL4. Avez-vous consulté un médecin pour parler de ces douleurs ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.1. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL4.2. Avez-vous consulté un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.3. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL5. AU COURS DES 15 DERNIERS JOURS, avez-vous pris quotidiennement, ou au moins une fois par semaine, un ou plusieurs médicaments contre la douleur ?**

- Oui, ces médicaments m'ont tous été prescrits par un médecin
- Oui, mais je prends certains médicaments sans prescription médicale
- Non, je prends rarement ou jamais de médicaments contre la douleur

*Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la ressentez actuellement. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

**QOL1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

→ Choisissez la réponse la plus proche de votre situation

- Excellente     Très bonne     Bonne     Médiocre     Mauvaise

**QOL2. En ce qui concerne les activités de la vie citées ci-dessous, pouvez-vous indiquer si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :**

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

**QOL3. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT PHYSIQUE, avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL4. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT EMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)), avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL5. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure vos DOULEURS PHYSIQUES vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Enormément     Beaucoup     Moyennement     Un peu     Pas du tout

**QOL6. Les questions qui suivent portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES. Pour chaque question veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) :**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>					
2. débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
3. triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/>					

**QOL7.** Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où votre ETAT DE SANTE, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps  Une grande partie du temps  De temps en temps  Rarement  Jamais

*Les questions qui suivent abordent votre consommation d'alcool et de tabac.*

**CR1VA.** Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

Oui  Non

→ Si oui :

**CR2VA.** Vous fumez...

Tous les jours  Moins souvent

→ Si vous fumez tous les jours, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**CR3VA.** En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

**CR4VA.** Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes  Entre 6 et 30 minutes  Après 30 minutes

**CR5VA.** Dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie du poumon, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

- Je ne fumais pas  
 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

→ Si vous fumiez dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie :

**CR6VA.** DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation de tabac ?

Oui et j'ai consulté  Oui mais je n'ai pas consulté  Non

**CR7VA.** Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool actuelle, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort ?

- Vous ne buvez jamais d'alcool  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine  
 Au moins 4 fois par semaine

→ Si vous ne buvez jamais d'alcool, veuillez passer à la section suivante (question VQS1). S'il vous arrive de boire de l'alcool actuellement, veuillez répondre à cette question (page suivante) :

**CR8VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation d'alcool ?**

<input type="checkbox"/> 1. OUI et j'ai consulté	<input type="checkbox"/> 3. NON, je consommais de l'alcool mais on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> 2. OUI mais je n'ai pas consulté	<input type="checkbox"/> 4. NON concerné, je ne consommais pas ou peu d'alcool

*La section suivante porte sur votre vie quotidienne et sociale.*

**VQS1. DEPUIS le début de votre maladie, avez-vous été en contact avec une association de malades ?**

Oui, souvent     Oui, de temps en temps     Non, jamais

**VQS2. Suite à votre maladie, avez-vous été en contact avec une assistante sociale ?**

Oui     Non

**VQS4. Dans votre entourage, vous est-il déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à votre maladie ?**

Oui, souvent     Oui, quelques fois     Non, jamais

→ *S'il vous est déjà arrivé d'être l'objet d'attitude de rejet ou de discrimination (souvent ou quelques fois), veuillez répondre à la question suivante :*

**VQS5. Etait-ce de la part ...**

	Oui	Non
1. De membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS7. Et pour ce qui est des actes courants de la vie quotidienne (courses, repas, ménage, lessives, transports...), au cours des 12 derniers mois, avez-vous été aidé(e) par :**

	Oui, suffisamment	Oui, mais pas assez	Non, je n'en ressentais pas le besoin	Non, on ne me l'a pas proposé	Vous n'êtes pas concerné
1. Votre conjoint(e) / compagnon (agne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un ou des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un ou des professionnels de santé ou de l'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS8. Croyez-vous en l'existence d'un dieu ?**

Oui     Non

**VQS9. Selon vous, quel impact a eu votre maladie du poumon sur vos croyances religieuses ou philosophiques ? Ma maladie...**

A renforcé mes croyances     A affaibli mes croyances     N'a pas eu d'influence sur mes croyances

**VQS10. Au cours de votre maladie la vie spirituelle ou la religion ont-elles été pour vous un réconfort ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**Cette section concerne votre situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, puis elle abordera votre situation professionnelle actuelle.**  
**Les questions qui suivent concernent donc votre situation professionnelle au moment du diagnostic de votre maladie du poumon il y a environ deux ans.**

**JOB-1. A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC de votre maladie...**

	Cochez la case correspondante	Votre code couleur pour la suite du questionnaire
1. Vous aviez un emploi et vous étiez en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille bleue 
2. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en congé (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)	<input type="checkbox"/>	
3. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>	
4. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de longue durée	<input type="checkbox"/>	
5. Vous étiez chômeur ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille orange 
6. Vous étiez chômeur n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille rouge 
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, en congé sabbatique	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille grise 
8. Vous étiez retraité ou préretraité	<input type="checkbox"/>	
9. Vous étiez en invalidité	<input type="checkbox"/>	
10. Vous étiez femme/homme au foyer ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	
11. Vous étiez femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	

**JOB-2. L'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic était...**

- Un travail régulier     Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

**JOB-3. Depuis combien de temps aviez-vous cet emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

<input type="checkbox"/> Moins d'un an  <b>JOB-3A. Depuis combien de mois aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 11)	<input type="checkbox"/> Plus d'un an  <b>JOB-3B. Depuis combien d'années aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 49)
--	--

**JOB-4.** AU MOMENT du diagnostic, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?

Oui  Non

**JOB-5.** Depuis combien de temps cherchez-vous un emploi ?

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

Moins d'un an

**JOB-5A.** Depuis combien de mois cherchez-vous un emploi ? (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 11)

Plus d'un an

**JOB-5B.** Depuis combien d'années cherchez-vous un emploi ? (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 49)

→ Si votre couleur est : ● (uniquement si au moment du diagnostic de votre maladie vous étiez retraité, préretraité ou femme/homme au foyer ayant déjà travaillé), ● ou ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB6a à JOB10a) :

**JOB-6a.** Quelle était votre (dernière) profession AU MOMENT du diagnostic ?

.....  
.....

**JOB-6b.** Dans quel secteur d'activité exercez-vous votre profession ?

1. Agriculture, sylviculture, pêche	<input type="checkbox"/>
2. Industries énergétiques	<input type="checkbox"/>
3. Autres industries	<input type="checkbox"/>
4. Construction	<input type="checkbox"/>
5. Commerce et réparations	<input type="checkbox"/>
6. Education, santé, action sociale	<input type="checkbox"/>
7. Autre service ou autre activité du tertiaire	<input type="checkbox"/>

**JOB-7.** Etiez-vous :

1. Salarié de l'état, d'une collectivité locale, de la fonction publique hospitalière, d'une entreprise publique (La Poste, EDF-GDF, etc.) ou nationale ou de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
2. Salarié du secteur privé	<input type="checkbox"/>
3. Salarié chez un particulier	<input type="checkbox"/>
4. Indépendant ou à votre compte (sans employés à votre charge)	<input type="checkbox"/>
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)	<input type="checkbox"/>
6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez salarié :

**JOB-8.** Quel était le type de votre contrat de travail ?

1. Fonctionnaire	<input type="checkbox"/>
2. CDI	<input type="checkbox"/>
3. CDD	<input type="checkbox"/>
4. Contrat saisonnier	<input type="checkbox"/>
5. Contrat d'intérim ou de travail temporaire	<input type="checkbox"/>
6. Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez au moment du diagnostic indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-8a.** L'activité que vous exerciez était-elle réglementée (une licence ou un permis étaient-ils nécessaires) ?

Oui  Non

**JOB-8b.** Aviez-vous enregistré votre activité sous le régime auto-entrepreneur ?

Oui  Non

**JOB-8c.** Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8c1.** Combien de membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?

(1 à 9)

**JOB-8d.** Aviez-vous un ou plusieurs associés ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8d1.** Combien d'associés aviez-vous ?

(1 à 9)

**JOB-9.** En vous comptant, combien au total y avaient-ils de personnes travaillant dans l'entreprise ? Il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et non pas celle de la succursale

<input type="checkbox"/> 1 à 4	<input type="checkbox"/> 10 à 19	<input type="checkbox"/> 50 à 199	<input type="checkbox"/> 500 à 999
<input type="checkbox"/> 5 à 9	<input type="checkbox"/> 20 à 49	<input type="checkbox"/> 200 à 499	<input type="checkbox"/> 1000 ou plus

**JOB-10.** Vous travailliez ?

A plein temps  A temps partiel

→ Si vous travailliez à temps partiel :

**JOB-10p.** Vous travailliez ?

à 50%  à 80%  autre

**JOB-10a.** Quelle était votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) ?

(10 à 99)

**JOB-11.** Quelle rémunération totale mensuelle nette en Euros perceviez-vous AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon?

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-12.** Vous diriez approximativement que votre rémunération totale mensuelle nette était ?

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

**JOB-14. AU MOMENT du diagnostic, perceviez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-15. Quel était le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer au MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon?**

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-16. Dans quelle tranche était placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

*Les questions suivantes abordent votre situation professionnelle actuelle. Celle-ci n'a peut-être pas changé. Dans ce cas nous sommes désolés si pour certaines questions vous allez avoir l'impression de vous répéter mais il nous faut collecter tous ces renseignements.*

→ Si votre couleur est , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-28. Depuis quelle date n'avez-vous pas d'emploi ?**

Mois   (1 à 12) Année     (2000 à 2012)

**JOB-29. A quelle date s'est terminé l'emploi que vous aviez au diagnostic ?**

Mois   (1 à 12) Année     (2000 à 2012)

→ Si la période entre la fin de l'emploi que vous aviez à l'annonce du diagnostic et la fin de votre dernier emploi a duré 1 mois ou plus, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-30. Pouvez-vous indiquer ce que vous avez fait entre la fin de l'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic et le moment où vous n'avez plus d'emploi?**

.....

.....

**JOB-31. Pour quelle raison l'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic s'est-il terminé ?**

<input type="checkbox"/> Fin de contrat
<input type="checkbox"/> Démission
<input type="checkbox"/> Licenciement
<input type="checkbox"/> Départ retraite
<input type="checkbox"/> Cessation d'activité ou licenciement économique
<input type="checkbox"/> Passage en inactivité (pré-retraite, retraite, etc.)

**JOB-32. ACTUELLEMENT, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-33. Depuis quelle date êtes-vous à la recherche d'un emploi ?**

Mois   (1 à 12) Année    (2000 à 2012)

**JOB-34. Si l'on vous proposait un emploi seriez vous prêt à travailler dans un délai inférieur à 2 semaines ?**

Oui  Non

**JOB-34a. Avez-vous connu une ou plusieurs périodes d'emploi entre le diagnostic de votre maladie et aujourd'hui ?**

Oui, une seule  Oui, plusieurs  Non

→ Si vous en avez eu plusieurs :

**JOB34B. Et combien en avez-vous connu ?**

(1 à 20)

→ Si votre couleur est , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-35. Par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre maladie, avez-vous connu des modifications de votre emploi en terme de :**

	Oui	Non	<b>JOB35A. Si oui, êtes-vous satisfait des modifications ?</b>
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

→ Si vous n'avez eu aucune modification dans votre emploi, en termes de type de travail, de conditions de travail, de temps de travail, d'horaires de travail et de sécurité dans le travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-36. Auriez-vous souhaité des aménagements de votre poste de travail, du fait de votre maladie ?**

- Oui
- Non, je n'y ai pas pensé
- Non, je ne savais pas que c'était possible
- Non, je ne le souhaitais pas

→ Si oui :

**JOB-37. Dans quel domaine ?**

	Oui	Non
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autre : .....		

→ Si votre couleur est , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

*Les questions qui vont suivre font référence à l'emploi que vous occupiez AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, il y a environ 2 ans.*

**JOB-38. Avez-vous parlé de votre maladie sur votre lieu de travail ?**

<input type="checkbox"/> Oui, souvent
<input type="checkbox"/> Oui, de temps en temps
<input type="checkbox"/> Oui, une seule fois
<input type="checkbox"/> Non, jamais

→ Si vous avez parlé de votre maladie au moins une fois sur votre lieu de travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-39. A qui en avez-vous parlé ? Vous en avez parlé à**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Votre supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Vos collègues (collaborateurs, associés ou confrères dans le cas des indépendants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Le médecin du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un représentant du personnel ou un délégué syndical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. A une autre personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-40. Vous êtes-vous senti pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui, par mon employeur	<input type="checkbox"/> Oui, par mes collègues	<input type="checkbox"/> Oui, par mon employeur et par mes collègues	<input type="checkbox"/> Non, pas du tout
---	---	--	---

 **JOB-41. Avez-vous connu 1 ou plusieurs arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie du poumon ?**

<input type="checkbox"/> Oui, 1 seul arrêt	<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs arrêts	<input type="checkbox"/> Non
--	--	------------------------------

→ Si vous n'avez connu aucun arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie, allez à la question JOB-44. Si vous avez connu au moins un arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie et que votre couleur est ● ou ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB41b à JOB43B) :

**JOB-41b.** Combien d'arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie avez-vous connu jusqu'à présent ?  (1 à 99)

**JOB-42.** Combien de temps après le diagnostic de votre maladie du poumon a débuté votre premier arrêt maladie ?

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins d'un mois



**JOB-42A.** Combien de jours après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?

(1 à 30)

Plus d'un mois



**JOB-42B.** Combien de mois après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?

(1 à 36)

**JOB-43.** Combien de temps a duré cet arrêt maladie ?

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins de 30 jours



**JOB-43A.** Combien de jours a duré ce premier arrêt maladie ?

(1 à 30)

30 jours ou plus



**JOB-43B.** Combien de mois a duré ce premier arrêt maladie ?

(1 à 36)

→ Si votre couleur est ●, ●, ● ou ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB44 à JOB 45cb) :

**JOB-44.** ACTUELLEMENT êtes-vous en arrêt maladie du fait de votre maladie du poumon ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-45a.** Depuis combien de temps ?

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins de 30 jours



**JOB-45aa.** Depuis combien de jours êtes-vous en arrêt maladie ?

(1 à 30)

30 jours ou plus



**JOB-45ab.** Depuis combien de mois êtes-vous en arrêt maladie ?

(1 à 36)

→ Si ACTUELLEMENT vous n'êtes pas en arrêt maladie mais que vous avez eu plusieurs arrêts maladies liés au diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-45b. A quelle date s'est terminé votre dernier arrêt maladie lié à votre maladie du poumon ?**

Mois   (1 à 12) Année     (2000 à 2012)

**JOB-45c. Combien de temps a-t-il duré ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

<input type="checkbox"/> Moins de 30 jours  <b>JOB-45aa. JOB-45ca. Combien de jours a duré votre dernier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 30)	<input type="checkbox"/> 30 jours ou plus  <b>JOB-45cb. Combien de mois a duré votre dernier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 36)
---	---

→ Si votre couleur est  et qu'au moment du diagnostic vous étiez indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, et que vous avez connu un ou plusieurs arrêts maladies liés au diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-46. Au cours de cet ou ces arrêt(s), avez-vous pu être remplacé(e) ou aidé(e), par :**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Un associé ou un collaborateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un salarié de votre entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Vous n'avez pas été remplacé(e) ou aidé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-51. Percevez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestations liées à la maladie, à l'invalidité ou au handicap (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-52. Quel est le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer?**

→ (Si pas de revenu, saisir 0)

(0 à 999999)

**JOB-53. Dans quelle tranche est placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer ?** (question pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas répondre à JOB-52)

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

→ Si votre couleur est , ,  ou , veuillez répondre à l'ensemble des questions qui suivent.

Les questions qui suivent portent sur vos conditions de travail dans votre dernier emploi et sont d'ordre général. Elles concernent donc votre vécu à l'époque où vous occupiez cet emploi.

**CJOB6. Diriez-vous de votre travail qu'il était fatiguant nerveusement ?**

Oui  Non

**CJOB7. Diriez-vous de votre travail qu'il était fatiguant physiquement ?**

Oui  Non

**CJOB8. Dans l'ensemble, étiez-vous satisfait de votre travail ?**

Oui  Non

La section qui suit aborde vos ressources financières.

**RCV1. ACTUELLEMENT, diriez-vous que financièrement :**

<input type="checkbox"/> Vous êtes à l'aise	<input type="checkbox"/> Ça va	<input type="checkbox"/> C'est juste, il faut faire attention	<input type="checkbox"/> Vous y arrivez difficilement	<input type="checkbox"/> Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
--	-----------------------------------	--	---	---

**RCV2. Pensez-vous que DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, les revenus de votre ménage :**

<input type="checkbox"/> ont beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> ont un peu augmenté	<input type="checkbox"/> n'ont pas changé	<input type="checkbox"/> ont un peu diminué	<input type="checkbox"/> ont beaucoup diminué
--	--	---	---	---

Les questions qui suivent portent sur le logement que vous avez ACTUELLEMENT.

**RCV3. ACTUELLEMENT, par rapport à votre habitation, vous êtes (vous et/ou votre conjoint(e)/compagnon(agne)) :**

<input type="checkbox"/> Locataire
<input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez un (ou des) ami(s)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
<input type="checkbox"/> Autre : .....

**RCV4. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :**

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Acceptables  Insuffisantes  Très insuffisantes

**RCV5. Aviez-vous un crédit immobilier ou professionnel AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV6. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV7. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV8. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV9. Aviez-vous un crédit à la consommation AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV10. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV11. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV12. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV13. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit immobilier ou professionnel ?**

Oui  Non

**RCV14. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit à la consommation ?**

Oui  Non

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page suivante à la question AL1.

Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions T1 à T2.4) :

**T1. En ce qui concerne les propositions plus générales suivantes sur la perception de la vie, indiquez à chaque fois dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.**

	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout
1. Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt(e) à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plutôt que de mettre de l'argent de côté pour assurer mes vieux jours, je préfère le dépenser tout de suite en me faisant plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2.**

**Au sujet de votre attitude face aux risques, pour chacune des propositions suivantes merci d'essayer de vous situer sur une échelle comprise entre 0 et 10**

→ 10 correspond à l'extrême prudence, avec un minimum de prise de risques dans l'existence, 0 correspond à une attitude volontaire de prise de risque, pour des personnes qui ont l'habitude de miser gros.

