

# **ENQUETE SUR LES AFFECTIONS LONGUE DUREES CDV-2011**

## **Questionnaire patient**

### **Version finale**

**INSERM pour Ipsos  
27 février 2012 .**

### INFO FICHER

TYPCANC (localisation du cancer numérotée de 1 à 11)

1. du sein
2. du poumon
3. du colon rectum
4. de la Prostate
5. des Voies Aéro Digestives Supérieures
6. de la vessie
7. du rein
8. de l'utérus
9. de la thyroïde
10. du Système Lymphatique
11. de la peau

FSEX (Sexe de la personne à interroger)

1. Homme
2. Femme

ECH

1. Jeunes
2. Agés

NOM

PRENOM

**DPT= Recode automatique Code département**

**UNITE= Recode automatique Code tranche d'unité urbaine**

**AIRE= Recode automatique Code qualificatif d'aire urbaine**

### LISTE DES MODULES :

1. Module médical
2. Annonce du diagnostic
3. Fatigue
4. Douleur
5. Qualité de vie
6. Dépression
7. Vie quotidienne et sociale
8. Vie professionnelle
9. Conditions de travail
10. Ressources et conditions de vie
11. Temporalité
12. Alimentation, exercice physique
13. Thérapies complémentaires, thérapies alternatives
14. Sexualité, vie affective et conjugale
15. Fertilité, parentalité
16. Relations avec le système de soins
17. Signalétique sociodémographique

IE : sauf consignes spécifiques toutes les questions sont en Single

**ENQ : CITER / NSP / Refus**

**Prévoir (ou traitement ?) la recodage des codes quancept suivants :**

**NSP en 99 (9999999 pour les questions numériques)**

**REF en 98 (9999998 pour les questions numériques)**

---

## CONTACT

---

Bonjour, je suis XXXX, je travaille pour l'Inserm, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Pourrais-je parler à [AFF : nom + prénom] suite au courrier envoyé par l'Assurance Maladie ?

ENQ : strictement nominatif, SI refus proposer de rappeler à un autre moment

IE : greeting

Filtrer refus (item 10 à filtrer)

Ajouter :

Hors cible (item 11) à mettre en ouvert (-> prise de commentaire)

Refus de passer la personne (en ouvert -> prise de commentaire)

Refus de la personne éligible (en ouvert -> prise de commentaire)

Possibilité de RDVQ

**INTRO** Bonjour, je suis XXXX, je travaille pour l'Inserm, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale et je vous appelle suite au courrier envoyé par l'Assurance Maladie.

Vous êtes bien [AFF : nom + prénom]

Je vous rappelle comme convenu au sujet de l'enquête sur les conditions de vie auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique à laquelle vous avez accepté de participer. Cet entretien va durer une quarantaine de minutes. Etes-vous disponible tout de suite ou souhaitez-vous que nous prenions rendez-vous ?

ENQ : SI l'interlocuteur ne se souvient pas : l'Assurance vous a envoyé un courrier présentant l'enquête. Vous avez accepté d'y répondre par retour de courrier, il y a de ça un mois environ.

Disponible

NON disponible -> retour greeting

**Tout d'abord, pour éviter les erreurs de fichier, je souhaiterai au préalable vérifier avec vous que vous avez bien eu une maladie [AFF : typcanc] que les médecins ont découverte pour la première fois chez vous il y a environ deux ans.**

**ENQ : Si l'enquêté infirme le fait d'avoir eu cette maladie, effectuer une relance :**

« Je vous parle bien de la maladie [AFF : typcanc] pour laquelle vous avez bénéficié d'une première mise en ALD, il y a environ deux ans lorsque les médecins ont découvert cette maladie. Vous nous avez d'ailleurs renvoyé un formulaire de consentement en ce sens. »

**Si l'interviewé infirme toujours, interrompre l'entretien.**

« Il doit s'agir d'une erreur dans nos fichiers, je suis désolé de vous avoir dérangé »

**Bien, avant de débuter notre entretien, je souhaite simplement vous précisez que certaines questions sont d'ordre général et d'autres sont plus spécifiquement en rapport avec votre maladie [AFF : typcanc]. Je ne manquerai pas de le préciser si vous avez des doutes, d'ailleurs n'hésitez pas à me le demander si nécessaire.**

---

## CARACTERISTIQUES SOCIALES ET DEMOGRAPHIQUES

---

**[TRANS1] Pour commencer je vais vous poser quelques questions personnelles qui me permettront de mieux vous caractériser.**

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

1910 à 1994

**SD2. Vous êtes...**

1. Un homme
2. Une femme

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

1. OUI
2. NON

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

1. Célibataire
2. Marié(e)
3. PACSé(e)
4. Concubins
5. Divorcé(e) / Séparé(e)
6. Veuf(ve)

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

1. OUI
2. NON

**SI SD5=1 (OUI) POSER SD6 à SD8**

**SD6. Combien avez-vous d'enfants au total ?**

1 à 15

**SI SD5=1 (OUI)**

**SD7. Combien avez-vous d'enfants à votre charge ?**

0 à 15

**SI SD5=1 (OUI)**

**SD8. Quel âge ont vos enfants ?**

Enfant 1 :

Enfant 2 :

.....

