



* G Z 0 2 3 0 1 *

Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

Numéro Gazel

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

2023

Important

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

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

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

Pour nous contacter

COHORTE GAZEL - UMS 011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX

gazel@inserm.fr

Le traitement de vos données est placé sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (<https://www.inserm.fr/>) et répond à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont traitées conformément au Règlement général relatif à la protection des données «RGPD» (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016) et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, sous certaines conditions, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement ou en demander la limitation. Vous pouvez enfin définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès. Pour plus de détails : <https://www.gazel.inserm.fr/fr/vos-droits>. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès du Pr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, UMS011 Inserm-UVSQ, Hôpital Paul Brousse, Bât.15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex. En cas de difficulté pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris). Au besoin, vous bénéficiez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Cnil.



* 6 Z 0 2 3 0 2 *

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

A B C D E F G H
Très bon Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

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

➔ Si vous occupez actuellement un emploi :

3. Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ?

A B C D E F G H
Pas du tout Très

4. Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ?

A B C D E F G H
Pas du tout Très

II. VOTRE SANTÉ

5. Quel est votre poids ? kg

6. Êtes-vous limité(e) depuis **au moins 6 mois**, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font **habituellement** ?

₁ Oui, fortement limité(e) ₂ Oui, limité(e) ₃ Oui, légèrement limité(e) ₄ Non

➔ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)
- ₁ Autre(s) raison(s) de santé

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



* 6 2 0 2 3 0 4 *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

! Les questions suivantes (de 12 à 18) constituent une échelle de qualité de vie validée et largement utilisée dans de nombreuses études internationales ; elles ne peuvent donc pas être posées partiellement. Certaines d'entre elles vous paraîtront similaires à des questions déjà posées, mais il est important que vous y répondiez.

! Les questions 12 à 16 portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Pour chacune des questions, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

! Les questions 17 et 18 portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

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

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

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

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

! Si vous avez moins de 45 ans, passez directement à la question 25, page 6.



* 6 2 0 2 3 0 6 *

! Les questions 19 à 24 concernent des activités de la vie quotidienne. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

19. *Utilisation du téléphone :*

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

20. *Déplacements en transports :*

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

21. *Prise de médicaments :*

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

22. *Gestion du budget :*

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

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

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

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

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

! Les questions 25 et 26 portent sur les moyens de contraception.

25. *Actuellement, utilisez-vous des préservatifs (vous-même ou votre/vos partenaires) ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Non concerné(e)

➔ Si oui, est-ce pour : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Vous protéger de maladies sexuellement transmissibles
- ₁ Éviter une grossesse



* 6 2 0 2 3 0 8 *

IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

29. **Actuellement**, fumez-vous (sauf cigarette électronique) ? ₁ Oui, au moins une fois par jour ₂ Non, ou occasionnellement

➔ Si oui, combien fumez-vous par jour en moyenne :

De cigarettes :

De cigarillos :

De pipes :

De cigares :

30. **Actuellement**, utilisez-vous la cigarette électronique ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

₁ De cigarette(s) (si jetables) : cigarette(s)

₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

₁ 0 (sans nicotine) ₂ Moins de 6 ₃ 6 à 12 ₄ 13 ou plus ₅ Je ne sais pas

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

➔ Si oui, à quelle concentration ?

₁ Inférieure à 300 mg/ml

₂ Supérieure ou égale à 300 mg/ml

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

₁ Oui ₂ Non

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

₁ Moins d'1 fois par mois ₂ 1 à 2 fois par mois ₃ Au moins 1 fois par semaine ₄ Tous les jours ou presque

V. BOISSONS ALCOOLISÉES

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

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

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



* 6 2 0 2 3 0 9 *

! Pour les 3 questions suivantes, indiquez, en moyenne, au cours des **12 derniers mois** :

32. Combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ?

- ₁ Jamais ₂ 1 fois par mois ₃ 2 à 4 fois par mois ₄ 2 à 3 fois par semaine ₅ 4 fois ou plus par semaine

33. Combien de **verres standard** avez-vous bus au cours d'une **journée ordinaire** où vous buviez de l'alcool ?

- ₁ 1 ou 2 ₂ 3 ou 4 ₃ 5 ou 6 ₄ 7 à 9 ₅ 10 ou plus

34. Au cours d'une **même occasion**, combien de fois vous est-il arrivé de boire **6 verres standard ou plus** ?

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

VI. COMPOSITION DU FOYER

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

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

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

- En couple : ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si non, avez-vous une relation amoureuse ou sentimentale suivie ?
 ₁ Oui ₂ Non
- Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) : ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, combien ? enfant(s)
- Avec d'autres personnes (famille, amis...) : ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, avec combien :
 - d'ascendants (parents, beaux parents ou grands-parents) ? ascendant(s)
 - de personnes autres que des ascendants ? personne(s)

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

- ₁ Oui ₂ Non
 ➔ Si oui, combien (qu'ils habitent ou non à votre domicile) ? enfant(s)



* 6 2 0 2 3 1 0 *

VII. SITUATION MATÉRIELLE

38. Que diriez-vous de la situation financière actuelle de votre foyer ?

- ₁ Je suis à l'aise financièrement
- ₂ Ça va, je peux me permettre des loisirs et/ou j'arrive à épargner
- ₃ Mes revenus me permettent juste de couvrir mes dépenses essentielles et je dois faire attention
- ₄ J'y arrive difficilement, je ne peux pas couvrir mes dépenses essentielles sans faire de dettes (découvert bancaire, crédit à la consommation, aide de proches, etc.)
- ₅ J'y arrive très difficilement, je ne peux pas couvrir mes dépenses essentielles même en faisant des dettes

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

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, était-ce pour : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> ₁ Des soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> ₁ Des lunettes ou lentilles |
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Un appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s) |

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

➔ Si oui, était-ce pour : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> ₁ Des soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> ₁ Des lunettes ou lentilles |
| <input type="checkbox"/> ₁ Une consultation avec un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Un appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> ₁ Un examen complémentaire (analyse de sang, acte d'imagerie, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Autre(s) |

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

- ₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

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

- ₁ Meilleure ₂ Identique ₃ Moins bonne

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

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



* G Z 0 2 3 1 1 *

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION



* G Z 0 2 3 1 2 *