**ACTUELLEMENT, êtes-vous prudent**

**pour votre santé ?**

(0 à 10)

**pour votre carrière professionnelle ?**

(0 à 10)

**T2.3**

**Diriez-vous que votre attitude a changé DEPUIS le début de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**T2.4**

**Dans la même échelle de 0 à 10 qui vous a été proposée, merci d'essayer de situer votre attitude face aux risques AVANT votre maladie du poumon, diagnostiquée il y a environ deux ans. AVANT LA MALADIE, étiez-vous prudent**

**pour votre santé ?**

(0 à 10)

**pour votre carrière professionnelle ?**

(0 à 10)

*Les questions qui suivent portent sur vos habitudes alimentaires.*

**AL1.**

**DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous changé votre alimentation ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions AL2 à AL6) :

**AL2.**

**Est-ce parce que vos goûts ont changé ?**

Oui  Non

**AL3.**

**Est-ce parce que vous vouliez avoir une alimentation plus saine ?**

Oui  Non

**AL4.**

**Y-a-t-il des aliments auxquels vous avez renoncé, ou que vous mangez beaucoup moins qu'avant ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**AL4B.**

**Quels sont les aliments auxquels vous avez renoncé ?**

.....  
.....

**AL5.**

**Y-a-t-il des aliments que vous mangez maintenant, alors que vous ne les mangiez pas avant, ou que vous mangez beaucoup plus qu'avant ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**AL5B.**

**Quels sont ces aliments ?**

.....  
.....

**AL6. Pour changer votre alimentation, avez-vous suivi...**

	Oui	Non
Les conseils d'un professionnel de santé que vous avez consulté pour votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils d'un proche (membre de la famille, ami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils donnés dans les médias, dans un livre ou sur internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AL7. Avant votre maladie, pratiquiez vous une activité physique régulière (sport, jardinage, ménage, marche, dans le cadre de votre travail ou de vos loisirs) ?**

Oui, tous les jours     Oui, moins souvent     Non

**AL8. DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous modifié votre activité physique ?**

oui, j'en fais plus qu'avant     oui, j'en fais moins qu'avant     oui, j'ai complètement arrêté     non

*Les questions suivantes traitent de votre recours à des médecines alternatives ou complémentaires. Par exemple nous considérons aussi bien l'homéopathie que certains régimes alimentaires comme la macrobiotique, les thérapies corporelles comme le shiatsu, ou bien encore les thérapies énergétiques comme le décodage biologique.*

**TC1 ACTUELLEMENT, avez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires ?**

Oui     Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

**TC2b A quelle(s) médecines alternatives ou complémentaires avez-vous recours?**

.....

.....

**TC3ter Aviez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires AVANT le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non

*La section suivante concerne votre vie affective, conjugale et sexuelle.*

**SEX1 ACTUELLEMENT, êtes-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

**SEX2 Juste avant votre maladie, étiez-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

→ Si actuellement vous êtes en couple ET que vous étiez en couple juste avant votre maladie :

**SEX3 Etes-vous à l'heure actuelle en couple avec la même personne qu'avant votre maladie ?**

Oui     Non

Les questions suivantes font référence à LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER.  
Pour chacune des propositions, choisissez la réponse la plus appropriée à votre situation :

**SEX4 Ma maladie a modifié mon désir sexuel (libido).**

Il a augmenté     Il n'a pas changé     Il a diminué     Il a disparu     Ne s'applique pas

**SEX5 Je suis satisfait(e) de la fréquence des étreintes et des baisers entre nous.**

Enormément     Très     Assez     Peu     Pas du tout     Ne s'applique pas

**SEX6 La fréquence de mes rapports sexuels a changé DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX7 Ma capacité à avoir un orgasme a changé DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX8 Je suis satisfait(e) de la fréquence actuelle de mes rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Enormément	<input type="checkbox"/> Très	<input type="checkbox"/> Assez	<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	---

**SEX9 Au cours de ces deux dernières semaines, j'ai eu des rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Une fois	<input type="checkbox"/> Deux fois	<input type="checkbox"/> Trois fois	<input type="checkbox"/> Quatre fois ou plus	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	---	---

**SEX10 DEPUIS votre maladie avez-vous parlé de votre sexualité avec l'équipe soignante ?**

<input type="checkbox"/> Oui, à l'initiative du personnel soignant
<input type="checkbox"/> Oui, à mon initiative
<input type="checkbox"/> Non, on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> Non, je ne l'ai pas souhaité

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page 26 à la question PR1.  
Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions suivantes

Les questions qui suivent concernent votre vie parentale.

♂ **VOUS ETES UN HOMME** âgé de 55 ans ou moins

♂ **PF1b** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile ?

<input type="checkbox"/> Oui	→	âge de la découverte de la stérilité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non				

→ Si oui, merci de vous rendre à la question PR1 (en bas de la page 26)

♂ **VOUS ETES UN HOMME** et vous n'étiez pas stérile au moment de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

♂ **PF6** Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :

 **PF7** Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?

Oui  Non

 **PF8** Avez-vous effectué un prélèvement de sperme avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?

Oui  Non, on ne me l'a pas proposé  Non, je ne l'ai pas souhaité

 **PF9** ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?

Oui  Non  Ne sait pas

 **PF12** Etes vous devenu père DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?

Oui, par insémination  Oui de façon naturelle  Non

 **PF13** ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui dans les mois à venir  Oui à plus long-terme  Non

 **PF14** Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant  Oui, en le renforçant  Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 page 26

 **VOUS ETES UNE FEMME** âgée de 55 ans ou moins

 **PF1** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile, ménopausée ou enceinte ?

Oui, stérile → âge de la découverte de la stérilité :

*Merci de vous rendre à la question PR1 page 26*

Oui, ménopausée → âge de la découverte de la ménopause :

*Merci de vous rendre à la question PR1 page 26*

Oui, enceinte *Merci de vous rendre à la question PF1TER de l'encadré ci-dessous*

Non *Merci de vous rendre à la question PF6 (second encadré page 26)*

 **VOUS ETES UNE FEMME** et vous étiez ENCEINTE lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

 **PF1TER.** De combien de mois étiez-vous enceinte au moment de la découverte de votre maladie ?   (0 à 9)

 **PF3** Quelle prise en charge a été réalisée ?

- Un traitement pendant la grossesse
- Un traitement différé et commencé après l'accouchement
- Autre.....

 **PF3BIS.** Quel a été ce traitement ?

 **PF4.** Quelle a été l'issue de la grossesse :

- Accouchement à terme
- Accouchement prématuré, à combien de semaine ? .....
- Fausse couche spontanée
- Un avortement thérapeutique

**PF5**

**Si vous avez eu un enfant, pensez-vous que la prise en charge de votre maladie a eu une influence sur l'état de santé de votre enfant ?**

Oui, de façon importante     Oui, de façon mineure     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*



**VOUS ETES UNE FEMME et vous étiez fertile mais non enceinte lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :**

**PF6**

**Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ *Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :*

**PF7**

**Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?**

Oui     Non

**PF8**

**Avez-vous effectué un prélèvement d'ovocyte ou d'embryon avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non, on ne me l'a pas proposé     Non, je ne l'ai pas souhaité

**PF9**

**ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?**

Oui     Non     Ne sait pas

**PF9b**

**ACTUELLEMENT, êtes-vous ménopausée ?**

Oui     Non

**PF10**

**Avez-vous été enceinte DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**PF11**

**Votre grossesse a commencé :**

- Après l'arrêt de votre traitement
- Pendant votre traitement et vous l'avez arrêté
- Pendant votre traitement et vous l'avez continué

**PF13**

**ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui dans les mois à venir     Oui à plus long-terme     Non

**PF14**

**Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant     Oui, en le renforçant     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*

*Cette section aborde vos conditions de prise en charge et vos échanges avec l'équipe soignante.*

**PR1.**

**Avez-vous été associé(e) au choix de vos traitements ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**PR2.**

**Auriez-vous souhaité y être...**

Plus associé(e)     Autant associé(e)     Moins associé(e)

**PR6. Avez-vous cherché par vous-même de l'information sur votre maladie et ses traitements ?**

	Oui	Non
En allant sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En contactant des associations de malades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'amis et/ou de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'une ou de personnes atteintes de la même maladie que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR8. Au sujet de vos échanges d'informations avec les médecins et l'équipe soignante, avez-vous eu le sentiment que :**

	Souvent	De temps en temps	Jamais
1. le temps consacré par les médecins ou l'équipe soignante pour répondre à vos questions était insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous étiez dans l'incapacité de poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les informations médicales étaient trop compliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La quantité d'information donnée était trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous ne saviez pas comment poser vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR9. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT DE VOTRE MALADIE ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR10. Auriez-vous souhaité bénéficier d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT de votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans?**

Oui  Non

→ Si oui :

**PR11. L'avez-vous demandé à une personne de l'établissement où vous étiez soigné(e) ?**

Oui  Non

**PR12. ACTUELLEMENT bénéficiez-vous d'un soutien psychologique par un professionnel pour votre maladie ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous êtes/étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR13. Le souhaitez-vous, aujourd'hui ?**

Oui  Non

*Nous vous remercions pour votre participation.  
Elle contribuera à enrichir les résultats de cette enquête lesquels serviront à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie chroniques vivant en France.*

**Si vous avez des questions complémentaires sur le contenu de l'étude,  
appelez le 0800 779 924.  
Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire, appelez le N° vert 01 71 25 06 48**



IDENTIFIANT PRÉ-CODÉ

BI

DATE

# ENQUÊTE CONDITIONS DE VIE

## Questionnaire auto-administré

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête sur les conditions de vie auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique à la suite du courrier que vous a transmis l'Assurance Maladie.

Comme vous avez souhaité répondre par courrier, nous nous permettons de vous transmettre ce questionnaire et nous vous demandons de bien vouloir remplir vous-même ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes. Elles resteront strictement confidentielles et ne seront transmises ni à votre médecin, ni à l'Assurance Maladie.

## Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases.  
Vous répondrez en faisant une croix dans une case.

Exemple :

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

Cochez une case et une seule à chaque fois. Si vous hésitez, choisissez celle qui vous semble la plus proche de ce que vous vivez ou avez vécu.

Ce questionnaire a été conçu pour le plus grand nombre possible de personnes. Certaines propositions pourront ne pas correspondre à votre cas. Ceci est normal, n'en soyez pas inquieté.

Une fois que vous avez terminé de remplir ce questionnaire, retournez-le à l'aide de l'enveloppe T qui vous a été fournie.

Si vous avez égaré cette enveloppe, veuillez nous contacter au N° vert 01 71 25 06 48

Etes-vous prêt(e) ? 

Les données et informations recueillies au cours de l'enquête feront l'objet d'un traitement informatique pour le compte de l'INSERM en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL autorisation n° 911290).  
Conformément à la loi « Informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en écrivant à l'adresse suivante : ORS PACA, enquête CDV-2011, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille

Avant de débiter ce questionnaire, sachez que certaines questions sont d'ordre général et d'autres sont plus spécifiquement en rapport avec votre maladie.

Dans un premier temps, vous devrez répondre à des questions personnelles afin de vous caractériser.

**SD1. En quelle année êtes-vous né(e) ?**    (1910 à 1994)

**SD2. Vous êtes...**  
 Un homme  Une femme

**SD3. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?**  
 Oui  Non

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**  
 Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

**SD5. Avez-vous des enfants biologiques ?**  
 Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre à l'encadré suivant :

**SD6. Combien avez-vous d'enfants biologiques au total ?**   (1 à 15)

**SD8. Quel âge ont vos enfants ?**

Enfant 1 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 6 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 11 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 2 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 7 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 12 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 3 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 8 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 13 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 4 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 9 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 14 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 5 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 10 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 15 : <input type="text"/> <input type="text"/>

**SD7. Combien d'enfants biologiques, adoptés ou de votre conjoint avez-vous à votre charge ?**   (0 à 15)

**SD9. Combien de personnes vivent dans votre logement, y compris vous-même ?**   (1 à 17)

**SD10. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?**

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas été scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, brevet supérieur
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège	<input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège	<input type="checkbox"/> Diplôme de 1 <sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
<input type="checkbox"/> CEP (certificat d'études primaires)	<input type="checkbox"/> Diplôme de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> cycle universitaire (y compris médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
<input type="checkbox"/> BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	
<input type="checkbox"/> CAP, brevet de compagnon	
<input type="checkbox"/> BEP	

Les deux questions qui suivent portent sur votre état de santé actuel.

**ETS1. Comment est votre état de santé en général ?**

- Très bon     Bon     Assez bon     Mauvais     Très mauvais

**ETS2. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

- OUI, fortement limité     OUI, limité(e), mais pas fortement     NON, pas limité du tout

Les questions qui suivent portent plus précisément sur la maladie du poumon qui a été diagnostiquée chez vous il y a environ deux ans.

**MED1. Votre maladie du poumon a été découverte à la suite de :**

<input type="checkbox"/> 1. Symptôme ressenti / anomalie détectée par vous-même	<input type="checkbox"/> 2. Découverte fortuite lors d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation pour une autre cause	<input type="checkbox"/> 4. Examen de dépistage	<input type="checkbox"/> 6. Autre
---	--	---	-----------------------------------

→ Si autre

**MED1C. Pouvez-vous préciser ?**

.....

.....

**MED2.1. Quel était votre poids avant le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED2.2. Quel est votre poids actuel ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED3. Combien mesurez-vous ?**

Ecrire votre taille en cm  cm

**MED4.1. Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps hormis votre maladie ... ?**

- Oui     Non

→ Si oui

**MED4.2. De quel(s) autres maladies ou handicaps souffrez-vous ?**

→ Vous pouvez cocher plusieurs réponses

<input type="checkbox"/> 1. Diabète	<input type="checkbox"/> 11. Attaque cérébrale, maladie de Parkinson, épilepsie
<input type="checkbox"/> 3. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 12. Maladie rénale
<input type="checkbox"/> 4. Insuffisance cardiaque/angine de poitrine/troubles du rythme	<input type="checkbox"/> 13. Fréquentes infections urinaires
<input type="checkbox"/> 5. Phlébites, embolie pulmonaire, artérite	<input type="checkbox"/> 14. Baisse de l'audition
<input type="checkbox"/> 6. Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, asthme...)	<input type="checkbox"/> 15. Troubles de la vue (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire...)
<input type="checkbox"/> 7. Cancer, où est-il situé : .....	<input type="checkbox"/> 16. Maladie de la thyroïde.
<input type="checkbox"/> 8. Ulcères, douleurs gastriques	<input type="checkbox"/> 17. Autre maladie ou handicap .....
<input type="checkbox"/> 9. Constipation	.....
<input type="checkbox"/> 10. Arthrose, rhumatismes inflammatoires	.....

**MED6.1. Avez-vous été opéré(e) pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**MED6.2. Quel type de chirurgie avez-vous eue ?**

.....  
.....

**MED 7.1 Avez-vous été traité(e) par chimiothérapie au cours des trois dernières années ?**

Oui  Non

**MED8. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité(e) par chimiothérapie ?**

Oui  Non

**MED7.2. Avez-vous refusé un traitement par chimiothérapie pour votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

**MED 9.1 Avez-vous été traité(e) par radiothérapie au cours des trois dernières années?**

Oui  Non

**MED10. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité(e) par radiothérapie ?**

Oui  Non

**MED9.2. Avez-vous refusé un traitement par radiothérapie pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

**MED13.1. ACTUELLEMENT, est-ce que vous conservez des séquelles de votre radiothérapie?**

Oui  Non  Pas de radiothérapie

→ *Si oui, veuillez répondre aux 2 questions de l'encadré page suivante*

**MED13.2. Quelles séquelles de votre radiothérapie avez-vous?**

.....  
.....

**MED13.3. Ces séquelles sont-elles?**

<input type="checkbox"/> Très importantes	<input type="checkbox"/> Ni importantes ni pas importantes	<input type="checkbox"/> Pas du tout importantes
<input type="checkbox"/> Importantes	<input type="checkbox"/> Pas importantes	

**MED14. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été gêné(e) par des picotements, des fourmillements, un engourdissement et/ou une diminution de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED17PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à respirer ...**

→ Une seule croix par ligne

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en marchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. en montant des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MED18PO. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous toussé ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED19PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu mal dans la poitrine ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED22.1. Au cours des 7 derniers jours avez-vous été gêné(e) dans votre vie quotidienne par d'autres effets secondaires liés à la prise en charge de votre maladie?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

→ Si vous êtes gêné(e) Très souvent, Souvent ou Rarement :

**MED22.2. Par quels autres effets secondaires avez-vous été gêné(e) ?**

.....  
.....

**MED23.1. De manière plus générale, conservez-vous des séquelles suite à la prise en charge de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui et elles sont très importantes
<input type="checkbox"/> Oui et elles sont importantes
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont modérées
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont très modérées
<input type="checkbox"/> Non, je ne conserve aucune séquelle

→ Dans le cas où vous conservez des séquelles :

**MED23.2. Quelles séquelles conservez-vous ?**

.....  
.....

**MED24PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous fait des séances de rééducation de la voix (orthophonie)?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25B.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**MED25PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous participé à des séances de rééducation à l'effort, pour diminuer l'essoufflement ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.2PO** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25.3PO.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**DIAG1.** Qui vous a annoncé le diagnostic de votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Un médecin de ville	<input type="checkbox"/> Une infirmière
<input type="checkbox"/> Un chirurgien	<input type="checkbox"/> Un membre du personnel du laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie
<input type="checkbox"/> Un autre médecin en hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> Autre .....
<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille ou un ami proche	

**DIAG2.** Dans quelles circonstances cette annonce vous a-t-elle été faite ?

<input type="checkbox"/> En face-à-face	<input type="checkbox"/> Par courrier
<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Autre .....

**DIAG3.** Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière trop brutale ?

Oui  Peut être  Non

**DIAG4.** Avez-vous bénéficié d'une consultation pendant laquelle le médecin vous a confirmé le diagnostic de votre maladie et présenté les traitements envisagés ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions de l'encadré suivant :

**DIAG5.** Dans le cadre de cette consultation, le médecin vous a-t-il remis un document avec votre programme personnalisé de soin et le calendrier de vos traitements ?