**SD9. Combien de personnes vivent dans votre logement, y compris vous-même ?**

1 à 17

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

**[Question précodée]**

1. Vous n'avez pas été scolarisé(e)
2. Aucun diplôme mais scolarité jusqu'en école primaire ou au collège
3. Aucun diplôme mais scolarité au-delà du collège
4. CEP (certificat d'études primaires)
5. BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges
6. CAP, brevet de compagnon
7. BEP
8. Baccalauréat général, brevet supérieur
9. Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, EI, BEH, capacité en droit
10. Diplôme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
11. 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.

---

## CARACTERISTIQUES MEDICALES

---

[TRANS2] Concernant votre état de santé, avant d'aborder directement avec vous la maladie [AFF : typcanc] diagnostiquée il y a environ deux ans, je souhaiterais rapidement vous poser deux questions d'ordre général sur votre état de santé actuel.

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

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. 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 ?**

1. OUI, fortement limité
2. OUI, limité(e), mais pas fortement
3. NON, pas limité du tout

[TRANS3] Les questions qui suivent portent plus précisément sur la maladie [AFF : typcanc] qui a été diagnostiquée chez vous il y a environ deux ans.

**MED1. Votre maladie [AFF : typcanc] a été découverte à la suite de :**

IE : poser item 5 SI typcanc=5

Poser item 3 SI typcanc=1 ou typcanc=3

Symptôme ressenti / anomalie détectée par vous-même

1. Découverte fortuite lors d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation pour une autre cause
2. Examen de dépistage organisé *ENQ : expliquer qu'en cas de dépistage organisé, la personne avait du recevoir une invitation pour faire une mammographie ou un kit de test pour la recherche de sang dans les selles.*
3. Examen de dépistage individuel
4. Examen dentaire
5. Autre (en clair) : .....

**MED2.1. Quel était votre poids avant le diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc] ?**

ENQ : PRENDRE LE POIDS EN KILOGRAMMES, SI NSP RELANCER PAR APPROXIMATIVEMENT 30 à 199

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

ENQ : PRENDRE LE POIDS EN KILOGRAMMES, SI NSP RELANCER PAR APPROXIMATIVEMENT 30 à 199

**MED3. Combien mesurez-vous ?**

ENQ : PRENDRE LA TAILLE EN CENTIMETRES, SI NSP RELANCER PAR APPROXIMATIVEMENT 100 à 199

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

1. OUI
2. NON

**SI MED4.1= OUI**

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

ENQ : NE PAS CITER, PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

1. Diabète
2. Hypertension artérielle
3. Insuffisance cardiaque/Angine de poitrine/ troubles du rythme
4. Phlébites, embolie pulmonaire, artérite
5. Maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, asthme...)
6. Cancer
7. Ulcères, douleurs gastriques

8. Constipation
9. Arthrose, rhumatismes inflammatoires
10. Attaque cérébrale, maladie de Parkinson, épilepsie
11. Maladie rénale
12. Fréquentes infections urinaires
13. Baisse de l'audition
14. Troubles de la vue (cataracte, glaucome, dégénérescence macula ire...)
15. Maladie de la thyroïde.
16. Autre maladie ou handicap (en clair)

**SI MED4.2=6 (Cancer)**

**MED4.2A. SI Plusieurs items cités en MED4.2 : Vous m'avez dit avoir un cancer**

**Où est-il Situé ?**

ENQ : NOTER EN CLAIR

**MED6.1. Avez-vous été opéré pour votre maladie?**

1. OUI
2. NON

**SI MED6.1=1 (OUI)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

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

1. OUI
2. NON

**MED7.1. Avez-vous été traité par chimiothérapie au cours des trois dernières années?**

1. OUI
2. NON

**SI MED7.1=2 (NON)**

**MED7.2. Avez-vous refusé ce traitement ?**

1. OUI
2. NON

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

1. OUI
2. NON

**MED9.1. Avez-vous été traité par radiothérapie au cours des trois dernières années?**

1. OUI
2. NON

**SI MED9.1=2 (NON)**

**MED9.2. Avez-vous refusé ce traitement ?**

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=1 (Sein)**

**MED11SE. Vous a-t'on proposé un traitement par hormonothérapie ?**

ENQ : traitement à prendre tout les jours pendant 5 ans: Tamoxifène, Nolvadex, Aromasine, Arimidex, Femara...

1. OUI, et je continue à prendre ce traitement
2. OUI, mais j'ai arrêté de prendre ce traitement
3. OUI mais j'ai refusé de prendre ce traitement
4. NON

**SI TYPCANC=1 (Sein) et MED11SE=2 (OUI, mais j'ai arrêté de prendre ce traitement)**

**MED11SEBIS. Pourquoi avez-vous arrêté votre traitement par hormonothérapie ?**

**ENQ : NOTER EN CLAIR**

**SI TYPANC=3 ou 4 ou 5 ou 8 (Colon Rectum, Prostate, VADS, Utérus)**

**MED11.2 ACTUELLEMENT, êtes-vous traité par curiethérapie ?**

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=3 ou 4 ou 5 ou 8 (Colon Rectum, Prostate, VADS, Utérus)**

**MED11.1. Avez-vous été traité par curiethérapie au cours des trois dernières années ?**

ENQ : la curiethérapie consiste à mettre en place, de façon temporaire ou permanente, des sources radioactives (sous forme de petites billes ou de petits fils) au contact direct de la zone à traiter, à l'intérieur du corps