<input type="checkbox"/> Oui, et le document vous a été utile
<input type="checkbox"/> Oui, mais le document ne vous a pas été utile
<input type="checkbox"/> Non

**DIAG6.** Dans le cadre de cette consultation vous a-t-on proposé de rencontrer ...

	Oui	Non
1. un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. une assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. une infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIAG7.1.** Un ESSAI THERAPEUTIQUE est une étude scientifique portant sur un nouveau médicament non encore disponible sur le marché ou un nouveau protocole de traitement. Ce type d'étude est réalisé à l'hôpital auprès de patients volontaires ayant signé une déclaration de consentement. Vous a-t-on proposé de participer à un essai THERAPEUTIQUE ?

Oui  Non  Peut-être, je ne me souviens pas

→ Si oui :

**DIAG7.2.** Avez-vous accepté d'y participer ?

Oui  Non

*La question qui suit évoque la fatigue que vous pouvez éventuellement ressentir, c'est une question d'ordre général.*

**FAT4.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez actuellement : **La fatigue que je ressens en ce moment est une souffrance ou un souci pour moi. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Plus précisément, la question qui suit porte sur la fatigue que vous avez pu ressentir au cours des 15 derniers jours, que cette fatigue soit liée ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**FAT1.** Au cours des 15 derniers jours

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. Avez-vous eu besoin de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes vous senti(e) faible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etiez-vous fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A présent, des questions sur les DOULEURS que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général.*

**DOUL6.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez : **ACTUELLEMENT, depuis ma maladie, les douleurs que je ressens m'ont obligé à limiter mes activités professionnelles ou extraprofessionnelles. Vous êtes :**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Les questions qui suivent portent sur les DOULEURS que vous avez pu éventuellement ressentir au cours des 15 derniers jours, quelle que soit leur origine et que ces douleurs soient liées ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**DOUL1.** Au cours des 15 DERNIERS JOURS, avez-vous ressenti des douleurs ?

Constamment  Très souvent  Souvent  Parfois  Jamais

→ S'il vous est arrivé de ressentir des douleurs constamment, très souvent, souvent ou parfois, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions DOUL1.1 à DOUL5) :

**DOUL1.1.** Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS sont-elles, selon vous, modérées ou fortes ?

<input type="checkbox"/> Extrêmement fortes	<input type="checkbox"/> Très fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt fortes	<input type="checkbox"/> Ni modérées, ni fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt modérées	<input type="checkbox"/> Très modérées	<input type="checkbox"/> Extrêmement modérées
--	---	---	--	---	---	--

**DOUL1.2. Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS, ont-elles perturbé vos nuits c'est-à-dire votre sommeil nocturne ?**

Toutes les nuits     Pas toutes les nuits mais plusieurs nuits     Une seule nuit     Aucune nuit

**DOUL1.3. Quelle partie de votre corps vous fait mal ?**

.....

.....

**DOULDN1. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties présentent-t-elles la caractéristique d'une ...**

	Oui	Non
1. brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. série de décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN2. Dans la partie du corps où vous avez mal, ressentez-vous aussi des ...**

	Oui	Non
1. fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN3. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties augmentent-t-elles lors de frottements, au contact des vêtements ou des draps de lit ?**

Oui     Non

**DOULDN4. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties sont-elles limitées aux articulations ?**

Oui     Non

**DOUL4. Avez-vous consulté un médecin pour parler de ces douleurs ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.1. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL4.2. Avez-vous consulté un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.3. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL5. AU COURS DES 15 DERNIERS JOURS, avez-vous pris quotidiennement, ou au moins une fois par semaine, un ou plusieurs médicaments contre la douleur ?**

- Oui, ces médicaments m'ont tous été prescrits par un médecin
- Oui, mais je prends certains médicaments sans prescription médicale
- Non, je prends rarement ou jamais de médicaments contre la douleur

*Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la ressentez actuellement. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

**QOL1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

→ Choisissez la réponse la plus proche de votre situation

- Excellente     Très bonne     Bonne     Médiocre     Mauvaise

**QOL2. En ce qui concerne les activités de la vie citées ci-dessous, pouvez-vous indiquer si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :**

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

**QOL3. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT PHYSIQUE, avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL4. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT EMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)), avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL5. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure vos DOULEURS PHYSIQUES vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Enormément     Beaucoup     Moyennement     Un peu     Pas du tout

**QOL6. Les questions qui suivent portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES. Pour chaque question veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) :**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>					
2. débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
3. triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/>					

**QOL7.** Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où votre ETAT DE SANTE, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps  Une grande partie du temps  De temps en temps  Rarement  Jamais

*Les questions qui suivent abordent votre consommation d'alcool et de tabac.*

**CR1VA.** Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

Oui  Non

→ *Si oui :*

**CR2VA.** Vous fumez...

Tous les jours  Moins souvent

→ *Si vous fumez tous les jours, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :*

**CR3VA.** En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

**CR4VA.** Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes  Entre 6 et 30 minutes  Après 30 minutes

**CR5VA.** Dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie du poumon, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

- Je ne fumais pas  
 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

→ *Si vous fumiez dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie :*

**CR6VA.** DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation de tabac ?

Oui et j'ai consulté  Oui mais je n'ai pas consulté  Non

**CR7VA.** Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool actuelle, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort ?

- Vous ne buvez jamais d'alcool  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine  
 Au moins 4 fois par semaine

→ *Si vous ne buvez jamais d'alcool, veuillez passer à la section suivante (questionVQS1). S'il vous arrive de boire de l'alcool actuellement, veuillez répondre à cette question (page suivante) :*

**CR8VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation d'alcool ?**

<input type="checkbox"/> 1. OUI et j'ai consulté	<input type="checkbox"/> 3. NON, je consommais de l'alcool mais on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> 2. OUI mais je n'ai pas consulté	<input type="checkbox"/> 4. NON concerné, je ne consommais pas ou peu d'alcool

*La section suivante porte sur votre vie quotidienne et sociale*

**VQS1. DEPUIS le début de votre maladie, avez-vous été en contact avec une association de malades ?**

Oui, souvent     Oui, de temps en temps     Non, jamais

**VQS2. Suite à votre maladie, avez-vous été en contact avec une assistante sociale ?**

Oui     Non

**VQS4. Dans votre entourage, vous est-il déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à votre maladie ?**

Oui, souvent     Oui, quelques fois     Non, jamais

→ *S'il vous est déjà arrivé d'être l'objet d'attitude de rejet ou de discrimination (souvent ou quelques fois), veuillez répondre à la question suivante :*

**VQS5. Etait-ce de la part ...**

	Oui	Non
1. De membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS7. Et pour ce qui est des actes courants de la vie quotidienne (courses, repas, ménage, lessives, transports...), au cours des 12 derniers mois, avez-vous été aidé(e) par :**

	Oui, suffisamment	Oui, mais pas assez	Non, je n'en ressentais pas le besoin	Non, on ne me l'a pas proposé	Vous n'êtes pas concerné
1. Votre conjoint(e) / compagnon (agne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un ou des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un ou des professionnels de santé ou de l'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS8. Croyez-vous en l'existence d'un dieu ?**

Oui     Non

**VQS9. Selon vous, quel impact a eu votre maladie du poumon sur vos croyances religieuses ou philosophiques ? Ma maladie...**

A renforcé mes croyances     A affaibli mes croyances     N'a pas eu d'influence sur mes croyances

**VQS10. Au cours de votre maladie la vie spirituelle ou la religion ont-elles été pour vous un réconfort ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

Cette section concerne votre situation professionnelle **AU MOMENT** du diagnostic de votre maladie, puis elle abordera votre situation professionnelle actuelle.  
Les questions qui suivent concernent donc votre situation professionnelle au moment du diagnostic de votre maladie du poumon il y a environ deux ans.

**JOB-1. A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC de votre maladie...**

	Cochez la case correspondante	Votre code couleur pour la suite du questionnaire
6. Vous étiez chômeur n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille rouge 
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, en congé sabbatique	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille grise 
8. Vous étiez retraité ou préretraité	<input type="checkbox"/>	
9. Vous étiez en invalidité	<input type="checkbox"/>	
10. Vous étiez femme/homme au foyer ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	
11. Vous étiez femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	

**JOB-4. AU MOMENT du diagnostic, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?**

Oui  Non

**JOB-5. Depuis combien de temps cherchez-vous un emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

<input type="checkbox"/> Moins d'un an  <b>JOB-5A. Depuis combien de mois cherchez-vous un emploi ?</b> (veuillez arrondir au mois supérieur) <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 11)	<input type="checkbox"/> Plus d'un an  <b>JOB-5B. Depuis combien d'années cherchez-vous un emploi ?</b> (veuillez arrondir au mois supérieur) <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 49)
--	--

**JOB-14. AU MOMENT du diagnostic, perceviez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-15.** Quel était le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-16.** Dans quelle tranche était placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

*Les questions suivantes abordent votre situation professionnelle actuelle. Celle-ci n'a peut-être pas changée. Dans ce cas nous sommes désolés si pour certaines questions vous allez avoir l'impression de vous répéter mais il nous faut collecter tous ces renseignements.*

**JOB-32.** ACTUELLEMENT, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-33.** Depuis quelle date êtes-vous à la recherche d'un emploi ?

Mois  (1 à 12) Année  (2000 à 2012)

**JOB-34.** Si l'on vous proposait un emploi seriez vous prêt à travailler dans un délai inférieur à 2 semaines ?

Oui  Non

**JOB-34a.** Avez-vous connu une ou plusieurs périodes d'emploi entre le diagnostic de votre maladie et aujourd'hui ?

Oui, 1 seul  Oui, plusieurs  Non

**JOB34B.** Et combien en avez-vous connu ?

(1 à 20)

**JOB-51.** Percevez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestations liées à la maladie, à l'invalidité ou au handicap (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-52. Quel est le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer ?**

→ (Si pas de revenu, saisir 0)

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 (0 à 999999)

**JOB-53. Dans quelle tranche est placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer ?** (question pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas répondre à JOB-52)

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

→ Si votre couleur est  ou , veuillez répondre à l'ensemble des questions qui suivent :

La section qui suit aborde vos ressources financières.

**RCV1. ACTUELLEMENT, diriez-vous que financièrement :**

<input type="checkbox"/> Vous êtes à l'aise	<input type="checkbox"/> Ça va	<input type="checkbox"/> C'est juste, il faut faire attention	<input type="checkbox"/> Vous y arrivez difficilement	<input type="checkbox"/> Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
--	-----------------------------------	--	---	---

**RCV2. Pensez-vous que DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, les revenus de votre ménage :**

<input type="checkbox"/> ont beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> ont un peu augmenté	<input type="checkbox"/> n'ont pas changé	<input type="checkbox"/> ont un peu diminué	<input type="checkbox"/> ont beaucoup diminué
--	--	---	---	---

Les questions qui suivent portent du logement que vous avez ACTUELLEMENT.

**RCV3. ACTUELLEMENT, par rapport à votre habitation, vous êtes (vous et/ou votre conjoint(e)/compagnon(agne)) :**

<input type="checkbox"/> Locataire
<input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez un (ou des) ami(s)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
<input type="checkbox"/> Autre : .....

**RCV4. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :**

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Acceptables  Insuffisantes  Très insuffisantes

**RCV5. Aviez-vous un crédit immobilier ou professionnel AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV6. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV7. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV8. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV9. Aviez-vous un crédit à la consommation AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV10. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV11. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV12. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV13. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit immobilier ou professionnel ?**

Oui  Non

**RCV14. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit à la consommation ?**

Oui  Non

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page suivante à la question AL1.

Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions T1 à T2.4) :

**T1. En ce qui concerne les propositions plus générales suivantes sur la perception de la vie, indiquez à chaque fois dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.**

	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout
1. Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt(e) à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plutôt que de mettre de l'argent de côté pour assurer mes vieux jours, je préfère le dépenser tout de suite en me faisant plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2.**

**Au sujet de votre attitude face aux risques, pour chacune des propositions suivantes merci d'essayer de vous situer sur une échelle comprise entre 0 et 10**

→ 10 correspond à l'extrême prudence, avec un minimum de prise de risques dans l'existence, 0 correspond à une attitude volontaire de prise de risque, pour des personnes qui ont l'habitude de miser gros.

**ACTUELLEMENT, êtes-vous prudent**

**pour votre santé ?**

(0 à 10)

**pour votre carrière professionnelle ?**

(0 à 10)

**T2.3**

**Diriez-vous que votre attitude a changé DEPUIS le début de votre maladie ?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**T2.4**

**Dans la même échelle de 0 à 10 qui vous a été proposée, merci d'essayer de situer votre attitude face aux risques AVANT votre maladie du poumon, diagnostiquée il y a environ deux ans. AVANT LA MALADIE, étiez-vous prudent**

**pour votre santé ?**

(0 à 10)

**pour votre carrière professionnelle ?**

(0 à 10)

*Les questions qui suivent portent sur vos habitudes alimentaires.*

**AL1.**

**DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous changé votre alimentation ?**

Oui  Non

→ *Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions AL2 à AL6) :*

**AL2.**

**Est-ce parce que vos goûts ont changé ?**

Oui  Non

**AL3.**

**Est-ce parce que vous vouliez avoir une alimentation plus saine ?**

Oui  Non

**AL4.**

**Y-a-t-il des aliments auxquels vous avez renoncé, ou que vous mangez beaucoup moins qu'avant ?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**AL4B.**

**Quels sont les aliments auxquels vous avez renoncé ?**

.....  
.....

**AL5.**

**Y-a-t-il des aliments que vous mangez maintenant, alors que vous ne les mangiez pas avant, ou que vous mangez beaucoup plus qu'avant ?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**AL5B.**

**Quels sont ces aliments ?**

.....  
.....

**AL6. Pour changer votre alimentation, avez-vous suivi...**

	Oui	Non
Les conseils d'un professionnel de santé que vous avez consulté pour votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils d'un proche (membre de la famille, ami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils donnés dans les médias, dans un livre ou sur internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AL7. Avant votre maladie, pratiquiez vous une activité physique régulière (sport, jardinage, ménage, marche, dans le cadre de votre travail ou de vos loisirs) ?**

Oui, tous les jours     Oui, moins souvent     Non

**AL8. DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous modifié votre activité physique ?**

oui, j'en fais plus qu'avant     oui, j'en fais moins qu'avant     oui, j'ai complètement arrêté     non

*Les questions suivantes traitent de votre recours à des médecines alternatives ou complémentaires. Par exemple nous considérons aussi bien l'homéopathie que certains régimes alimentaires comme la macrobiotique, les thérapies corporelles comme le shiatsu, ou bien encore les thérapies énergétiques comme le décodage biologique.*

**TC1 ACTUELLEMENT, avez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires ?**

Oui     Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

**TC2b A quelle(s) médecines alternatives ou complémentaires avez-vous recours?**

.....  
.....

**TC3ter Aviez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires AVANT le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non

*La section suivante concerne votre vie affective, conjugale et sexuelle ...*

**SEX1 ACTUELLEMENT, êtes-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

**SEX2 Juste avant votre maladie, étiez-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

→ Si actuellement vous êtes en couple ET que vous étiez en couple juste avant votre maladie :

**SEX3 Etes-vous à l'heure actuelle en couple avec la même personne qu'avant votre maladie ?**

Oui     Non

Les questions suivantes font référence à LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER.  
Pour chacune des propositions, choisissez la réponse la plus appropriée à votre situation :

**SEX4 Ma maladie a modifié mon désir sexuel (libido).**

- Il a augmenté     Il n'a pas changé     Il a diminué     Il a disparu     Ne s'applique pas

**SEX5 Je suis satisfait(e) de la fréquence des étreintes et des baisers entre nous.**

- Enormément     Très     Assez     Peu     Pas du tout     Ne s'applique pas

**SEX6 La fréquence de mes rapports sexuels a changé DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX7 Ma capacité à avoir un orgasme a changé depuis DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX8 Je suis satisfait(e) de la fréquence actuelle de mes rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Enormément	<input type="checkbox"/> Très	<input type="checkbox"/> Assez	<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	---

**SEX9 Au cours de ces deux dernières semaines, j'ai eu des rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Une fois	<input type="checkbox"/> Deux fois	<input type="checkbox"/> Trois fois	<input type="checkbox"/> Quatre fois ou plus	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	---	---

**SEX10 DEPUIS votre maladie avez-vous parlé de votre sexualité avec l'équipe soignante ?**

- Oui, à l'initiative du personnel soignant  
 Oui, à mon initiative  
 Non, on ne me l'a pas proposé  
 Non, je ne l'ai pas souhaité

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page 20 à la question PR1.  
Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions suivantes

Les questions qui suivent concernent votre vie parentale.

♂ **VOUS ETES UN HOMME** âgé de 55 ans ou moins

♂ **PF1b** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile ?

- Oui (âge de la découverte de la stérilité) .....  
 Non

→ Si oui, merci de vous rendre à la question PR1 (en bas de la page 20)

♂ **VOUS ETES UN HOMME** et vous n'étiez pas stérile au moment de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

♂ **PF6** Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

- Oui, certainement     Oui, peut être     Non

 **PF7** Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?

Oui  Non

 **PF8** Avez-vous effectué un prélèvement de sperme avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?

Oui  Non, on ne me l'a pas proposé  Non, je ne l'ai pas souhaité

 **PF9** ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?

Oui  Non  Ne sait pas

 **PF12** Etes vous devenu père DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?

Oui, par insémination  Oui de façon naturelle  Non

 **PF13** ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui dans les mois à venir  Oui à plus long-terme  Non

 **PF14** Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant  Oui, en le renforçant  Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 page 20

 **VOUS ETES UNE FEMME** âgée de 55 ans ou moins

 **PF1** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile, ménopausée ou enceinte ?

Oui, stérile → âge de la découverte de la stérilité :    
*Merci de vous rendre à la question PR1 page 20*

Oui, ménopausée → âge de la découverte de la ménopause :    
*Merci de vous rendre à la question PR1 page 20*

Oui, enceinte *Merci de vous rendre à la question PF1TER de l'encadré ci-dessous*

Non *Merci de vous rendre à la question PF6 (second encadré page 20)*

 **VOUS ETES UNE FEMME** et vous étiez ENCEINTE lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

 **PF1TER.** De combien de mois étiez-vous enceinte au moment de la découverte de votre maladie ?   (0 à 9)

 **PF3** Quelle prise en charge a été réalisée ?

- Un traitement pendant la grossesse
- Un traitement différé et commencé après l'accouchement
- Autre.....