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=4 (Prostate)**

**MED12PR. Vous a-t'on proposé un traitement par hormonothérapie ?**

ENQ : Androcur, Anandron, Casodex, Eulexine, Flutamide, Prostadirex, Decapeptyl, Zoladex, Enantone, Lucrin, Eligard, Bigonist, Suprefact

1. OUI, et je continue à prendre ce traitement
2. OUI, mais j'ai arrêté de prendre ce traitement
3. OUI mais j'ai refusé de prendre ce traitement
4. NON

**SI TYPANC=4 (Prostate) et MED12PR=2 (OUI, mais j'ai arrêté de prendre ce traitement)**

**MED12PRBIS. Pourquoi avez-vous arrêté votre traitement par hormonothérapie ?**

**ENQ : NOTER EN CLAIR**

**SI TYPANC=6 (Vessie)**

**MED11.3VE. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité par instillations endo-vésicales ?**

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=6 (Vessie)**

**MED11.1TH. Avez-vous été traité par instillations endo-vésicales au cours des trois dernières années ?**

ENQ : Radiothérapie interne par iode 131

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=9 (Thyroïde)**

**MED11.2TH. ACTUELLEMENT, êtes-vous traité par irathérapie**

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=9 (Thyroïde)**

**MED11.1TH. Avez-vous été traité par irathérapie au cours des trois dernières années ?**

ENQ : Radiothérapie interne par iode 131

3. OUI
4. NON

**SI TYPANC=10 (LMNH)**

**MED11LM. Avez-vous eu une greffe de cellules souches ?**

1. OUI
2. NON

**SI MED10= 1 (OUI) ou MED9.1=1 (OUI, traitement par radiothérapie)**

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

1. OUI
2. NON

**SI MED13.1=1 (OUI)**

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

**SI MED13.1=1 (OUI)**

**MED13.2 Ces séquelles sont-elles ?**

**En clair**

1. Très importantes
2. Importantes
3. Ni importantes ni pas importantes
4. Pas importantes
5. Pas du tout importantes
6. Pas de séquelle

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

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=1 (Sein) POSER MED17.1SE à MED19SE**

**MED17.1SE. Etes vous ?**

1. Droitière
2. Gauchère
3. Ambidextre

**SI TYPANC=1 (Sein)**

**MED17.2SE. De quel coté se Situait votre maladie du sein, celle qui a été diagnostiquée il y a environ deux ans ?**

1. Droit
2. Gauche
3. Les deux seins

**SI MED17.2SE =1 ou 3 (Bras droit ou deux seins)**

**MED17.3SE1. ACTUELLEMENT, en ce qui concerne votre bras droit ?**

MED17.3SE11. Avez-vous mal au bras ou à l'épaule ?

MED17.3SE12. Avez-vous la main ou le bras enflé ?

MED17.3SE13. Avez-vous du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?

MED17.3SE14. Avez-vous des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche ou cartonnée, problème de cicatrisation)?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI MED17.2SE =2 ou 3 (Bras gauche ou deux seins)**

**MED17.3SE2. ACTUELLEMENT, en ce qui concerne votre bras gauche ?**

MED17.3SE21. Avez-vous mal au bras ou à l'épaule ?

MED17.3SE22. Avez-vous la main ou le bras enflé ?

MED17.3SE23. Avez-vous du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?

MED17.3SE24. Avez-vous des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons,

MED17.3SE25. peau qui pèle, peau sèche ou cartonnée, problème de cicatrisation)?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=1 (Sein)**

**MED18SE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti certains des symptômes suivants ?**

MED18SE.1 Bouffée de chaleur

MED18SE.2 Transpiration excessive

MED18SE.3 Jambes lourdes

MED18SE.4 Douleurs articulaires ou osseuses

MED18SE.5 Douleurs musculaires

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=2 (Poumon) POSER MED17PO à MED19PO**

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

MED17PO. 1 au repos

MED17PO. 2 en marchant

MED17PO. 3 en montant les escaliers

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=2 (Poumon)**

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

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=2 (Poumon)**

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

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=3 (Colon)**

**MED17.1CR. Avez-vous un anus artificiel (ou une stomie) ?**

*ENQ : Une Stomie est un raccordement du tube digestif directement à la paroi de l'abdomen. Les selles sont recueillies dans une poche spéciale placée autour de l'orifice de stomie.*

1. OUI
2. NON

**SI MED17.1CR=1 (OUI) POSER MED17.2CR à MED17.3CR**

**MED17.2CR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des fuites en dehors de votre poche de stomie (de gaz ou de matières fécales)?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI MED17.1CR=1 (OUI)**

**MED17.3CR. Au cours des 7 derniers jours, la peau entourant votre anus artificiel (stomie) vous a-t-elle fait souffrir ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI MED17.1CR=2 (NON) POSER MED17.5CR. à MED17.6CR**

**MED17.5CR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des fuites de matières fécales par l'anus ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI MED17.1CR=2 (NON)**

**MED17.6CR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous dû fréquemment aller à la selle au cours de la journée ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=4 (Prostate) POSER MED17PR à MED21PR**

**MED17PR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous dû uriner pendant la journée ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=4 (Prostate)**

**MED18PR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous laissé échapper de l'urine sans le vouloir ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=4 (Prostate)**

**MED19PR. Au cours 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à avoir une érection ou à rester en érection ?**