 **PF3BIS.** Quel a été ce traitement ?

.....

.....

 **PF4.** Quelle a été l'issue de la grossesse :

- Accouchement à terme
- Accouchement prématuré, à combien de semaine ? .....
- Fausse couche spontanée
- Un avortement thérapeutique

**PF5**

**Si vous avez eu un enfant, pensez-vous que la prise en charge de votre maladie a eu une influence sur l'état de santé de votre enfant ?**

Oui, de façon importante     Oui, de façon mineure     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*



**VOUS ETES UNE FEMME et vous étiez fertile mais non enceinte lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :**

**PF6**

**Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ *Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :*

**PF7**

**Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?**

Oui     Non

**PF8**

**Avez-vous effectué un prélèvement d'ovocyte ou d'embryon avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non, on ne me l'a pas proposé     Non, je ne l'ai pas souhaité

**PF9**

**ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?**

Oui     Non     Ne sait pas

**PF9b**

**ACTUELLEMENT, êtes-vous ménopausée ?**

Oui     Non

**PF10**

**Avez-vous été enceinte DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**PF11**

**Votre grossesse a commencé :**

- Après l'arrêt de votre traitement
- Pendant votre traitement et vous l'avez arrêté
- Pendant votre traitement et vous l'avez continué

**PF13**

**ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui dans les mois à venir     Oui à plus long-terme     Non

**PF14**

**Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant     Oui, en le renforçant     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*

*Cette section aborde vos conditions de prise en charge et vos échanges avec l'équipe soignante.*

**PR1.**

**Avez-vous été associé(e) au choix de vos traitements ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**PR2.**

**Auriez-vous souhaité y être...**

Plus associé(e)     Autant associé(e)     Moins associé(e)

**PR6. Avez-vous cherché par vous-même de l'information sur votre maladie et ses traitements ?**

	Oui	Non
En allant sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En contactant des associations de malades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'amis et/ou de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'une ou de personnes atteintes de la même maladie que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR8. Au sujet de vos échanges d'informations avec les médecins et l'équipe soignante, avez-vous eu le sentiment que :**

	Souvent	De temps en temps	Jamais
1. le temps consacré par les médecins ou l'équipe soignante pour répondre à vos questions était insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous étiez dans l'incapacité de poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les informations médicales étaient trop compliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La quantité d'information donnée était trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous ne saviez pas comment poser vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR9. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT DE VOTRE MALADIE ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR10. Auriez-vous souhaité bénéficier d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT de votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans?**

Oui  Non

→ Si oui :

**PR11. L'avez-vous demandé à une personne de l'établissement où vous étiez soigné(e) ?**

Oui  Non

**PR12. ACTUELLEMENT bénéficiez-vous d'un soutien psychologique par un professionnel pour votre maladie ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous êtes/étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR13. Le souhaitez-vous, aujourd'hui ?**

Oui  Non

*Nous vous remercions pour votre participation.*

*Elle contribuera à enrichir les résultats de cette enquête lesquels serviront à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie chroniques vivant en France.*

**Si vous avez des questions complémentaires sur le contenu de l'étude, appelez le 0800 779 924.**

**Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire, appelez le N° vert 01 71 25 06 48**







IDENTIFIANT PRÉ-CODÉ

Vi

DATE

# ENQUÊTE CONDITIONS DE VIE

## Questionnaire auto-administré

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête sur les conditions de vie auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique à la suite du courrier que vous a transmis l'Assurance Maladie.

Comme vous avez souhaité répondre par courrier, nous nous permettons de vous transmettre ce questionnaire et nous vous demandons de bien vouloir remplir vous-même ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes. Elles resteront strictement confidentielles et ne seront transmises ni à votre médecin, ni à l'Assurance Maladie.

## Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases.  
Vous répondrez en faisant une croix dans une case.

Exemple :

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

Cochez une case et une seule à chaque fois. Si vous hésitez, choisissez celle qui vous semble la plus proche de ce que vous vivez ou avez vécu.

Ce questionnaire a été conçu pour le plus grand nombre possible de personnes. Certaines propositions pourront ne pas correspondre à votre cas. Ceci est normal, n'en soyez pas inquieté.

Une fois que vous avez terminé de remplir ce questionnaire, retournez-le à l'aide de l'enveloppe T qui vous a été fournie.

Si vous avez égaré cette enveloppe, veuillez nous contacter au N° vert 01 71 25 06 48

## Etes-vous prêt(e) ?



Les données et informations recueillies au cours de l'enquête feront l'objet d'un traitement informatique pour le compte de l'INSERM en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL autorisation n° 911290).  
Conformément à la loi « Informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en écrivant à l'adresse suivante : ORS PACA, enquête CDV-2011, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille

Avant de débiter ce questionnaire, sachez que certaines questions sont d'ordre général et d'autres sont plus spécifiquement en rapport avec votre maladie.

Dans un premier temps, vous devrez répondre à des questions personnelles afin de vous caractériser.

**SD1. En quelle année êtes-vous né(e) ?**     (1910 à 1994)

**SD2. Vous êtes...**

Un homme  Une femme

**SD3. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?**

Oui  Non

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

**SD5. Avez-vous des enfants biologiques ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre à l'encadré suivant :

**SD6. Combien avez-vous d'enfants biologiques au total ?**   (1 à 15)

**SD8. Quel âge ont vos enfants ?**

Enfant 1 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 6 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 11 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 2 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 7 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 12 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 3 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 8 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 13 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 4 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 9 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 14 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 5 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 10 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 15 : <input type="text"/> <input type="text"/>

**SD7. Combien d'enfants biologiques, adoptés ou de votre conjoint avez-vous à votre charge ?**   (0 à 15)

**SD9. Combien de personnes vivent dans votre logement, y compris vous-même ?**   (1 à 17)

**SD10. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?**

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas été scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, brevet supérieur
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège	<input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège	<input type="checkbox"/> Diplôme de 1 <sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
<input type="checkbox"/> CEP (certificat d'études primaires)	<input type="checkbox"/> Diplôme de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> cycle universitaire (y compris médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
<input type="checkbox"/> BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	
<input type="checkbox"/> CAP, brevet de compagnon	
<input type="checkbox"/> BEP	

Les deux questions qui suivent portent sur votre état de santé actuel.

**ETS1. Comment est votre état de santé en général ?**

- Très bon     Bon     Assez bon     Mauvais     Très mauvais

**ETS2. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

- OUI, fortement limité     OUI, limité(e), mais pas fortement     NON, pas limité du tout

Les questions qui suivent portent plus précisément sur la maladie du poumon qui a été diagnostiquée chez vous il y a environ deux ans.

**MED1. Votre maladie du poumon a été découverte à la suite de :**

<input type="checkbox"/> 1. Symptôme ressenti / anomalie détectée par vous-même	<input type="checkbox"/> 2. Découverte fortuite lors d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation pour une autre cause	<input type="checkbox"/> 4. Examen de dépistage	<input type="checkbox"/> 6. Autre
---	--	---	-----------------------------------

→ Si autre

**MED1C. Pouvez-vous préciser ?**

.....

.....

**MED2.1. Quel était votre poids avant le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED2.2. Quel est votre poids actuel ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED3. Combien mesurez-vous ?**

Ecrire votre taille en cm  cm

**MED4.1. Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps hormis votre maladie ... ?**

- Oui     Non

→ Si oui

**MED4.2. De quel(s) autres maladies ou handicaps souffrez-vous ?**

→ Vous pouvez cocher plusieurs réponses

<input type="checkbox"/> 1. Diabète	<input type="checkbox"/> 11. Attaque cérébrale, maladie de Parkinson, épilepsie
<input type="checkbox"/> 3. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 12. Maladie rénale
<input type="checkbox"/> 4. Insuffisance cardiaque/angine de poitrine/ troubles du rythme	<input type="checkbox"/> 13. Fréquentes infections urinaires
<input type="checkbox"/> 5. Phlébites, embolie pulmonaire, artérite	<input type="checkbox"/> 14. Baisse de l'audition
<input type="checkbox"/> 6. Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, asthme...)	<input type="checkbox"/> 15. Troubles de la vue (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire...)
<input type="checkbox"/> 7. Cancer, où est-il situé : .....	<input type="checkbox"/> 16. Maladie de la thyroïde.
<input type="checkbox"/> 8. Ulcères, douleurs gastriques	<input type="checkbox"/> 17. Autre maladie ou handicap .....
<input type="checkbox"/> 9. Constipation	.....
<input type="checkbox"/> 10. Arthrose, rhumatismes inflammatoires	.....

**MED6.1. Avez-vous été opéré(e) pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**MED6.2. Quel type de chirurgie avez-vous eue ?**

.....  
.....

**MED 7.1 Avez-vous été traité(e) par chimiothérapie au cours des trois dernières années ?**

Oui  Non

**MED8. ACTUELLEMENT, avez-vous un traitement par chimiothérapie ?**

Oui  Non

**MED7.2. Avez-vous refusé un traitement par chimiothérapie pour votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

**MED 9.1 Avez-vous été traité(e) par radiothérapie au cours des trois dernières années?**

Oui  Non

**MED10. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité(e) par radiothérapie ?**

Oui  Non

**MED9.2. Avez-vous refusé un traitement par radiothérapie pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

**MED13.1. Est-ce que vous conservez des séquelles de votre radiothérapie?**

Oui  Non  Pas de radiothérapie

→ *Si oui, veuillez répondre aux 2 questions de l'encadré page suivante*

**MED13.2. Quelles séquelles de votre radiothérapie avez-vous?**

.....  
.....

**MED13.3. Ces séquelles sont-elles?**

<input type="checkbox"/> Très importantes	<input type="checkbox"/> Ni importantes ni pas importantes	<input type="checkbox"/> Pas du tout importantes
<input type="checkbox"/> Importantes	<input type="checkbox"/> Pas importantes	

**MED14. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été gêné(e) par des picotements, des fourmillements, un engourdissement et/ou une diminution de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED17PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à respirer ...**

→ Une seule croix par ligne

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en marchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. en montant des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MED18PO. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous toussé ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED19PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu mal dans la poitrine ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED22.1. Au cours des 7 derniers jours avez-vous été gêné(e) dans votre vie quotidienne par d'autres effets secondaires liés à la prise en charge de votre maladie?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

→ Si vous êtes gêné(e) Très souvent, Souvent ou Rarement :

**MED22.2. Par quels autres effets secondaires avez-vous été gêné(e) ?**

.....  
.....

**MED23.1. De manière plus générale, conservez-vous des séquelles suite à la prise en charge de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui et elles sont très importantes	
<input type="checkbox"/> Oui et elles sont importantes	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont modérées	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont très modérées	
<input type="checkbox"/> Non, je ne conserve aucune séquelle	

→ Dans le cas où vous conservez des séquelles :

**MED23.2. Quelles séquelles conservez-vous ?**

.....  
.....

**MED24PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous fait des séances de rééducation de la voix (orthophonie)?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25B.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**MED25PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous participé à des séances de rééducation à l'effort, pour diminuer l'essoufflement ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.2PO** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25.3PO.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**DIAG1.** Qui vous a annoncé le diagnostic de votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Un médecin de ville	<input type="checkbox"/> Une infirmière
<input type="checkbox"/> Un chirurgien	<input type="checkbox"/> Un membre du personnel du laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie
<input type="checkbox"/> Un autre médecin en hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> Autre .....
<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille ou un ami proche	

**DIAG2.** Dans quelles circonstances cette annonce vous a-t-elle été faite ?

<input type="checkbox"/> En face-à-face	<input type="checkbox"/> Par courrier
<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Autre .....

**DIAG3.** Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière trop brutale ?

Oui  Peut être  Non

**DIAG4.** Avez-vous bénéficié d'une consultation pendant laquelle le médecin vous a confirmé le diagnostic de votre maladie et présenté les traitements envisagés ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions de l'encadré suivant :

**DIAG5.** Dans le cadre de cette consultation, le médecin vous a-t-il remis un document avec votre programme personnalisé de soin et le calendrier de vos traitements ?

<input type="checkbox"/> Oui, et le document vous a été utile
<input type="checkbox"/> Oui, mais le document ne vous a pas été utile
<input type="checkbox"/> Non

**DIAG6.** Dans le cadre de cette consultation vous a-t-on proposé de rencontrer ...

	Oui	Non
1. un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. une assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. une infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIAG7.1. Un ESSAI THERAPEUTIQUE est une étude scientifique portant sur un nouveau médicament non encore disponible sur le marché ou un nouveau protocole de traitement. Ce type d'étude est réalisé à l'hôpital auprès de patients volontaires ayant signé une déclaration de consentement. Vous a-t-on proposé de participer à un essai THERAPEUTIQUE ?**

Oui  Non  Peut-être, je ne me souviens pas

→ Si oui :

**DIAG7.2. Avez-vous accepté d'y participer ?**

Oui  Non

*La question qui suit évoque la fatigue que vous pouvez éventuellement ressentir, c'est une question d'ordre général.*

**FAT4. Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez actuellement : La fatigue que je ressens en ce moment est une souffrance ou un souci pour moi. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Plus précisément, la question qui suit porte sur la fatigue que vous avez pu ressentir au cours des 15 derniers jours, que cette fatigue soit liée ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**FAT1. Au cours des 15 derniers jours**

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. Avez-vous eu besoin de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes vous senti(e) faible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etiez-vous fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A présent, des questions sur les DOULEURS que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général.*

**DOUL6. Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez : ACTUELLEMENT, depuis ma maladie, les douleurs que je ressens m'ont obligé à limiter mes activités professionnelles ou extraprofessionnelles. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Les questions qui suivent portent sur les DOULEURS que vous avez pu éventuellement ressentir au cours des 15 derniers jours, quelle que soit leur origine et que ces douleurs soient liées ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**DOUL1. Au cours des 15 DERNIERS JOURS, avez-vous ressenti des douleurs ?**

Constamment  Très souvent  Souvent  Parfois  Jamais

→ S'il vous est arrivé de ressentir des douleurs constamment, très souvent, souvent ou parfois, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions DOUL1.1 à DOUL5) :

**DOUL1.1. Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS sont-elles, selon vous, modérées ou fortes ?**

<input type="checkbox"/> Extrêmement fortes	<input type="checkbox"/> Très fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt fortes	<input type="checkbox"/> Ni modérées, ni fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt modérées	<input type="checkbox"/> Très modérées	<input type="checkbox"/> Extrêmement modérées
--	---	---	--	---	---	--

**DOUL1.2. Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS, ont-elles perturbé vos nuits c'est-à-dire votre sommeil nocturne ?**

Toutes les nuits     Pas toutes les nuits mais plusieurs nuits     Une seule nuit     Aucune nuit

**DOUL1.3. Quelle partie de votre corps vous fait mal ?**

.....

.....

**DOULDN1. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties présentent-t-elles la caractéristique d'une ...**

	Oui	Non
1. brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. série de décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN2. Dans la partie du corps où vous avez mal, ressentez-vous aussi des ...**

	Oui	Non
1. fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN3. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties augmentent-t-elles lors de frottements, au contact des vêtements ou des draps de lit ?**

Oui     Non

**DOULDN4. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties sont-elles limitées aux articulations ?**

Oui     Non

**DOUL4. Avez-vous consulté un médecin pour parler de ces douleurs ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.1. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL4.2. Avez-vous consulté un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.3. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL5. AU COURS DES 15 DERNIERS JOURS, avez-vous pris quotidiennement, ou au moins une fois par semaine, un ou plusieurs médicaments contre la douleur ?**

- Oui, ces médicaments m'ont tous été prescrits par un médecin
- Oui, mais je prends certains médicaments sans prescription médicale
- Non, je prends rarement ou jamais de médicaments contre la douleur

*Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la ressentez actuellement. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

**QOL1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

→ Choisissez la réponse la plus proche de votre situation

- Excellente     Très bonne     Bonne     Médiocre     Mauvaise

**QOL2. En ce qui concerne les activités de la vie citées ci-dessous, pouvez-vous indiquer si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :**

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

**QOL3. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT PHYSIQUE, avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL4. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT EMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)), avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL5. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure vos DOULEURS PHYSIQUES vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Enormément     Beaucoup     Moyennement     Un peu     Pas du tout

**QOL6. Les questions qui suivent portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES. Pour chaque question veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) :**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>					
2. débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
3. triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/>					

**QOL7.** Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où votre ETAT DE SANTE, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps  Une grande partie du temps  De temps en temps  Rarement  Jamais

*Les questions qui suivent abordent votre consommation d'alcool et de tabac.*

**CR1VA.** Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

Oui  Non

→ Si oui :

**CR2VA.** Vous fumez...

Tous les jours  Moins souvent

→ Si vous fumez tous les jours, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**CR3VA.** En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

**CR4VA.** Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes  Entre 6 et 30 minutes  Après 30 minutes

**CR5VA.** Dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie du poumon, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

- Je ne fumais pas  
 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

→ Si vous fumiez dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie :

**CR6VA.** DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation de tabac ?

Oui et j'ai consulté  Oui mais je n'ai pas consulté  Non

**CR7VA.** Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool actuelle, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort ?