1. Toujours
2. Très souvent
3. Souvent
4. Rarement
5. Jamais

**SI TYPANC=4 (Prostate) et MED12PR=1 (OUI) POSER MED20PR à MED21PR**

**MED20PR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des bouffées de chaleur ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=4 (Prostate) et MED12PR=1 (OUI)**

**MED21PR. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu la poitrine ou les mamelons douloureux ou gonflés?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=5 (VADS) POSER MED17VA à MED21VA**

**MED17VA. Dans quelle zone se Situait votre maladie de la tête ou du cou ?**

**ENQ : NE PAS CITER, PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES**

1. Bouche
2. Lèvres
3. Larynx
4. Nez
5. Oreilles
6. Sinus
7. Pharynx
8. Autre (en clair)

**SI TYPANC=5 (VADS)**

**MED18VA. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des problèmes en avalant ...**

MED18VA1. des liquides

MED18VA2. des aliments écrasés

MED18VA3. des aliments solides

1. Beaucoup
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout

**SI TYPANC=5 (VADS)**

**MED19VA. Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous étouffé(e) en avalant?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=5 (VADS)**

**MED20VA. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à manger?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=5 (VADS)**

**MED21VA. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à parler?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie) POSER MED17.VE à MED21.3VE**

**MED17VE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous dû uriner fréquemment pendant la journée ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie)**

**MED18VE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous laissé échapper de l'urine sans le vouloir ?**

1. Très souvent
2. Souvent

3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie)**

**MED19VE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des douleurs en urinant ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie) et SI FSEX= 1 (homme)**

**MED20VE. Au cours 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à avoir une érection ou à rester en érection ?**

1. Toujours
2. Très souvent
3. Souvent
4. Rarement
5. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie)**

**MED21.1VE. Avez-vous un abouchement à la peau , stomie –Briker ?**

*ENQ : La Stomie est un raccordement des uretères à la paroi de l'abdomen. L'urine est alors recueillie dans une poche spéciale, placée autour de l'orifice de stomie*

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=6 (Vessie) et MED21.1VE=1 (OUI) POSER MED21.2VE à MED21.3VE**

**MED21.2VE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des fuites en dehors de votre poche de stomie ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=6 (Vessie) et MED21.1VE=1 (OUI)**

**MED21.3VE. Au cours des 7 derniers jours, la peau entourant votre urostomie vous a-t-elle fait souffrir ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=7 (Rein) POSER MED17RE à MED19RE**

**MED17RE. De quel coté se situait votre maladie du rein ?**

1. Droit
2. Gauche
3. Les deux reins

**SI TYPANC=7 (Rein)**

**MED18RE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti des douleurs dans le bas du dos?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=7 (Rein)**

**MED19RE. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti des douleurs ou des brûlures aux mains et/ou aux pieds?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=8 (Utérus) POSER MED17UT à MED21UT**

**MED17UT. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti certains des symptômes suivants ?**

1. Bouffée de chaleur
2. Transpiration excessive
3. Jambes lourdes
4. Douleurs articulaires ou osseuses
5. Douleurs musculaires
6. Très souvent
7. Souvent
8. Rarement
9. Jamais

**SI TYPANC=8 (Utérus)**

**MED18UT. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous constaté un gonflement ou un œdème au niveau d'une de vos jambes, ou de vos deux jambes?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=8 (Utérus)**

**MED19UT. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des pertes d'urine involontaires?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=8 (Utérus)**

**MED20UT. Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale lors de votre dernier rapport sexuel?**

1. OUI
2. NON
3. NON concernée (pas de rapports)

**SI TYPANC=8 (Utérus)**

**MED21UT. Votre dernier rapport sexuel a-t-il été douloureux ?**

1. OUI
2. NON
3. NON concernée (pas de rapports)

**SI TYPANC=9 (THYROÏDE)**

**MED17TH. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à parler?**

1. Beaucoup
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout

**SI TYPANC=10 (LMNH)**

**MED17 LM. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti des douleurs articulaires ou osseuses?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPANC=11 (MELANOME) POSER MED17ME à MED21ME**

**MED17ME. Dans quelle zone se Situait votre maladie de peau?**

ENQ : NE PAS CITER, CONFIRMER L'ITEM A CODER AVEC L'INTERVIEWE, PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

1. Bras droit
2. Bras gauche
3. Jambe droite

4. Jambe gauche
5. Visage
6. Tête et cou (hors visage)
7. Tronc

**SI TYPCANC=11 (MELANOME)**

**MED18ME. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous été gêné par l'aspect de la cicatrice liée au traitement de votre maladie de peau?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPCANC=11 (MELANOME)**

**MED19ME. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti des douleurs au niveau de cette cicatrice lors de mouvements?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPCANC=11 (MELANOME)**

**MED20ME. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire certains mouvements à cause de cette cicatrice ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI TYPCANC=11 (MELANOME)**

**MED21ME. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous constaté un gonflement au niveau d'une de vos jambes, ou de l'un de vos bras ?**

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

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

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**SI MED22.1= 1 ou 2 ou 3 (très souvent, souvent ou rarement)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

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

1. OUI et elles sont très importantes
2. OUI et elles sont importantes
3. OUI mais elles sont modérées
4. OUI mais elles sont très modérées
5. NON, je ne conserve aucune séquelle

**SI MED23.1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (OUI...)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI TYPCANC=1 (Sein)**

**MED24SE. Avez-vous bénéficié d'une reconstruction du sein?**

1. OUI
2. NON, mais je vais en avoir une dans les mois qui viennent
3. NON, je l'ai refusée
4. NON, on ne me l'a pas proposée
5. NON, je n'étais pas concernée

**SI TYPCANC=1 (Sein)**

**MED25SE.** Suite à votre maladie du sein, avez-vous eu des séances de rééducation ou de kinésithérapie pour votre bras ?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=2 (Poumon)**

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

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=3 (Colon)**

**MED24CR.** Suite à votre maladie du colon rectum, avez-vous fait des séances de rééducation du périnée (pour incontinence)?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=4 (Prostate)**

**MED24PR.** Suite à votre maladie de la prostate, avez-vous fait des séances de rééducation du périnée (pour incontinence)?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=5 (VADS)**

**MED24VA.** Avez-vous bénéficié d'une reconstruction?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=5 (VADS)**

**MED25.1VA.** Suivez-vous un régime alimentaire suite à votre maladie de la tête ou du cou?

1. OUI
2. NON

**SI MED25.1VA=OUI**

**MED25.2VA.** Quel régime alimentaire suivez-vous ?

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI TYPCANC=5 (VADS)**

**MED26VA.** Suite à votre maladie de la tête ou du cou, avez-vous participé à des séances de rééducation (rééducation à la parole, à la déglutition) ?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=6 (Vessie)**

**MED24VE.** Suite à votre maladie de la vessie, avez-vous participé à des séances de rééducation du périnée (pour incontinence)?

1. OUI
2. NON

**SI TYPCANC=8 (Utérus)**

**MED24UT.** Suite à votre maladie de l'utérus, avez-vous participé à des séances de rééducation du périnée (pour incontinence)?

1. OUI
2. NON

**SI TYPANC=9 (Thyroïde)**

**MED24TH.** Suite à votre maladie de la thyroïde, avez-vous participé à des séances de rééducation de la voix (orthophonie)?

1. OUI
2. NON

**SI MED25SE=1 (OUI) OU MED24PO=1 (OUI) OU MED24CR=1 (OUI) OU MED24PR=1 (OUI) OU MED26VA=1 (OUI) OU MED24VE=1 (OUI) OU MED24UT=1 (OUI) OU MED24TH=1 (OUI)**

**MED25.** Combien de fois par semaine ?

0 à 7

**SI MED25SE=1 (OUI) OU MED24PO=1 (OUI) OU MED24CR=1 (OUI) OU MED24PR=1 (OUI) OU MED26VA=1 (OUI) OU MED24VE=1 (OUI) OU MED24UT=1 (OUI) OU MED24TH=1 (OUI)**

**MED25B.** Et pendant combien de mois ?

0 à 36

**SI TYPECANC=2 (Poumon)**

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

1. OUI
2. NON

**SI TYPECANC=2 (Poumon) et MED25PO=1 (OUI)**

**MED25.2PO** Combien de fois par semaine ?

0 à 7

**SI TYPECANC=2 (Poumon) et MED25PO=1 (OUI)**

**MED25.3PO.** Et pendant combien de mois ?

0 à 36

**SI TYPANC=5 (VADS)**

**MED27VA.** Avez-vous une prothèse phonatoire (pour vous aider à parler)?

1. OUI
2. NON



---

## DIAGNOSTIQUE

---

### DIAG1. Qui vous a annoncé le diagnostic de cette maladie ?

1. Un médecin libéral
2. Un chirurgien
3. Un autre médecin en hôpital ou en clinique
4. Un membre de votre famille ou un ami proche
5. Une infirmière
6. Un membre du personnel du laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie
7. Autre (en clair)

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

1. En face-à-face
2. Par courrier
3. Par téléphone
4. Autre (en clair)

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

1. OUI
2. Peut être
3. 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 ?

1. OUI
2. NON

#### SI DIAG4=1 (OUI)

### 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 ?

1. OUI, et le document vous a été utile
2. OUI, mais le document ne vous a pas été utile
3. NON

#### SI DIAG4=1 (OUI)

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

DIAG6.1 un psychologue

DIAG6.2 une assistante sociale

DIAG6.3 une infirmière

1. OUI
2. NON

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 clinique ?

1. OUI
2. NON
3. Peut-être, je ne me souviens pas

#### SI DIAG7.1=1 (OUI)

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

1. OUI
2. NON

---

## FATIGUE

---

[TRANS4] Je vais vous poser quelques questions sur la fatigue que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général

**FAT4.** Pouvez-vous me dire 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.

Si je vous dis « La fatigue que je ressens en ce moment est une souffrance ou un souci pour moi ». Vous êtes...

1. Tout à fait d'accord
2. Plutôt d'accord
3. Ni d'accord, ni pas d'accord
4. Plutôt pas d'accord
5. Pas du tout d'accord

[TRANS5] Plus précisément, les questions qui suivent portent sur la fatigue que vous avez pu ressentir au cours des 15 derniers jours, que cette fatigue soit liée ou non à votre maladie [AFF : **typcanc**] diagnostiquée il y a environ deux ans.

**FAT1.** Au cours des 15 derniers jours, avez-vous eu besoin de repos ?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**FAT2.** Au cours des 15 derniers jours, vous êtes vous senti faible ?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

**FAT3.** Au cours des 15 derniers jours, étiez-vous fatigué ?

1. Très souvent
2. Souvent
3. Rarement
4. Jamais

---

## DOULEURS

---

[TRANS6] A présent, je vais vous poser quelques questions sur les douleurs que vous pouvez éventuellement ressentir. La première question est d'ordre général.