- Vous ne buvez jamais d'alcool  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine  
 Au moins 4 fois par semaine

→ Si vous ne buvez jamais d'alcool, veuillez passer à la section suivante (questionVQS1). S'il vous arrive de boire de l'alcool actuellement, veuillez répondre à cette question (page suivante) :

**CR8VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation d'alcool ?**

<input type="checkbox"/> 1. OUI et j'ai consulté	<input type="checkbox"/> 3. NON, je consommais de l'alcool mais on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> 2. OUI mais je n'ai pas consulté	<input type="checkbox"/> 4. NON concerné, je ne consommais pas ou peu d'alcool

*La section suivante porte sur votre vie quotidienne et sociale.*

**VQS1. DEPUIS le début de votre maladie, avez-vous été en contact avec une association de malades ?**

Oui, souvent     Oui, de temps en temps     Non, jamais

**VQS2. Suite à votre maladie, avez-vous été en contact avec une assistante sociale ?**

Oui     Non

**VQS4. Dans votre entourage, vous est-il déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à votre maladie ?**

Oui, souvent     Oui, quelques fois     Non, jamais

→ *S'il vous est déjà arrivé d'être l'objet d'attitude de rejet ou de discrimination (souvent ou quelques fois), veuillez répondre à la question suivante :*

**VQS5. Etait-ce de la part ...**

	Oui	Non
1. De membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS7. Et pour ce qui est des actes courants de la vie quotidienne (courses, repas, ménage, lessives, transports...), au cours des 12 derniers mois, avez-vous été aidé(e) par :**

	Oui, suffisamment	Oui, mais pas assez	Non, je n'en ressentais pas le besoin	Non, on ne me l'a pas proposé	Vous n'êtes pas concerné
1. Votre conjoint(e) / compagnon (agne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un ou des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un ou des professionnels de santé ou de l'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS8. Croyez-vous en l'existence d'un dieu ?**

Oui     Non

**VQS9. Selon vous, quel impact a eu votre maladie du poumon sur vos croyances religieuses ou philosophiques ? Ma maladie...**

A renforcé mes croyances     A affaibli mes croyances     N'a pas eu d'influence sur mes croyances

**VQS10. Au cours de votre maladie la vie spirituelle ou la religion ont-elles été pour vous un réconfort ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

*Cette section concerne votre situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, puis elle abordera votre situation professionnelle actuelle.  
Les questions qui suivent concernent donc votre situation professionnelle au moment du diagnostic de votre maladie du poumon il y a environ deux ans.*

### **JOB-1. A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC de votre maladie...**

	<b>Cochez la case correspondante</b>	<b>Votre code couleur pour la suite du questionnaire</b>
1. Vous aviez un emploi et vous étiez en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille bleue 
2. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en congé (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)	<input type="checkbox"/>	
3. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>	
4. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de longue durée	<input type="checkbox"/>	
5. Vous étiez chômeur ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille orange 
6. Vous étiez chômeur n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille rouge 
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, en congé sabbatique	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille grise 
8. Vous étiez retraité ou préretraité	<input type="checkbox"/>	
9. Vous étiez en invalidité	<input type="checkbox"/>	
10. Vous étiez femme/homme au foyer ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	
11. Vous étiez femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	

### **JOB-2. L'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic était...**

Un travail régulier     Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

### **JOB-3. Depuis combien de temps aviez-vous cet emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

<input type="checkbox"/> Moins d'un an  <b>JOB-3A. Depuis combien de mois aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 11)	<input type="checkbox"/> Plus d'un an  <b>JOB-3B. Depuis combien d'années aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 49)
--	--

**JOB-4.** **AU MOMENT du diagnostic, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?**

Oui  Non

**JOB-5.** **Depuis combien de temps cherchez-vous un emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

Moins d'un an

**JOB-5A. Depuis combien de mois cherchez-vous un emploi ?** (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 11)

Plus d'un an

**JOB-5B. Depuis combien d'années cherchez-vous un emploi ?** (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 49)

→ Si votre couleur est : ● (uniquement si au moment du diagnostic de votre maladie vous étiez retraité, préretraité ou femme/homme au foyer ayant déjà travaillé), ● ou ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB6a à JOB10a) :

**JOB-6a.** **Quelle était votre (dernière) profession AU MOMENT du diagnostic ?**

.....  
.....

**JOB-6b.** **Dans quel secteur d'activité exercez-vous votre profession ?**

1. Agriculture, sylviculture, pêche	<input type="checkbox"/>
2. Industries énergétiques	<input type="checkbox"/>
3. Autres industries	<input type="checkbox"/>
4. Construction	<input type="checkbox"/>
5. Commerce et réparations	<input type="checkbox"/>
6. Education, santé, action sociale	<input type="checkbox"/>
7. Autre service ou autre activité du tertiaire	<input type="checkbox"/>

**JOB-7.** **Etiez-vous :**

1. Salarié de l'état, d'une collectivité locale, de la fonction publique hospitalière, d'une entreprise publique (La Poste, EDF-GDF, etc.) ou nationale ou de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
2. Salarié du secteur privé	<input type="checkbox"/>
3. Salarié chez un particulier	<input type="checkbox"/>
4. Indépendant ou à votre compte (sans employés à votre charge)	<input type="checkbox"/>
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)	<input type="checkbox"/>
6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez salarié :

**JOB-8.** **Quel était le type de votre contrat de travail ?**

1. Fonctionnaire	<input type="checkbox"/>
2. CDI	<input type="checkbox"/>
3. CDD	<input type="checkbox"/>
4. Contrat saisonnier	<input type="checkbox"/>
5. Contrat d'intérim ou de travail temporaire	<input type="checkbox"/>
6. Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez au moment du diagnostic indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-8a. L'activité que vous exerciez était-elle réglementée (une licence ou un permis étaient-ils nécessaires) ?**

Oui  Non

**JOB-8b. Aviez-vous enregistré votre activité sous le régime auto-entrepreneur ?**

Oui  Non

**JOB-8c. Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8c1. Combien de membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?**

(1 à 9)

**JOB-8d. Aviez-vous un ou plusieurs associés ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8d1. Combien d'associés aviez-vous ?**

(1 à 9)

**JOB-9. En vous comptant, combien au total y avaient-ils de personnes travaillant dans l'entreprise ? Il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et non pas celle de la succursale**

<input type="checkbox"/> 1 à 4	<input type="checkbox"/> 10 à 19	<input type="checkbox"/> 50 à 199	<input type="checkbox"/> 500 à 999
<input type="checkbox"/> 5 à 9	<input type="checkbox"/> 20 à 49	<input type="checkbox"/> 200 à 499	<input type="checkbox"/> 1000 ou plus

**JOB-10. Vous travailliez ?**

A plein temps  A temps partiel

→ Si vous travailliez à temps partiel :

**JOB-10p. Vous travailliez ?**

à 50%  à 80%  autre

**JOB-10a. Quelle était votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) ?**

(10 à 99)

**JOB-11. Quelle rémunération totale mensuelle nette en Euros perceviez-vous de votre profession principale AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-12. Vous diriez approximativement que votre rémunération totale mensuelle nette était ?**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

**JOB-14. AU MOMENT du diagnostic, perceviez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-15. Quel était le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-16. Dans quelle tranche était placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

*Les questions suivantes abordent votre situation professionnelle actuelle. Celle-ci n'a peut-être pas changé. Dans ce cas nous sommes désolés si pour certaines questions vous allez avoir l'impression de vous répéter mais il nous faut collecter tous ces renseignements.*

**JOB-17. ACTUELLEMENT...**

1. Vous êtes en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes en congés (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes en arrêt maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes en arrêt maladie de longue durée	<input type="checkbox"/>

**JOB-18. Travaillez-vous toujours dans la même entreprise que lors de l'annonce du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

→ Si oui, rendez vous à la question JOB35

→ Sinon, veuillez répondre aux questions suivantes

**JOB-19. Votre emploi actuel est :**

<input type="checkbox"/> Un travail régulier
<input type="checkbox"/> Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

**JOB-20. A quelle date s'est terminé l'emploi que vous aviez au diagnostic ?**

Mois  (1 à 12) Année  (2000 à 2012)

**JOB-20a. A quelle date s'est terminée la période de chômage que vous avez connue au diagnostic ?**

Mois  (1 à 12) Année  (2000 à 2012)

**JOB-20b.** A quelle date s'est terminée la période d'inactivité que vous avez connue au diagnostic ?

Mois   (1 à 12) Année    (2000 à 2012)

→ Si votre couleur est , ,  ou , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (question JOB21 à Job27b) :

**JOB-21** A quelle date avez-vous commencé votre emploi actuel ?

Mois   (1 à 12) Année    (2000 à 2012)

→ Si la période entre la fin de votre situation professionnelle au moment du diagnostic et le début de votre emploi actuel a duré 1 mois ou plus, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-22.** Pouvez-vous indiquer ce que vous avez fait entre votre situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic et le début de votre emploi actuel ?

.....  
.....

**JOB-23.** Quelle est votre profession ACTUELLEMENT ?

.....  
.....

**JOB-23a.** Dans quel secteur d'activité exercez-vous votre profession ?

<input type="checkbox"/> Agriculture, sylviculture, pêche	<input type="checkbox"/> Commerce et réparations
<input type="checkbox"/> Industries énergétiques	<input type="checkbox"/> Education, santé, action sociale
<input type="checkbox"/> Autres industries	<input type="checkbox"/> Autre service ou autre activité du tertiaire
<input type="checkbox"/> Construction	

**JOB-24.** Etes-vous :

1. Salarié de l'état, d'une collectivité locale, de la fonction publique hospitalière, d'une entreprise publique (La Poste, EDF-GDF, etc.) ou nationale ou de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
2. Salarié du secteur privé	<input type="checkbox"/>
3. Salarié chez un particulier	<input type="checkbox"/>
4. Indépendant ou a votre compte (sans employés à votre charge)	<input type="checkbox"/>
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)	<input type="checkbox"/>
6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié	<input type="checkbox"/>

→ Si vous êtes salarié :

**JOB-25.** Quel est le type de votre contrat de travail ?

<input type="checkbox"/> Fonctionnaire
<input type="checkbox"/> CDI
<input type="checkbox"/> CDD
<input type="checkbox"/> Contrat saisonnier
<input type="checkbox"/> Contrat d'intérim ou de travail temporaire
<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage
<input type="checkbox"/> Autre : .....

**JOB-26. En vous comptant, combien au total y a-t-il de personnes travaillant dans l'entreprise ? (Il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et non pas celle de la succursale).....**

<input type="checkbox"/> 1 à 4	<input type="checkbox"/> 10 à 19	<input type="checkbox"/> 50 à 199	<input type="checkbox"/> 500 à 999
<input type="checkbox"/> 5 à 9	<input type="checkbox"/> 20 à 49	<input type="checkbox"/> 200 à 499	<input type="checkbox"/> 1000 ou plus

**JOB-27. Vous travaillez ?**

A plein temps     A temps partiel

**JOB-27b. Quelle est votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) ?**

(10 à 99)

→ Si votre couleur est : ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-35. Si vous êtes dans la même entreprise depuis votre diagnostic, suite au diagnostic de votre maladie, avez-vous connu des modifications de votre emploi en terme de : Si vous avez changé d'entreprise depuis votre diagnostic, par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre maladie, avez-vous connu des modifications de votre emploi en terme de :**

	Oui	Non	JOB35A. Si oui, êtes-vous satisfait des modifications ?
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

→ Si vous n'avez eu aucune modification dans votre emploi, en termes de type de travail, de conditions de travail, de temps de travail, d'horaires de travail et de sécurité dans le travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-36. Auriez-vous souhaité des aménagements de votre poste de travail, du fait de votre maladie ?**

Oui

Non, je n'y ai pas pensé

Non, je ne savais pas que c'était possible

Non, je ne le souhaitais pas

→ Si oui :

**JOB-37. Dans quel domaine ?**

	Oui	Non
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Si votre couleur est ,  ou , et que vous étiez au moment du diagnostic indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB37a. ACTUELLEMENT, un ou des membres de votre famille travaille(nt)-t-il(s) avec vous (y compris votre conjoint) ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-37aa. Combien de membres de votre famille travaille(ent) avec vous (y compris votre conjoint) ?**

(1 à 9)

**JOB-37b. Avez-vous un ou des associé(s) ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-37bb. Combien d'associés avez-vous ?**

(1 à 9)

→ Si votre couleur est , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

Les questions qui vont suivre font référence à l'emploi que vous occupiez AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, il y a environ 2 ans.

**JOB-38. Avez-vous parlé de votre maladie sur votre lieu de travail ?**

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Oui, une seule fois
- Non, jamais

→ Si vous avez parlé de votre maladie au moins une fois sur votre lieu de travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-39. A qui en avez-vous parlé ? Vous en avez parlé à**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Votre supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Vos collègues (collaborateurs, associés ou confrères dans le cas des indépendants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Le médecin du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un représentant du personnel ou un délégué syndical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. A une autre personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-40. Vous êtes-vous senti pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?**

Oui,  
par mon employeur

Oui,  
par mes collègues

Oui, par mon employeur  
et par mes collègues

Non,  
pas du tout

**JOB-41. Avez-vous connu un ou plusieurs arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui, 1 seul arrêt     Oui, plusieurs arrêts     Non

→ Si vous n'avez connu aucun arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie, allez à la question JOB-44. Si vous avez connu au moins un arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie et que votre couleur est  ou , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB41b à JOB43B) :

**JOB-41b. Combien d'arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie avez-vous connu jusqu'à présent ?**

(1 à 99)

**JOB-42. Combien de temps après le diagnostic de votre maladie du poumon a débuté votre premier arrêt maladie ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins d'un mois

**JOB-42A. Combien de jours après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?**

(1 à 30)

Plus d'un mois

**JOB-42B. Combien de mois après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?**

(1 à 36)

**JOB-43. Combien de temps a duré cet arrêt maladie ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins de 30 jours

**JOB-43A. Combien de jours a duré ce premier arrêt maladie ?**

(1 à 30)

30 jours ou plus

**JOB-43B. Combien de mois a duré ce premier arrêt maladie ?**

(1 à 36)

→ Si votre couleur est , , , , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB44 à JOB45cb) :

**JOB-44. ACTUELLEMENT êtes-vous en arrêt maladie du fait de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non

→ Si oui :

**JOB-45a. Depuis combien de temps ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

Moins de 30 jours

**JOB-45aa. Depuis combien de jours êtes-vous en arrêt maladie ?**

(1 à 30)

30 jours ou plus

**JOB-45ab. Depuis combien de mois êtes-vous en arrêt maladie ?**

(1 à 36)

→ Si ACTUELLEMENT vous n'êtes pas en arrêt maladie mais que vous avez eu plusieurs arrêts maladies liés au diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-45b. A quelle date s'est terminé votre dernier arrêt maladie lié à votre maladie du poumon ?**

Mois   (1 à 12) Année     (2000 à 2012)

**JOB-45c. Combien de temps a-t-il duré ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

<input type="checkbox"/> Moins de 30 jours  <b>JOB-45ca. Combien de jours a duré votre dernier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 30)	<input type="checkbox"/> 30 jours ou plus  <b>JOB-45cb. Combien de mois a duré votre dernier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 36)
---	---

→ Si votre couleur est  et qu'au moment du diagnostic vous étiez indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, et que vous avez connu un ou plusieurs arrêts maladies liés au diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-46. Au cours de cet ou ces arrêt(s), avez-vous pu être remplacé(e) ou aidé(e), par :**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Un associé ou un collaborateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un salarié de votre entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Vous n'avez pas été remplacé(e) ou aidé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **JOB-47. Quelle est la rémunération totale mensuelle nette en Euros de votre profession principale ?**

→ (Si pas de revenu, saisir 0)         (0 à 999999)

 **JOB-48. Dans quelle tranche est placée votre rémunération totale mensuelle nette ?**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

→ Si votre couleur est  et que vous travaillez toujours dans la même entreprise que lors de l'annonce du diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-49a. Est-ce que votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) a changé depuis le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-49b. Quelle est votre durée réelle de travail actuellement (en nombre d'heures par semaine) ?**

(0 à 99)

 **JOB-50. Diriez-vous que votre maladie a été à l'origine d'une diminution de vos revenus ?**

Oui, beaucoup  Oui, assez  Oui, un peu  Non, pas du tout



**JOB-52. Quel est le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer ?**

→ (Si pas de revenu, saisir 0)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(0 à 99999)

**JOB-53. Dans quelle tranche est placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer ? (question pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas répondre à JOB-52)**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

→ Si votre couleur est , , ou , veuillez répondre à l'ensemble des questions qui suivent.

Les questions qui suivent portent sur vos conditions de travail actuelles et sont d'ordre général. Elles concernent donc votre vécu actuel.

**CJOB6. Diriez-vous de votre travail qu'il est fatiguant nerveusement ?**

Oui  Non

**CJOB7. Diriez-vous de votre travail qu'il est fatiguant physiquement ?**

Oui  Non

**CJOB8. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre travail ?**

Oui  Non

**CJOB9. Pensez-vous que, DANS LES DEUX PROCHAINES ANNEES, il y a un risque pour que vous perdiez votre emploi ?**

Oui sans doute  Oui peut être  Probablement non  Ne sait vraiment pas

**CJOB10. Et si vous perdiez votre emploi, pensez-vous que vous retrouveriez un emploi similaire avec le même niveau de salaire ?**

Oui sans doute  Oui peut être  Probablement non  Ne sait vraiment pas

La section qui suit aborde vos ressources financières.

**RCV1. ACTUELLEMENT, diriez-vous que financièrement :**

<input type="checkbox"/> Vous êtes à l'aise	<input type="checkbox"/> Ça va	<input type="checkbox"/> C'est juste, il faut faire attention	<input type="checkbox"/> Vous y arrivez difficilement	<input type="checkbox"/> Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
--	-----------------------------------	--	--	---

**RCV2. Pensez-vous que DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, les revenus de votre ménage :**

<input type="checkbox"/> ont beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> ont un peu augmenté	<input type="checkbox"/> n'ont pas changé	<input type="checkbox"/> ont un peu diminué	<input type="checkbox"/> ont beaucoup diminué
---	---	--	--	--

Les questions qui suivent portent sur le logement que vous avez ACTUELLEMENT.

**RCV3. ACTUELLEMENT, par rapport à votre habitation, vous êtes (vous et/ou votre conjoint(e)/compagnon(agne)) :**

<input type="checkbox"/> Locataire
<input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez un (ou des) ami(s)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
<input type="checkbox"/> Autre : .....

**RCV4. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :**

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Acceptables  Insuffisantes  Très insuffisantes

**RCV5. Aviez-vous un crédit immobilier ou professionnel AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV6. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV7. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV8. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV9. Aviez-vous un crédit à la consommation AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV10. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV11. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV12. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV13. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit immobilier ou professionnel ?**

Oui  Non

**RCV14. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit à la consommation ?**

Oui  Non

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page suivante à la question AL1.

Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions T1 à T2.4) :

**T1. En ce qui concerne les propositions plus générales suivantes sur la perception de la vie, indiquez à chaque fois dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.**

	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout
1. Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt(e) à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plutôt que de mettre de l'argent de côté pour assurer mes vieux jours, je préfère le dépenser tout de suite en me faisant plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2. Au sujet de votre attitude face aux risques, pour chacune des propositions suivantes merci d'essayer de vous situer sur une échelle comprise entre 0 et 10**

→ 10 correspond à l'extrême prudence, avec un minimum de prise de risques dans l'existence, 0 correspond à une attitude volontaire de prise de risque, pour des personnes qui ont l'habitude de miser gros.

**ACTUELLEMENT, êtes-vous prudent**

<b>pour votre santé ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (0 à 10)	<b>pour votre carrière professionnelle ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (0 à 10)
---	--

**T2.3 Diriez-vous que votre attitude a changé DEPUIS le début de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**T2.4 Dans la même échelle de 0 à 10 qui vous a été proposée, merci d'essayer de situer votre attitude face aux risques AVANT votre maladie du poumon, diagnostiquée il y a environ deux ans. AVANT LA MALADIE, étiez-vous prudent**

<b>pour votre santé ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (0 à 10)	<b>pour votre carrière professionnelle ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (0 à 10)
---	--

*Les questions qui suivent portent sur vos habitudes alimentaires.*

**AL1. DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous changé votre alimentation ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions AL2 à AL6) :

**AL2. Est-ce parce que vos goûts ont changé ?**

Oui  Non

**AL3. Est-ce parce que vous vouliez avoir une alimentation plus saine ?**

Oui  Non

**AL4. Y-a-t-il des aliments auxquels vous avez renoncé, ou que vous mangez beaucoup moins qu'avant ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**AL4B. Quels sont les aliments auxquels vous avez renoncé ?**

.....  
.....

**AL5. Y-a-t-il des aliments que vous mangez maintenant, alors que vous ne les mangiez pas avant, ou que vous mangez beaucoup plus qu'avant ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**AL5B. Quels sont ces aliments ?**

.....  
.....

**AL6. Pour changer votre alimentation, avez-vous suivi...**

	Oui	Non
Les conseils d'un professionnel de santé que vous avez consulté pour votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils d'un proche (membre de la famille, ami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils donnés dans les médias, dans un livre ou sur internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AL7. Avant votre maladie, pratiquiez vous une activité physique régulière (sport, jardinage, ménage, marche, dans le cadre de votre travail ou de vos loisirs) ?**

Oui, tous les jours     Oui, moins souvent     Non

**AL8. DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous modifié votre activité physique ?**

oui, j'en fais plus qu'avant     oui, j'en fais moins qu'avant     oui, j'ai complètement arrêté     non

*Les questions suivantes traitent de votre recours à des médecines alternatives ou complémentaires. Par exemple nous considérons aussi bien l'homéopathie que certains régimes alimentaires comme la macrobiotique, les thérapies corporelles comme le shiatsu, ou bien encore les thérapies énergétiques comme le décodage biologique.*

**TC1 ACTUELLEMENT, avez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires ?**

Oui     Non

→ *Si oui, veuillez répondre aux deux questions suivantes :*

**TC2b A quelle(s) médecines alternatives ou complémentaires avez-vous recours?**

.....  
.....

**TC3ter Aviez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires AVANT le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non

*La section suivante concerne votre vie affective, conjugale et sexuelle.*

**SEX1 ACTUELLEMENT, êtes-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

**SEX2 Juste avant votre maladie, étiez-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

→ *Si actuellement vous êtes en couple ET que vous étiez en couple juste avant votre maladie :*

**SEX3 Etes-vous à l'heure actuelle en couple avec la même personne qu'avant votre maladie ?**

Oui     Non

Les questions suivantes font référence à LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER.  
Pour chacune des propositions, choisissez la réponse la plus appropriée à votre situation :

**SEX4 Ma maladie a modifié mon désir sexuel (libido).**

Il a augmenté     Il n'a pas changé     Il a diminué     Il a disparu     Ne s'applique pas

**SEX5 Je suis satisfait(e) de la fréquence des étreintes et des baisers entre nous.**

Enormément     Très     Assez     Peu     Pas du tout     Ne s'applique pas

**SEX6 La fréquence de mes rapports sexuels a changé DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX7 Ma capacité à avoir un orgasme a changé DEPUIS ma maladie.**

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX8 Je suis satisfait(e) de la fréquence actuelle de mes rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Enormément	<input type="checkbox"/> Très	<input type="checkbox"/> Assez	<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	---

**SEX9 Au cours de ces deux dernières semaines, j'ai eu des rapports sexuels.**

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Une fois	<input type="checkbox"/> Deux fois	<input type="checkbox"/> Trois fois	<input type="checkbox"/> Quatre fois ou plus	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	---	---

**SEX10 DEPUIS votre maladie avez-vous parlé de votre sexualité avec l'équipe soignante ?**

<input type="checkbox"/> Oui, à l'initiative du personnel soignant
<input type="checkbox"/> Oui, à mon initiative
<input type="checkbox"/> Non, on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> Non, je ne l'ai pas souhaité

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page 27 à la question PR1.  
Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions suivantes

Les questions qui suivent concernent votre vie parentale.

♂ **VOUS ETES UN HOMME** âgé de 55 ans ou moins

♂ **PF1b** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile ?

<input type="checkbox"/> Oui	→	âge de la découverte de la stérilité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non				

→ Si oui, merci de vous rendre à la question PR1 (en bas de la page 27)

♂ **VOUS ETES UN HOMME** et vous n'étiez pas stérile au moment de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

♂ **PF6** Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :

 **PF7** Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?

Oui  Non

 **PF8** Avez-vous effectué un prélèvement de sperme avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?

Oui  Non, on ne me l'a pas proposé  Non, je ne l'ai pas souhaité

 **PF9** ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?

Oui  Non  Ne sait pas

 **PF12** Etes vous devenu père DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?

Oui, par insémination  Oui de façon naturelle  Non

 **PF13** ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui dans les mois à venir  Oui à plus long-terme  Non

 **PF14** Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant  Oui, en le renforçant  Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 page 27

 **VOUS ETES UNE FEMME** âgée de 55 ans ou moins

 **PF1** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile, ménopausée ou enceinte ?

Oui, stérile → âge de la découverte de la stérilité :

*Merci de vous rendre à la question PR1 page 27*

Oui, ménopausée → âge de la découverte de la ménopause :

*Merci de vous rendre à la question PR1 page 27*

Oui, enceinte *Merci de vous rendre à la question PF1TER de l'encadré ci-dessous*

Non *Merci de vous rendre à la question PF6 (second encadré page 27)*

 **VOUS ETES UNE FEMME** et vous étiez ENCEINTE lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

 **PF1TER.** De combien de mois étiez-vous enceinte au moment de la découverte de votre maladie ?   (0 à 9)

 **PF3** Quelle prise en charge a été réalisée ?

- Un traitement pendant la grossesse
- Un traitement différé et commencé après l'accouchement
- Autre.....

 **PF3BIS.** Quel a été ce traitement ?

.....

.....

 **PF4.** Quelle a été l'issue de la grossesse :

- Accouchement à terme
- Accouchement prématuré, à combien de semaine ? .....
- Fausse couche spontanée
- Un avortement thérapeutique

**PF5****Si vous avez eu un enfant, pensez-vous que la prise en charge de votre maladie a eu une influence sur l'état de santé de votre enfant ?**

Oui, de façon importante     Oui, de façon mineure     Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous

**VOUS ETES UNE FEMME et vous étiez fertile mais non enceinte lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :****PF6****Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :

**PF7****Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?**

Oui     Non

**PF8****Avez-vous effectué un prélèvement d'ovocyte ou d'embryon avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non, on ne me l'a pas proposé     Non, je ne l'ai pas souhaité

**PF9****ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?**

Oui     Non     Ne sait pas

**PF9b****ACTUELLEMENT, êtes-vous ménopausée ?**

Oui     Non

**PF10****Avez-vous été enceinte DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?**

Oui     Non

→ Si oui :

**PF11****Votre grossesse a commencé :**

- Après l'arrêt de votre traitement  
 Pendant votre traitement et vous l'avez arrêté  
 Pendant votre traitement et vous l'avez continué

**PF13****ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui dans les mois à venir     Oui à plus long-terme     Non

**PF14****Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant     Oui, en le renforçant     Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous

*Cette section aborde vos conditions de prise en charge et vos échanges avec l'équipe soignante.*

**PR1. Avez-vous été associé(e) au choix de vos traitements ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**PR2. Auriez-vous souhaité y être...**

Plus associé(e)     Autant associé(e)     Moins associé(e)

**PR6. Avez-vous cherché par vous-même de l'information sur votre maladie et ses traitements ?**

	Oui	Non
En allant sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En contactant des associations de malades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après d'amis et/ou de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après d'une ou de personnes atteintes de la même maladie que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR8. Au sujet de vos échanges d'informations avec les médecins et l'équipe soignante, avez-vous eu le sentiment que :**

	Souvent	De temps en temps	Jamais
1. le temps consacré par les médecins ou l'équipe soignante pour répondre à vos questions était insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous étiez dans l'incapacité de poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les informations médicales étaient trop compliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La quantité d'information donnée était trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous ne saviez pas comment poser vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR9. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT DE VOTRE MALADIE ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR10. Auriez-vous souhaité bénéficier d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT de votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans?**

Oui  Non

→ Si oui :

**PR11. L'avez-vous demandé à une personne de l'établissement où vous étiez soigné(e) ?**

Oui  Non

**PR12. ACTUELLEMENT bénéficiez-vous d'un soutien psychologique par un professionnel pour votre maladie ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous êtes/étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR13. Le souhaitez-vous, aujourd'hui ?**

Oui  Non

*Nous vous remercions pour votre participation.*

*Elle contribuera à enrichir les résultats de cette enquête lesquels serviront à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie chroniques vivant en France.*

**Si vous avez des questions complémentaires sur le contenu de l'étude, appelez le 0800 779 924.**

**Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire, appelez le N° vert 01 71 25 06 48**

IDENTIFIANT PRÉ-CODÉ

Ja

DATE

# ENQUÊTE CONDITIONS DE VIE

## Questionnaire auto-administré

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête sur les conditions de vie auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique à la suite du courrier que vous a transmis l'Assurance Maladie.

Comme vous avez souhaité répondre par courrier, nous nous permettons de vous transmettre ce questionnaire et nous vous demandons de bien vouloir remplir vous-même ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes. Elles resteront strictement confidentielles et ne seront transmises ni à votre médecin, ni à l'Assurance Maladie.

## Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases.  
Vous répondrez en faisant une croix dans une case.

Exemple :

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

Cochez une case et une seule à chaque fois. Si vous hésitez, choisissez celle qui vous semble la plus proche de ce que vous vivez ou avez vécu.

Ce questionnaire a été conçu pour le plus grand nombre possible de personnes. Certaines propositions pourront ne pas correspondre à votre cas. Ceci est normal, n'en soyez pas inquieté.

Une fois que vous avez terminé de remplir ce questionnaire, retournez-le à l'aide de l'enveloppe T qui vous a été fournie.

Si vous avez égaré cette enveloppe, veuillez nous contacter au N° vert 01 71 25 06 48

## Etes-vous prêt(e) ?



Les données et informations recueillies au cours de l'enquête feront l'objet d'un traitement informatique pour le compte de l'INSERM en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL autorisation n° 911290).  
Conformément à la loi « Informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée en 2004 », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en écrivant à l'adresse suivante : ORS PACA, enquête CDV-2011, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille

Avant de débiter ce questionnaire, sachez que certaines questions sont d'ordre général et d'autres sont plus spécifiquement en rapport avec votre maladie.

Dans un premier temps, vous devrez répondre à des questions personnelles afin de vous caractériser.

**SD1. En quelle année êtes-vous né(e) ?**  (1910 à 1994)

**SD2. Vous êtes...**

Un homme  Une femme

**SD3. Est-ce que le français est votre langue maternelle ?**

Oui  Non

**SD4. Quel est actuellement votre état matrimonial légal ?**

Célibataire  Marié(e)  PACSé(e)  Concubins  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)

**SD5. Avez-vous des enfants biologiques ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre à l'encadré suivant :

**SD6. Combien avez-vous d'enfants biologiques au total ?**  (1 à 15)

**SD8. Quel âge ont vos enfants ?**

Enfant 1 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 6 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 11 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 2 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 7 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 12 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 3 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 8 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 13 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 4 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 9 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 14 : <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant 5 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 10 : <input type="text"/> <input type="text"/>	Enfant 15 : <input type="text"/> <input type="text"/>

**SD7. Combien d'enfants biologiques, adoptés ou de votre conjoint avez-vous à votre charge ?**  (0 à 15)

**SD9. Combien de personnes vivent dans votre logement, y compris vous-même ?**  (1 à 17)

**SD10. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?**

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas été scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, brevet supérieur
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège	<input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
<input type="checkbox"/> Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège	<input type="checkbox"/> Diplôme de 1 <sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
<input type="checkbox"/> CEP (certificat d'études primaires)	<input type="checkbox"/> Diplôme de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> cycle universitaire (y compris médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
<input type="checkbox"/> BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges	
<input type="checkbox"/> CAP, brevet de compagnon	
<input type="checkbox"/> BEP	

Les deux questions qui suivent portent sur votre état de santé actuel.

**ETS1. Comment est votre état de santé en général ?**

- Très bon     Bon     Assez bon     Mauvais     Très mauvais

**ETS2. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

- OUI, fortement limité     OUI, limité(e), mais pas fortement     NON, pas limité du tout

Les questions qui suivent portent plus précisément sur la maladie du poumon qui a été diagnostiquée chez vous il y a environ deux ans.

**MED1. Votre maladie du poumon a été découverte à la suite de :**

<input type="checkbox"/> 1. Symptôme ressenti / anomalie détectée par vous-même	<input type="checkbox"/> 2. Découverte fortuite lors d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation pour une autre cause	<input type="checkbox"/> 4. Examen de dépistage	<input type="checkbox"/> 6. Autre
---	--	---	-----------------------------------

→ Si autre

**MED1C. Pouvez-vous préciser ?**

.....

.....

**MED2.1. Quel était votre poids avant le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED2.2. Quel est votre poids actuel ?**

Ecrire votre poids en kilogrammes  Kilogrammes

**MED3. Combien mesurez-vous ?**

Ecrire votre taille en cm  cm

**MED4.1. Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps hormis votre maladie ... ?**

- Oui     Non

→ Si oui

**MED4.2. De quel(s) autres maladies ou handicaps souffrez-vous ?**

→ Vous pouvez cocher plusieurs réponses

<input type="checkbox"/> 1. Diabète	<input type="checkbox"/> 11. Attaque cérébrale, maladie de Parkinson, épilepsie
<input type="checkbox"/> 3. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 12. Maladie rénale
<input type="checkbox"/> 4. Insuffisance cardiaque/angine de poitrine/troubles du rythme	<input type="checkbox"/> 13. Fréquentes infections urinaires
<input type="checkbox"/> 5. Phlébites, embolie pulmonaire, artérite	<input type="checkbox"/> 14. Baisse de l'audition
<input type="checkbox"/> 6. Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, asthme...)	<input type="checkbox"/> 15. Troubles de la vue (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire...)
<input type="checkbox"/> 7. Cancer, où est-il situé : .....	<input type="checkbox"/> 16. Maladie de la thyroïde.
<input type="checkbox"/> 8. Ulcères, douleurs gastriques	<input type="checkbox"/> 17. Autre maladie ou handicap .....
<input type="checkbox"/> 9. Constipation	.....
<input type="checkbox"/> 10. Arthrose, rhumatismes inflammatoires	.....

**MED6.1. Avez-vous été opéré(e) pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

→ *Si oui :*

**MED6.2. Quel type de chirurgie avez-vous eue ?**

.....  
.....

**MED 7.1 Avez-vous été traité(e) par chimiothérapie au cours des trois dernières années ?**

Oui  Non

**MED8. ACTUELLEMENT, avez-vous un traitement par chimiothérapie ?**

Oui  Non

**MED7.2. Avez-vous refusé un traitement par chimiothérapie pour votre maladie du poumon ?**

Oui  Non

**MED 9.1 Avez-vous été traité(e) par radiothérapie au cours des trois dernières années?**

Oui  Non

**MED10. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité(e) par radiothérapie ?**

Oui  Non

**MED9.2. Avez-vous refusé un traitement par radiothérapie pour votre maladie du poumon?**

Oui  Non

**MED13.1. Est-ce que vous conservez des séquelles de votre radiothérapie?**

Oui  Non  Pas de radiothérapie

→ *Si oui, veuillez répondre aux 2 questions de l'encadré page suivante*

**MED13.2. Quelles séquelles de votre radiothérapie avez-vous?**

.....  
.....

**MED13.3. Ces séquelles sont-elles?**

<input type="checkbox"/> Très importantes	<input type="checkbox"/> Ni importantes ni pas importantes	<input type="checkbox"/> Pas du tout importantes
<input type="checkbox"/> Importantes	<input type="checkbox"/> Pas importantes	

**MED14. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été gêné(e) par des picotements, des fourmillements, un engourdissement et/ou une diminution de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED17PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à respirer ...**

→ Une seule croix par ligne

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en marchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. en montant des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MED18PO. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous toussé ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED19PO. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu mal dans la poitrine ?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

**MED22.1. Au cours des 7 derniers jours avez-vous été gêné(e) dans votre vie quotidienne par d'autres effets secondaires liés à la prise en charge de votre maladie?**

Très souvent     Souvent     Rarement     Jamais

→ Si vous êtes gêné(e) Très souvent, Souvent ou Rarement :

**MED22.2. Par quels autres effets secondaires avez-vous été gêné(e) ?**

.....  
.....

**MED23.1. De manière plus générale, conservez-vous des séquelles suite à la prise en charge de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui et elles sont très importantes	}
<input type="checkbox"/> Oui et elles sont importantes	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont modérées	
<input type="checkbox"/> Oui mais elles sont très modérées	
<input type="checkbox"/> Non, je ne conserve aucune séquelle	

→ Dans le cas où vous conservez des séquelles :

**MED23.2. Quelles séquelles conservez-vous ?**

.....  
.....

**MED24PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous fait des séances de rééducation de la voix (orthophonie)?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25B.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**MED25PO.** Suite à votre maladie du poumon, avez-vous participé à des séances de rééducation à l'effort, pour diminuer l'essoufflement ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**MED25.2PO** Combien de fois par semaine ?   (0 à 7)

**MED25.3PO.** Et pendant combien de mois ?   (0 à 36)

**DIAG1.** Qui vous a annoncé le diagnostic de votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Un médecin de ville	<input type="checkbox"/> Une infirmière
<input type="checkbox"/> Un chirurgien	<input type="checkbox"/> Un membre du personnel du laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie
<input type="checkbox"/> Un autre médecin en hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> Autre .....
<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille ou un ami proche	

**DIAG2.** Dans quelles circonstances cette annonce vous a-t-elle été faite ?

<input type="checkbox"/> En face-à-face	<input type="checkbox"/> Par courrier
<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Autre .....

**DIAG3.** Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière trop brutale ?

Oui  Peut être  Non

**DIAG4.** Avez-vous bénéficié d'une consultation pendant laquelle le médecin vous a confirmé le diagnostic de votre maladie et présenté les traitements envisagés ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions de l'encadré suivant :

**DIAG5.** Dans le cadre de cette consultation, le médecin vous a-t-il remis un document avec votre programme personnalisé de soin et le calendrier de vos traitements ?

<input type="checkbox"/> Oui, et le document vous a été utile
<input type="checkbox"/> Oui, mais le document ne vous a pas été utile
<input type="checkbox"/> Non

**DIAG6.** Dans le cadre de cette consultation vous a-t-on proposé de rencontrer ...

	Oui	Non
1. un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. une assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. une infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIAG7.1.** Un ESSAI THERAPEUTIQUE est une étude scientifique portant sur un nouveau médicament non encore disponible sur le marché ou un nouveau protocole de traitement. Ce type d'étude est réalisé à l'hôpital auprès de patients volontaires ayant signé une déclaration de consentement. Vous a-t-on proposé de participer à un essai THERAPEUTIQUE ?

Oui  Non  Peut-être, je ne me souviens pas

→ Si oui :

**DIAG7.2.** Avez-vous accepté d'y participer ?

Oui  Non

*La question qui suit évoque la fatigue que vous pouvez éventuellement ressentir, c'est une question d'ordre général.*

**FAT4.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez actuellement : **La fatigue que je ressens en ce moment est une souffrance ou un souci pour moi. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Plus précisément, la question qui suit porte sur la fatigue que vous avez pu ressentir au cours des 15 derniers jours, que cette fatigue soit liée ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**FAT1.** Au cours des 15 derniers jours

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
1. Avez-vous eu besoin de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes vous senti(e) faible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etiez-vous fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A présent, des questions sur les DOULEURS que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général.*

**DOUL6.** Pouvez-vous indiquer si vous êtes d'accord ou au contraire si vous n'êtes pas d'accord avec la proposition suivante en fonction de ce que vous vivez ou pensez : **ACTUELLEMENT, depuis ma maladie, les douleurs que je ressens m'ont obligé à limiter mes activités professionnelles ou extraprofessionnelles. Vous êtes ...**

<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
--	---	--	---	--

*Les questions qui suivent portent sur les DOULEURS que vous avez pu éventuellement ressentir au cours des 15 derniers jours, quelle que soit leur origine et que ces douleurs soient liées ou non à votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans.*

**DOUL1.** Au cours des 15 DERNIERS JOURS, avez-vous ressenti des douleurs ?

Constamment  Très souvent  Souvent  Parfois  Jamais

→ S'il vous est arrivé de ressentir des douleurs constamment, très souvent, souvent ou parfois, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions DOUL1.1 à DOUL5) :

**DOUL1.1.** Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS sont-elles, selon vous, modérées ou fortes ?

<input type="checkbox"/> Extrêmement fortes	<input type="checkbox"/> Très fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt fortes	<input type="checkbox"/> Ni modérées, ni fortes	<input type="checkbox"/> Plutôt modérées	<input type="checkbox"/> Très modérées	<input type="checkbox"/> Extrêmement modérées
--	---	---	--	---	---	--

**DOUL1.2. Les douleurs que vous avez ressenties au cours des 15 DERNIERS JOURS, ont-elles perturbé vos nuits c'est-à-dire votre sommeil nocturne ?**

Toutes les nuits     Pas toutes les nuits mais plusieurs nuits     Une seule nuit     Aucune nuit

**DOUL1.3. Quelle partie de votre corps vous fait mal ?**

.....

.....

**DOULDN1. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties présentent-t-elles la caractéristique d'une ...**

	Oui	Non
1. brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. série de décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN2. Dans la partie du corps où vous avez mal, ressentez-vous aussi des ...**

	Oui	Non
1. fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DOULDN3. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties augmentent-t-elles lors de frottements, au contact des vêtements ou des draps de lit ?**

Oui     Non

**DOULDN4. Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressenties sont-elles limitées aux articulations ?**

Oui     Non

**DOUL4. Avez-vous consulté un médecin pour parler de ces douleurs ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.1. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL4.2. Avez-vous consulté un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**DOUL4.3. C'était il y a combien de temps ?**

- Il y a moins de 15 jours.
- Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
- Il y a plus d'un mois mais moins d'un an.
- Il y a plus d'un an.

**DOUL5. AU COURS DES 15 DERNIERS JOURS, avez-vous pris quotidiennement, ou au moins une fois par semaine, un ou plusieurs médicaments contre la douleur ?**

- Oui, ces médicaments m'ont tous été prescrits par un médecin
- Oui, mais je prends certains médicaments sans prescription médicale
- Non, je prends rarement ou jamais de médicaments contre la douleur

*Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la ressentez actuellement. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

**QOL1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

→ Choisissez la réponse la plus proche de votre situation

- Excellente     Très bonne     Bonne     Médiocre     Mauvaise

**QOL2. En ce qui concerne les activités de la vie citées ci-dessous, pouvez-vous indiquer si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :**

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

**QOL3. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT PHYSIQUE, avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL4. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre ETAT EMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e)), avez-vous :**

	Oui	Non
1. accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QOL5. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure vos DOULEURS PHYSIQUES vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Enormément     Beaucoup     Moyennement     Un peu     Pas du tout

**QOL6. Les questions qui suivent portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES. Pour chaque question veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) :**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>					
2. débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
3. triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/>					

**QOL7.** Au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où votre ETAT DE SANTE, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps  Une grande partie du temps  De temps en temps  Rarement  Jamais

*Les questions qui suivent abordent votre consommation d'alcool et de tabac.*

**CR1VA.** Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

Oui  Non

→ Si oui :

**CR2VA.** Vous fumez...

Tous les jours  Moins souvent

→ Si vous fumez tous les jours, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**CR3VA.** En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

**CR4VA.** Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes  Entre 6 et 30 minutes  Après 30 minutes

**CR5VA.** Dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie du poumon, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

- Je ne fumais pas  
 1 à 5 cigarettes  
 6 à 10 cigarettes  
 11 à 20 cigarettes  
 Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)  
 Autre (Noter ici s'il ne s'agit pas de cigarettes, ex : 3 cigarillos par semaine) .....

→ Si vous fumiez dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie :

**CR6VA.** DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation de tabac ?

Oui et j'ai consulté  Oui mais je n'ai pas consulté  Non

**CR7VA.** Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool actuelle, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort ?

- Vous ne buvez jamais d'alcool  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine  
 Au moins 4 fois par semaine

→ Si vous ne buvez jamais d'alcool, veuillez passer à la section suivante (question VQS1). S'il vous arrive de boire de l'alcool actuellement, veuillez répondre à cette question (page suivante) :

**CR8VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, vous a-t-on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation d'alcool ?**

<input type="checkbox"/> 1. OUI et j'ai consulté	<input type="checkbox"/> 3. NON, je consommais de l'alcool mais on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> 2. OUI mais je n'ai pas consulté	<input type="checkbox"/> 4. NON concerné, je ne consommais pas ou peu d'alcool

*La section suivante porte sur votre vie quotidienne et sociale.*

**VQS1. DEPUIS le début de votre maladie, avez-vous été en contact avec une association de malades ?**

Oui, souvent     Oui, de temps en temps     Non, jamais

**VQS2. Suite à votre maladie, avez-vous été en contact avec une assistante sociale ?**

Oui     Non

**VQS4. Dans votre entourage, vous est-il déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à votre maladie ?**

Oui, souvent     Oui, quelques fois     Non, jamais

→ *S'il vous est déjà arrivé d'être l'objet d'attitude de rejet ou de discrimination (souvent ou quelques fois), veuillez répondre à la question suivante :*

**VQS5. Etait-ce de la part ...**

	Oui	Non
1. De membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS7. Et pour ce qui est des actes courants de la vie quotidienne (courses, repas, ménage, lessives, transports...), au cours des 12 derniers mois, avez-vous été aidé(e) par :**

	Oui, suffisamment	Oui, mais pas assez	Non, je n'en ressentais pas le besoin	Non, on ne me l'a pas proposé	Vous n'êtes pas concerné
1. Votre conjoint(e) / compagnon (agne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un ou des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un ou des professionnels de santé ou de l'aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VQS8. Croyez-vous en l'existence d'un dieu ?**

Oui     Non

**VQS9. Selon vous, quel impact a eu votre maladie du poumon sur vos croyances religieuses ou philosophiques ? Ma maladie...**

A renforcé mes croyances     A affaibli mes croyances     N'a pas eu d'influence sur mes croyances

**VQS10. Au cours de votre maladie la vie spirituelle ou la religion ont-elles été pour vous un réconfort ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**Cette section concerne votre situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, puis elle abordera votre situation professionnelle actuelle.**  
**Les questions qui suivent concernent donc votre situation professionnelle au moment du diagnostic de votre maladie du poumon il y a environ deux ans.**

**JOB-1. A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC de votre maladie...**

	Cochez la case correspondante	Votre code couleur pour la suite du questionnaire
1. Vous aviez un emploi et vous étiez en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille bleue 
2. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en congé (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)	<input type="checkbox"/>	
3. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de courte durée	<input type="checkbox"/>	
4. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de longue durée	<input type="checkbox"/>	
5. Vous étiez chômeur ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille orange 
6. Vous étiez chômeur n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille rouge 
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, en congé sabbatique	<input type="checkbox"/>	Veuillez répondre uniquement aux questions précédées d'une pastille grise 
8. Vous étiez retraité ou préretraité	<input type="checkbox"/>	
9. Vous étiez en invalidité	<input type="checkbox"/>	
10. Vous étiez femme/homme au foyer ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>	
11. Vous étiez femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>	

**JOB-2. L'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic était...**

- Un travail régulier     Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

**JOB-3. Depuis combien de temps aviez-vous cet emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

<input type="checkbox"/> Moins d'un an  <b>JOB-3A. Depuis combien de mois aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 11)	<input type="checkbox"/> Plus d'un an  <b>JOB-3B. Depuis combien d'années aviez-vous cet emploi ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 49)
--	--

**JOB-4. AU MOMENT du diagnostic, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?**

Oui  Non

**JOB-5. Depuis combien de temps cherchez-vous un emploi ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de mois ou d'année

Moins d'un an

**JOB-5A. Depuis combien de mois cherchez-vous un emploi ?** (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 11)

Plus d'un an

**JOB-5B. Depuis combien d'années cherchez-vous un emploi ?** (veuillez arrondir au mois supérieur)

(1 à 49)

→ Si votre couleur est : ● (uniquement si au moment du diagnostic de votre maladie vous étiez retraité, préretraité ou femme/homme au foyer ayant déjà travaillé), ● ou ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB6a à JOB10a) :

**JOB-6a. Quelle était votre (dernière) profession AU MOMENT du diagnostic ?**

.....  
.....

**JOB-6b. Dans quel secteur d'activité exercez-vous votre profession ?**

1. Agriculture, sylviculture, pêche	<input type="checkbox"/>
2. Industries énergétiques	<input type="checkbox"/>
3. Autres industries	<input type="checkbox"/>
4. Construction	<input type="checkbox"/>
5. Commerce et réparations	<input type="checkbox"/>
6. Education, santé, action sociale	<input type="checkbox"/>
7. Autre service ou autre activité du tertiaire	<input type="checkbox"/>

**JOB-7. Etiez-vous :**

1. Salarié de l'état, d'une collectivité locale, de la fonction publique hospitalière, d'une entreprise publique (La Poste, EDF-GDF, etc.) ou nationale ou de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
2. Salarié du secteur privé	<input type="checkbox"/>
3. Salarié chez un particulier	<input type="checkbox"/>
4. Indépendant ou à votre compte (sans employés à votre charge)	<input type="checkbox"/>
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)	<input type="checkbox"/>
6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez salarié :

**JOB-8. Quel était le type de votre contrat de travail ?**

1. Fonctionnaire	<input type="checkbox"/>
2. CDI	<input type="checkbox"/>
3. CDD	<input type="checkbox"/>
4. Contrat saisonnier	<input type="checkbox"/>
5. Contrat d'intérim ou de travail temporaire	<input type="checkbox"/>
6. Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/>

→ Si vous étiez au moment du diagnostic indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**JOB-8a.** L'activité que vous exerciez était-elle réglementée (une licence ou un permis étaient-ils nécessaires) ?

Oui  Non

**JOB-8b.** Aviez-vous enregistré votre activité sous le régime auto-entrepreneur ?

Oui  Non

**JOB-8c.** Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8c1.** Combien de membres de votre famille travaillai(en)t avec vous (y compris votre conjoint) ?

(1 à 9)

**JOB-8d.** Aviez-vous un ou plusieurs associés ?

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-8d1.** Combien d'associés aviez-vous ?

(1 à 9)

**JOB-9.** En vous comptant, combien au total y avaient-ils de personnes travaillant dans l'entreprise ? Il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et non pas celle de la succursale

<input type="checkbox"/> 1 à 4	<input type="checkbox"/> 10 à 19	<input type="checkbox"/> 50 à 199	<input type="checkbox"/> 500 à 999
<input type="checkbox"/> 5 à 9	<input type="checkbox"/> 20 à 49	<input type="checkbox"/> 200 à 499	<input type="checkbox"/> 1000 ou plus

**JOB-10.** Vous travailliez ?

A plein temps  A temps partiel

→ Si vous travailliez à temps partiel :

**JOB-10p.** Vous travailliez ?

à 50%  à 80%  autre

**JOB-10a.** Quelle était votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) ?

(10 à 99)

**JOB-11.** Quelle rémunération totale mensuelle nette en Euros perceviez-vous AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?

→ Si pas de revenu, écrire 0

(0 à 999999)

**JOB-12.** Vous diriez approximativement que votre rémunération totale mensuelle nette était ?

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

**JOB-14. AU MOMENT du diagnostic, perceviez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-15. Quel était le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

→ Si pas de revenu, écrire 0

 (0 à 999999)

**JOB-16. Dans quelle tranche était placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer AU MOMENT du diagnostic de votre maladie du poumon ?**

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

*Les questions suivantes abordent votre situation professionnelle actuelle. Celle-ci n'a peut-être pas changée. Dans ce cas nous sommes désolés si pour certaines questions vous allez avoir l'impression de vous répéter mais il nous faut collecter tous ces renseignements.*

**JOB-17. ACTUELLEMENT...**

1. Vous êtes étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes retraité ou pré-retraité	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes en invalidité	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes femme/homme au foyer ayant déjà travaillé	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé	<input type="checkbox"/>

→ Si votre couleur est , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB28 à JOB31) :

**JOB-28. Depuis quelle date n'avez-vous pas d'emploi ?**

Mois  (1 à 12) Année  (2000 à 2012)

**JOB-29. A quelle date s'est terminé l'emploi que vous aviez au diagnostic ?**

Mois  (1 à 12) Année  (2000 à 2012)

→ Si la période entre la fin de l'emploi que vous aviez à l'annonce du diagnostic et la fin de votre dernier emploi a duré 1 mois ou plus, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-30. Pouvez-vous indiquer ce que vous avez fait entre la fin de l'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic et le moment où vous n'avez plus d'emploi ?**

.....  
.....

**JOB-31. Pour quelle raison l'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic s'est-il terminé ?**

<input type="checkbox"/> Fin de contrat	<input type="checkbox"/> Licenciement	<input type="checkbox"/> Cessation d'activité ou licenciement économique
<input type="checkbox"/> Démission	<input type="checkbox"/> Départ retraite	<input type="checkbox"/> Passage en inactivité (pré-retraite, retraite, etc.)

**JOB-32. ACTUELLEMENT, recherchez-vous un emploi en effectuant des démarches actives ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**JOB-33. Depuis quelle date êtes-vous à la recherche d'un emploi ?**

Mois   (1 à 12) Année    (2000 à 2012)

**JOB-34. Si l'on vous proposait un emploi seriez vous prêt à travailler dans un délai inférieur à 2 semaines ?**

Oui  Non

**JOB-34a. Avez-vous connu une ou plusieurs périodes d'emploi entre le diagnostic de votre maladie et aujourd'hui ?**

Oui, une seule  Oui, plusieurs  Non

→ Si vous en avez eu plusieurs :

**JOB34B. Et combien en avez-vous connu ?**

(1 à 20)

→ Si votre couleur est ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB35 à JOB37) :

**JOB-35. Par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre maladie, avez-vous connu des modifications de votre emploi en terme de :**

	Oui	Non	JOB35A. Si oui, êtes-vous satisfait des modifications ?	
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

→ Si vous n'avez eu aucune modification dans votre emploi, en termes de type de travail, de conditions de travail, de temps de travail, d'horaires de travail et de sécurité dans le travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-36. Auriez-vous souhaité des aménagements de votre poste de travail, du fait de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non, je n'y ai pas pensé
<input type="checkbox"/> Non, je ne savais pas que c'était possible
<input type="checkbox"/> Non, je ne le souhaitais pas

*Si oui :*

**JOB-37. Dans quel domaine ?**

	Oui	Non
1. Type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lieu de travail (mutation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autre : .....		

→ Si votre couleur est ●, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB38 à JOB40) :

Les questions qui vont suivre font référence à l'emploi que vous occupiez AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, il y a environ 2 ans.