**DOUL6.** Pouvez-vous me dire 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.

Si je vous dis « **ACTUELLEMENT, depuis ma maladie, les douleurs que je ressens m'ont obligé à limiter mes activités professionnelles ou extra-professionnelles** », Etes-vous

1. Tout à fait d'accord
2. Plutôt d'accord
3. Ni d'accord ni pas d'accord
4. Plutôt pas d'accord
5. Pas du tout d'accord

[TRANS7] Je vais maintenant vous poser des questions sur les DOULEURS que 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 [AFF : typcanc] diagnostiquée il y a environ deux ans.

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

1. Constamment
2. Très souvent
3. Souvent
4. Parfois
5. Jamais

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois) POSER 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 ?

1. Extrêmement fortes
2. Très fortes
3. Plutôt fortes
4. Ni modérées, ni fortes
5. Plutôt modérées
6. Très modérées
7. Extrêmement modérées

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

**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 ?

1. Toutes les nuits,
2. Pas toutes les nuits mais Plusieurs nuits,
3. Une seule nuit,
4. Aucune nuit

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

**DOULDN1.** Les douleurs que vous ressentez ou que vous avez ressentis présentent-elles la caractéristique

**DOULDN1. 1 d'une** brûlure

**DOULDN1. 2 d'une** sensation de froid douloureux

**DOULDN1. 3 d'une** série de décharges électriques

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

**DOULDN2.1 des Fourmillements ?**

**DOULDN2. 2 des Picotements ?**

**DOULDN2.3 des Engourdissements ?**

**DOULDN2. 4 des Démangeaisons ?**

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois) et DOUL4=1 (OUI)**

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

1. Il y a moins de 15 jours.
2. Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
3. Il y a plus d'un mois mais moins d'un an
4. Il y a plus d'un an.

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

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

1. OUI
2. NON

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois) et DOUL4.2=1 (OUI)**

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

1. Il y a moins de 15 jours.
2. Il y a plus de 15 jours mais moins d'un mois.
3. Il y a plus d'un mois mais moins d'un an
4. Il y a plus d'un an.

**SI DOUL1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (Constamment à parfois)**

**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 ?**

1. OUI, ces médicaments m'ont tous été prescrits par un médecin
2. OUI, mais je prends certains médicaments sans prescription médicale
3. NON, je prends rarement ou jamais de médicaments contre la douleur

---

## QUALITE DE VIE / ALCOOL-TABAC

---

**[TRANS8] Les questions qui suivent portent sur votre santé en général, telle que vous la percevez actuellement. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.**

ENQ : Concerne la vie en général et ne porte pas précisément sur la maladie

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

ENQ : SI NSP, RELANCER : Choisissez la réponse la plus proche de votre Situation

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

**QOL2. Je vais vous mentionner des activités de la vie. Pour chacune d'entre-elles, pouvez-vous me dire SI vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel**

QOL2.1 Les efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules.

QOL2.2 Monter Plusieurs étages par l'escalier

1. OUI, vous êtes beaucoup limité(e)
2. OUI, vous êtes un peu limité(e)
3. NON, vous n'êtes pas du tout limité(e)

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

QOL3.1 accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

QOL3.2 dû arrêter de faire certaines choses ?

1. OUI
2. NON

**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**

QOL4.1 accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

QOL 4.2 eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1. OUI
2. NON

**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 ?**

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

**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)**

QOL6.1 calme et détendu(e) ?

QOL6.2 débordant(e) d'énergie ?

QOL6.3 triste et abattu(e)

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

**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 ?**

1. Tout le temps
2. Une grande partie du temps
3. De temps en temps
4. Rarement
5. Jamais

**[TRANS9] Nous allons aborder maintenant votre consommation d'alcool et de tabac.**

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

1. OUI
2. NON

**SI CR1VA=1 (OUI)**

**CR2VA. Vous fumez...**

1. Tous les jours
2. Moins souvent

**SI CR1VA=1 (OUI) et CR2VA=1 (tous les jours) POSER CR3VA à CR4VA**

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

ENQ : noter en clair SI ce ne sont pas des cigarettes avec le nombre. ex : 3 cigarillos par semaine

1. 1 à 5 cigarettes
2. 6 à 10 cigarettes
3. 11 à 20 cigarettes
4. Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)
5. Autre (en clair)

**SI CR1VA=1 (OUI) et CR2VA=1 (tous les jours)**

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

1. Dans les 5 premières minutes
2. Entre 6 et 30 minutes
3. Après 30 minutes

**CR5VA. Dans l'année précédant le diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc] , combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?**

ENQ : noter en clair SI ce ne sont pas des cigarettes avec le nombre. ex : 3 cigarillos par semaine

1. Je ne fumais pas
2. 1 à 5 cigarettes
3. 6 à 10 cigarettes
4. 11 à 20 cigarettes
5. Plus de 20 cigarettes par jour (plus d'un paquet)
6. Autre (en clair)

**SI CR5VA = 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 (fume)**

**CR6VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc] , vous a t'on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation de tabac ?**

1. OUI et j'ai consulté
2. OUI mais je n'ai pas consulté
3. NON

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

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

**SI CR7VA = 2 ou 3 ou 4 ou 5**

**CR8VA. DEPUIS le diagnostic de votre maladie [AFF : tycanc] , vous a t'on proposé une consultation d'aide à gérer votre consommation d'alcool ?**