**JOB-38. Avez-vous parlé de votre maladie sur votre lieu de travail ?**

<input type="checkbox"/> Oui, souvent
<input type="checkbox"/> Oui, de temps en temps
<input type="checkbox"/> Oui, une seule fois
<input type="checkbox"/> Non, jamais

→ Si vous avez parlé de votre maladie au moins une fois sur votre lieu de travail, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-39. A qui en avez-vous parlé ? Vous en avez parlé à**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Votre supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Vos collègues (collaborateurs, associés ou confrères dans le cas des indépendants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Le médecin du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un représentant du personnel ou un délégué syndical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. A une autre personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-40. Vous êtes-vous senti pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?**

<input type="checkbox"/> Oui, par mon employeur	<input type="checkbox"/> Oui, par mes collègues	<input type="checkbox"/> Oui, par mon employeur et par mes collègues	<input type="checkbox"/> Non, pas du tout
---	---	--	---

**JOB-41. Avez-vous connu 1 ou plusieurs arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie ?**

Oui, 1 seul arrêt     Oui, plusieurs arrêts     Non

→ Si vous n'avez connu aucun arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie, allez à la question JOB-44. Si vous avez connu au moins un arrêt maladie lié au diagnostic de votre maladie et que votre couleur est  ou , veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions JOB41b à JOB43B) :

**JOB-41b. Combien d'arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie avez-vous connu jusqu'à présent ?**

(1 à 99)

**JOB-42. Combien de temps après le diagnostic de votre maladie du poumon a débuté votre premier arrêt maladie ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

<input type="checkbox"/> Moins d'un mois  <b>JOB-42A. Combien de jours après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 30)	<input type="checkbox"/> Plus d'un mois  <b>JOB-42B. Combien de mois après le diagnostic a débuté votre premier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 36)
--	--

**JOB-43. Combien de temps a duré cet arrêt maladie ?**

→ Cochez une des deux cases, puis veuillez indiquer le nombre de jours ou de mois

<input type="checkbox"/> Moins de 30 jours  <b>JOB-43A. Combien de jours a duré ce premier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 30)	<input type="checkbox"/> 30 jours ou plus  <b>JOB-43B. Combien de mois a duré ce premier arrêt maladie ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 à 36)
---	---

→ Si votre couleur est  et qu'au moment du diagnostic vous étiez indépendant ou à votre compte, chef d'entreprise ou aide à un membre de sa famille, sans être salarié, et que vous avez connu un ou plusieurs arrêts maladies liés au diagnostic de votre maladie, veuillez répondre à la question suivante :

**JOB-46. Au cours de cet ou ces arrêt(s), avez-vous pu être remplacé(e) ou aidé(e), par :**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> 1. Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Un associé ou un collaborateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Un salarié de votre entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Vous n'avez pas été remplacé(e) ou aidé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-51. Percevez-vous une ou plusieurs des ressources suivantes ?**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Allocations chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RSA ou RMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestations liées à la maladie, à l'invalidité ou au handicap (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JOB-52. Quel est le montant total mensuel net des ressources perçues par tous les membres de votre foyer?**

→ (Si pas de revenu, saisir 0)

 (0 à 99999)

**JOB-53. Dans quelle tranche est placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer ?** (question pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas répondre à JOB-52)

<input type="checkbox"/> 0 euros (pas de revenus)	<input type="checkbox"/> De 2000 à moins de 2500 euros
<input type="checkbox"/> Moins de 500 euros	<input type="checkbox"/> De 2500 à moins de 3000 euros
<input type="checkbox"/> De 500 à moins de 1000 euros	<input type="checkbox"/> De 3000 à moins de 5000 euros
<input type="checkbox"/> De 1000 à moins de 1250 euros	<input type="checkbox"/> De 5000 à moins de 8000 euros
<input type="checkbox"/> De 1250 à moins de 1500 euros	<input type="checkbox"/> 8000 euros ou plus
<input type="checkbox"/> De 1500 à moins de 2000 euros	

→ Si votre couleur est , ,  ou , veuillez répondre à l'ensemble des questions qui suivent.

Les questions qui suivent portent sur vos conditions de travail dans votre dernier emploi et sont d'ordre général. Elles concernent donc votre vécu à l'époque où vous occupiez cet emploi.

**CJOB6. Diriez-vous de votre travail qu'il était fatiguant nerveusement ?**

Oui  Non

**CJOB7. Diriez-vous de votre travail qu'il était fatiguant physiquement ?**

Oui  Non

**CJOB8. Dans l'ensemble, étiez-vous satisfait de votre travail ?**

Oui  Non

La section qui suit aborde vos ressources financières .

**RCV1. ACTUELLEMENT, diriez-vous que financièrement :**

<input type="checkbox"/> Vous êtes à l'aise	<input type="checkbox"/> Ça va	<input type="checkbox"/> C'est juste, il faut faire attention	<input type="checkbox"/> Vous y arrivez difficilement	<input type="checkbox"/> Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
--	-----------------------------------	--	---	---

**RCV2. Pensez-vous que DEPUIS le diagnostic de votre maladie du poumon, les revenus de votre ménage :**

<input type="checkbox"/> ont beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> ont un peu augmenté	<input type="checkbox"/> n'ont pas changé	<input type="checkbox"/> ont un peu diminué	<input type="checkbox"/> ont beaucoup diminué
--	--	---	---	---

Les questions qui suivent portent sur le logement que vous avez ACTUELLEMENT.

**RCV3. ACTUELLEMENT, par rapport à votre habitation, vous êtes (vous et/ou votre conjoint(e)/compagnon(agne)) :**

<input type="checkbox"/> Locataire
<input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez un (ou des) ami(s)
<input type="checkbox"/> Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
<input type="checkbox"/> Autre : .....

**RCV4. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :**

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Acceptables  Insuffisantes  Très insuffisantes

**RCV5. Aviez-vous un crédit immobilier ou professionnel AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV6. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV7. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV8. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV9. Aviez-vous un crédit à la consommation AU MOMENT de l'annonce de votre maladie ?**

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

**RCV10. Avez-vous rencontré des difficultés pour rembourser les traites de ce crédit ?**

Oui  Non

**RCV11. Avez-vous demandé à votre assurance de rembourser cet emprunt à votre place ?**

Oui  Non

→ Si oui :

**RCV12. Votre demande a-t-elle abouti ?**

Oui  Non

**RCV13. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit immobilier ou professionnel ?**

Oui  Non

**RCV14. Pensez-vous qu'à cause de votre maladie, vous aurez à l'avenir des problèmes d'accès à un crédit à la consommation ?**

Oui  Non

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page suivante à la question AL1.

Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions T1 à T2.4) :

**T1. En ce qui concerne les propositions plus générales suivantes sur la perception de la vie, indiquez à chaque fois dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.**

	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout
1. Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt(e) à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plutôt que de mettre de l'argent de côté pour assurer mes vieux jours, je préfère le dépenser tout de suite en me faisant plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2.** Au sujet de votre attitude face aux risques, pour chacune des propositions suivantes merci d'essayer de vous situer sur une échelle comprise entre 0 et 10

→ 10 correspond à l'extrême prudence, avec un minimum de prise de risques dans l'existence, 0 correspond à une attitude volontaire de prise de risque, pour des personnes qui ont l'habitude de miser gros.

**ACTUELLEMENT, êtes-vous prudent**

pour votre santé ?

 (0 à 10)

pour votre carrière professionnelle ?

 (0 à 10)

**T2.3** Diriez-vous que votre attitude a changé DEPUIS le début de votre maladie ?

Oui  Non

→ Si oui :

**T2.4** Dans la même échelle de 0 à 10 qui vous a été proposée, merci d'essayer de situer votre attitude face aux risques AVANT votre maladie du poumon, diagnostiquée il y a environ deux ans. AVANT LA MALADIE, étiez-vous prudent

pour votre santé ?

 (0 à 10)

pour votre carrière professionnelle ?

 (0 à 10)

*Les questions qui suivent portent sur vos habitudes alimentaires.*

**AL1.** DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous changé votre alimentation ?

Oui  Non

→ Si oui, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant (questions AL2 à AL6) :

**AL2.** Est-ce parce que vos goûts ont changé ?

Oui  Non

**AL3.** Est-ce parce que vous vouliez avoir une alimentation plus saine ?

Oui  Non

**AL4.** Y-a-t-il des aliments auxquels vous avez renoncé, ou que vous mangez beaucoup moins qu'avant ?

Oui  Non

→ Si oui :

**AL4B.** Quels sont les aliments auxquels vous avez renoncé ?

.....  
.....

**AL5.** Y-a-t-il des aliments que vous mangez maintenant, alors que vous ne les mangiez pas avant, ou que vous mangez beaucoup plus qu'avant ?

Oui  Non

→ Si oui :

**AL5B.** Quels sont ces aliments ?

.....  
.....

**AL6. Pour changer votre alimentation, avez-vous suivi...**

	Oui	Non
Les conseils d'un professionnel de santé que vous avez consulté pour votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils d'un proche (membre de la famille, ami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conseils donnés dans les médias, dans un livre ou sur internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AL7. Avant votre maladie, pratiquiez vous une activité physique régulière (sport, jardinage, ménage, marche, dans le cadre de votre travail ou de vos loisirs) ?**

Oui, tous les jours     Oui, moins souvent     Non

**AL8. DEPUIS le diagnostic de votre maladie, avez-vous modifié votre activité physique ?**

oui, j'en fais plus qu'avant     oui, j'en fais moins qu'avant     oui, j'ai complètement arrêté     non

*Les questions suivantes traitent de votre recours à des médecines alternatives ou complémentaires. Par exemple nous considérons aussi bien l'homéopathie que certains régimes alimentaires comme la macrobiotique, les thérapies corporelles comme le shiatsu, ou bien encore les thérapies énergétiques comme le décodage biologique.*

**TC1 ACTUELLEMENT, avez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires ?**

Oui     Non

→ Si oui, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

**TC2b A quelle(s) médecines alternatives ou complémentaires avez-vous recours?**

.....

.....

**TC3ter Aviez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires AVANT le diagnostic de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non

*La section suivante concerne votre vie affective, conjugale et sexuelle.*

**SEX1 ACTUELLEMENT, êtes-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

**SEX2 Juste avant votre maladie, étiez-vous en couple (que vous viviez avec la personne ou non) ?**

Oui     Non

→ Si actuellement vous êtes en couple ET que vous étiez en couple juste avant votre maladie :

**SEX3 Etes-vous à l'heure actuelle en couple avec la même personne qu'avant votre maladie ?**

Oui     Non

Les questions suivantes font référence à LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER.  
Pour chacune des propositions, choisissez la réponse la plus appropriée à votre situation :

**SEX4** Ma maladie a modifié mon désir sexuel (libido).

Il a augmenté  Il n'a pas changé  Il a diminué  Il a disparu  Ne s'applique pas

**SEX5** Je suis satisfait(e) de la fréquence des étreintes et des baisers entre nous.

Enormément  Très  Assez  Peu  Pas du tout  Ne s'applique pas

**SEX6** La fréquence de mes rapports sexuels a changé DEPUIS ma maladie.

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX7** Ma capacité à avoir un orgasme a changé DEPUIS ma maladie.

<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup augmenté	<input type="checkbox"/> Elle a un peu augmenté	<input type="checkbox"/> Elle n'a pas changé	<input type="checkbox"/> Elle a un peu diminué	<input type="checkbox"/> Elle a beaucoup diminué	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	--	---	---	---	---

**SEX8** Je suis satisfait(e) de la fréquence actuelle de mes rapports sexuels.

<input type="checkbox"/> Enormément	<input type="checkbox"/> Très	<input type="checkbox"/> Assez	<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	---

**SEX9** Au cours de ces deux dernières semaines, j'ai eu des rapports sexuels.

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Une fois	<input type="checkbox"/> Deux fois	<input type="checkbox"/> Trois fois	<input type="checkbox"/> Quatre fois ou plus	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	---	---

**SEX10** DEPUIS votre maladie avez-vous parlé de votre sexualité avec l'équipe soignante ?

<input type="checkbox"/> Oui, à l'initiative du personnel soignant
<input type="checkbox"/> Oui, à mon initiative
<input type="checkbox"/> Non, on ne me l'a pas proposé
<input type="checkbox"/> Non, je ne l'ai pas souhaité

→ Si vous avez 56 ans ou plus, allez page 26 à la question PR1.  
Si vous avez 55 ans ou moins, veuillez répondre aux questions suivantes

Les questions qui suivent concernent votre vie parentale.

♂ **VOUS ETES UN HOMME** âgé de 55 ans ou moins

♂ **PF1b** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile ?

Oui → âge de la découverte de la stérilité :

Non

→ Si oui, merci de vous rendre à la question PR1 (en bas de la page 26)

♂ **VOUS ETES UN HOMME** et vous n'étiez pas stérile au moment de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

♂ **PF6** Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, certainement  Oui, peut être  Non

→ Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :

 **PF7** Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?

Oui  Non

 **PF8** Avez-vous effectué un prélèvement de sperme avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?

Oui  Non, on ne me l'a pas proposé  Non, je ne l'ai pas souhaité

 **PF9** ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?

Oui  Non  Ne sait pas

 **PF12** Etes vous devenu père DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?

Oui, par insémination  Oui de façon naturelle  Non

 **PF13** ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui dans les mois à venir  Oui à plus long-terme  Non

 **PF14** Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant  Oui, en le renforçant  Non

→ Merci de vous rendre à la question PR1 page 26

 **VOUS ETES UNE FEMME** âgée de 55 ans ou moins

 **PF1** Lors de la découverte de votre maladie, étiez-vous stérile, ménopausée ou enceinte ?

Oui, stérile → âge de la découverte de la stérilité :    
*Merci de vous rendre à la question PR1 page 26*

Oui, ménopausée → âge de la découverte de la ménopause :    
*Merci de vous rendre à la question PR1 page 26*

Oui, enceinte *Merci de vous rendre à la question PF1TER de l'encadré ci-dessous*

Non *Merci de vous rendre à la question PF6 (second encadré page 26)*

 **VOUS ETES UNE FEMME** et vous étiez ENCEINTE lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :

 **PF1TER.** De combien de mois étiez-vous enceinte au moment de la découverte de votre maladie ?   (0 à 9)

 **PF3** Quelle prise en charge a été réalisée ?

- Un traitement pendant la grossesse
- Un traitement différé et commencé après l'accouchement
- Autre.....

 **PF3BIS.** Quel a été ce traitement ?

 **PF4.** Quelle a été l'issue de la grossesse :

- Accouchement à terme
- Accouchement prématuré, à combien de semaine ? .....
- Fausse couche spontanée
- Un avortement thérapeutique

**PF5**

**Si vous avez eu un enfant, pensez-vous que la prise en charge de votre maladie a eu une influence sur l'état de santé de votre enfant ?**

Oui, de façon importante     Oui, de façon mineure     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*



**VOUS ETES UNE FEMME et vous étiez fertile mais non enceinte lors de la découverte de votre maladie, veuillez répondre aux questions de l'encadré suivant :**

**PF6**

**Avant votre maladie, aviez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, certainement     Oui, peut être     Non

→ *Si vous aviez le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant :*

**PF7**

**Ce projet d'enfant a-t-il influencé le choix de votre traitement ?**

Oui     Non

**PF8**

**Avez-vous effectué un prélèvement d'ovocyte ou d'embryon avant la réalisation du traitement de votre maladie du poumon ?**

Oui     Non, on ne me l'a pas proposé     Non, je ne l'ai pas souhaité

**PF9**

**ACTUELLEMENT, pensez-vous être stérile ?**

Oui     Non     Ne sait pas

**PF9b**

**ACTUELLEMENT, êtes-vous ménopausée ?**

Oui     Non

**PF10**

**Avez-vous été enceinte DEPUIS le diagnostic de votre maladie ?**

Oui     Non

→ *Si oui :*

**PF11**

**Votre grossesse a commencé :**

- Après l'arrêt de votre traitement
- Pendant votre traitement et vous l'avez arrêté
- Pendant votre traitement et vous l'avez continué

**PF13**

**ACTUELLEMENT, avez-vous le projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui dans les mois à venir     Oui à plus long-terme     Non

**PF14**

**Pensez-vous que votre maladie a eu une influence sur votre projet d'avoir un enfant ou un autre enfant ?**

Oui, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant     Oui, en le renforçant     Non

→ *Merci de vous rendre à la question PR1 ci-dessous*

*Cette section aborde vos conditions de prise en charge et vos échanges avec l'équipe soignante.*

**PR1.**

**Avez-vous été associé(e) au choix de vos traitements ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non, pas du tout

**PR2.**

**Auriez-vous souhaité y être...**

Plus associé(e)     Autant associé(e)     Moins associé(e)

**PR6. Avez-vous cherché par vous-même de l'information sur votre maladie et ses traitements ?**

	Oui	Non
En allant sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En contactant des associations de malades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'amis et/ou de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auprès d'une ou de personnes atteintes de la même maladie que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR8. Au sujet de vos échanges d'informations avec les médecins et l'équipe soignante, avez-vous eu le sentiment que :**

	Souvent	De temps en temps	Jamais
1. le temps consacré par les médecins ou l'équipe soignante pour répondre à vos questions était insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous étiez dans l'incapacité de poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les informations médicales étaient trop compliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La quantité d'information donnée était trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous ne saviez pas comment poser vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PR9. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT DE VOTRE MALADIE ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR10. Auriez-vous souhaité bénéficier d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT de votre maladie du poumon diagnostiquée il y a environ deux ans?**

Oui  Non

→ Si oui :

**PR11. L'avez-vous demandé à une personne de l'établissement où vous étiez soigné(e) ?**

Oui  Non

**PR12. ACTUELLEMENT bénéficiez-vous d'un soutien psychologique par un professionnel pour votre maladie ?**

Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous êtes/étiez soigné(e)

Oui, de votre propre initiative

Non

→ Si non :

**PR13. Le souhaitez-vous, aujourd'hui ?**

Oui  Non

*Nous vous remercions pour votre participation.  
Elle contribuera à enrichir les résultats de cette enquête lesquels serviront à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie chroniques vivant en France.*

**Si vous avez des questions complémentaires sur le contenu de l'étude,  
appelez le 0800 779 924.  
Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire, appelez le N° vert 01 71 25 06 48**