1. OUI et j'ai consulté
2. OUI mais je n'ai pas consulté
3. NON, je consommais de l'alcool mais on ne me l'a pas proposé
4. NON concerné, je ne consommais pas d'alcool

 **7** TOP QOL

---

---

## VIE QUOTIDIENNE ET SOCIALE

---

**[TRANS10] Nous allons maintenant parler de votre vie quotidienne et sociale.**

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

1. OUI, souvent
2. OUI, de temps en temps
3. NON, jamais

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

1. OUI
2. 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 ?**

1. OUI, souvent
2. OUI, quelques fois
3. NON, jamais

**SI VSQ4=1 ou 2 ( OUI souvent ou OUI, quelques fois)**

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

VQS5.1. De membres de votre famille

VQS5.2 D'amis proches

VQS5.3 De collègues de travail

VQS5.4 D'autres personnes

1. OUI
2. NON

**VSQ7. 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 soutenu(e) par**

VQS7.1 Votre conjoint(e) / compagnon(agne)

VQS7.2 Un ou des membres de votre famille

VQS7.3 Vos amis

VQS7.4 Une association

VQS7.5 Un ou des professionnels de santé ou de l'aide sociale

VQS7.6 D'autres personnes

1. OUI, suffisamment
2. OUI, mais pas assez
3. NON, je n'en ressentais pas le besoin
4. NON, on ne me l'a pas proposé

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

1. OUI
2. NON

**VQS9 Selon vous, quel impact a eu votre maladie [AFF : typcanc] sur vos croyances religieuses ou philosophiques ? Ma maladie ...**

1. a renforcé mes croyances
2. a affaibli mes croyances
3. 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 ?**

1. OUI, beaucoup
2. OUI, un peu
3. NON, pas du tout

---

## SITUATION PROFESSIONNELLE

---

### ► Situation au diagnostic

**[TRANS9] Nous allons maintenant parler de votre situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic de votre maladie, puis nous parlerons de votre Situation professionnelle actuelle. Les questions qui suivent concernent votre situation professionnelle au moment du diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc] il y a environ deux ans**

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

1. Vous aviez un emploi et vous étiez en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)
2. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en congé (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)
3. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de courte durée
4. Vous aviez un emploi, mais vous étiez en arrêt maladie de longue durée
5. Vous étiez chômeur ayant déjà travaillé
6. Vous étiez chômeur n'ayant jamais travaillé
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, congé sabbatique
8. Vous étiez retraité ou pré-retraité
9. Vous étiez en invalidité
10. Vous étiez femme/homme au foyer ayant déjà travaillé
11. Vous étiez femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi) POSER JOB-2 à JOB-3B**

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

1. Un travail régulier
2. Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi)**

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

1. Moins d'un an
2. Plus d'un an

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi) et JOB-3=1 (moins d'un an)**

#### **JOB-3A. Depuis combien de mois aviez-vous cet emploi ?**

1 à 11

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi) et JOB-3=2 (plus d'un an)**

#### **JOB-3B. Depuis combien d'années aviez-vous cet emploi ?**

1 à 49

**SI JOB-1=5 ou 6 (chômeur) POSER JOB-4 à JOB-5B**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=5 ou 6 (chômeur)**

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

1. Moins d'un an
2. Plus d'un an

**SI JOB-1=5 ou 6 (chômeur) et JOB-5=1 (moins d'un an)**

#### **JOB-5A. Depuis combien de mois cherchiez-vous un emploi ?**

1 à 11

**SI JOB-1=5 ou 6 (chômeur) et JOB-5=2 (plus d'un an)**

**JOB-5B. Depuis combien d'années cherchez-vous un emploi ?**

1 à 49

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi)**

**JOB-6a1. : Quelle était votre profession AU MOMENT du diagnostic?**

Liste additionnelle des professions

**SI JOB-1=5 ou 8 ou 10 (chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

**JOB-6a2. : Quelle était votre dernière profession AU MOMENT du diagnostic?**

Liste additionnelle des professions

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

**JOB-6b. Dans quel secteur d'activité exerciez-vous cette profession ?**

1. Agriculture, sylviculture, pêche
2. Industries énergétiques
3. Autres industries
4. Construction
5. Commerce et réparations
6. Education, santé, action sociale
7. Autre service ou autre activité du tertiaire

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

**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
2. Salarié du secteur privé
3. Salarié chez un particulier
4. Indépendant ou à votre compte (sans employés à votre charge)
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)
6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 1, ou 2, ou 3 (Salarié)**

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

1. Fonctionnaire
2. CDI
3. CDD
4. Contrat saisonnier
5. Contrat d'intérim ou de travail temporaire
6. Contrat d'apprentissage

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié)**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié)**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié)**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié) et JOB-8c=1 (OUI)**

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

1 à 9

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié)**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-7= 4 ou 5 ou 6 (Non-salarié) et JOB-8d=1 (OUI)**

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

1 à 9

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

**JOB-9. En vous comptant, combien au total y avaient-ils de personnes travaillant dans l'entreprise ?**

Enq : il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et NON pas celle de la succursale

1. 1 à 4
2. 5 à 9
3. 10 à 19
4. 20 à 49
5. 50 à 199
6. 200 à 499
7. 500 à 999
8. 1000 ou plus

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

**JOB-10. Vous travailliez ?**

1. A plein temps
2. A temps partiel

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé) et JOB-10=2 (temps partiel)**

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

1. à 50%
2. à 80%
3. autre

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 10 (en emploi ou chômeur ayant déjà travaillé, retraité ou pré-retraité, femme/homme au foyer ayant déjà travaillé)**

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

10 à 99

## ► Revenus au diagnostic

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi)**

**JOB-11. Quelle rémunération totale mensuelle nette en Euros perceviez-vous de votre profession principale au moment du diagnostic de votre maladie [aff TYPCANCER]?**

ENQ : Si pas de revenu, saisir 0  
0 à 999999

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 (en emploi) et JOB-11=9999999 ou 9999998 (NSP ou Ref) poser, SINON recoder**

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

1. 0 euros (pas de revenus)
2. Moins de 500 euros
3. De 500 à moins de 1000 euros
4. De 1000 à moins de 1250 euros
5. De 1250 à moins de 1500 euros
6. De 1500 à moins de 2000 euros
7. De 2000 à moins de 2500 euros
8. De 2500 à moins de 3000 euros
9. De 3000 à moins de 5000 euros
10. De 5000 à moins de 8000 euros
11. 8000 euros ou plus

**SI JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (pas d'emploi)**

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

ENQ : CITER EN OUI/NON SI AUCUN, CODER NR

JOB-14.1 Allocations chômage

JOB-14.2 RSA ou RMI

JOB-14.3 Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)

1. OUI
2. NON

**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 [aff TYPCANCER]?**

ENQ : Si pas de revenu, saisir 0  
0 à 999999

**SI JOB-15=99999998 ou 9999999 (NSP ou Ref) poser, SINON recoder**

**JOB-16. Dans quelle tranche était placée la rémunération totale mensuelle nette de votre foyer au moment du diagnostic de votre maladie [aff TYPCANCER]?**

- ?
1. 0 euros (pas de revenus)
  2. Moins de 500 euros
  3. De 500 à moins de 1000 euros
  4. De 1000 à moins de 1250 euros
  5. De 1250 à moins de 1500 euros
  6. De 1500 à moins de 2000 euros
  7. De 2000 à moins de 2500 euros
  8. De 2500 à moins de 3000 euros
  9. De 3000 à moins de 5000 euros
  10. De 5000 à moins de 8000 euros
  11. 8000 euros ou plus

## ► Situation au moment de l'enquête

**Nous allons maintenant parler de 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 tout ces renseignements.**

**JOB-17. ACTUELLEMENT...**

1. Vous avez un emploi et vous êtes en poste (hors alternance, stage rémunéré, etc...)
2. Vous avez un emploi, mais vous êtes en congés (rémunéré, maternité, parental formation, ou accident du travail)
3. Vous avez un emploi, mais vous êtes en arrêt maladie de courte durée
4. Vous avez un emploi, mais vous êtes en arrêt maladie de longue durée
5. Vous êtes chômeur ayant déjà travaillé
6. Vous êtes chômeur n'ayant jamais travaillé
7. Vous étiez étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré, en disponibilité, congé sabbatique
8. Vous êtes retraité ou pré-retraité
9. Vous êtes en invalidité
10. Vous êtes femme/homme au foyer ayant déjà travaillé
11. Vous êtes femme/homme au foyer n'ayant jamais travaillé

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4**

**JOB-18. S'agit-il toujours du même emploi (même activité) que lors de l'annonce du diagnostic de votre maladie [aff TYPCANCER]?**

**ENQ : Si mutation au sein de la même entreprise, coder OUI**

1. OUI
2. NON

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 [Emploi-Emploi changé depuis le diagnostic]**

**JOB-19. Votre emploi actuel est :**

1. Un travail régulier
2. Uniquement un travail occasionnel ou petit boulot

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 [Emploi-Emploi change depuis le diagnostic]**

**JOB-20. A quelle date s'est terminé l'emploi que vous aviez au diagnostic ?**

Mois  
1 à 12  
Année  
2000 à 2012

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 Et JOB-1=5 ou 6 [Chômage-Emploi]**

**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

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB-1=7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 [Inactivité-Emploi]**

**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 JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)**

**OU**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)**

**JOB-21. A quelle date avez-vous commencé votre emploi actuel ?**

Mois

1 à 12

Année

2000 à 2012

**DUREEJOB2021** Calcul de durée en mois o

DUREEJOB2021=JOB-21 (MM/AAAA) – JOB-20(MM/AAAA)

DUREEJOB20a21=JOB-21 (MM/AAAA) – JOB-20a(MM/AAAA)

DUREEJOB20b21=JOB-21 (MM/AAAA) – JOB-20b(MM/AAAA)

SI DUREEJOB2021 >=1mois

SI DUREEJOB20a21 >=1mois

SI DUREEJOB20b21 >=1mois

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)**

**OU**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)**

**JOB-22. Pouvez-vous me préciser ce que vous avez fait entre votre Situation professionnelle AU MOMENT du diagnostic et le début de votre emploi actuel ?**

Date à fin de l'emploi au diagnostic : [AFF : JOB-20(1) et JOB-20(2)]

Date de début de l'emploi actuel : [AFF : JOB-21(1) et JOB-21(2)]

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)**

**OU**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)**

**JOB-23. Quelle est votre profession ACTUELLEMENT?**

Liste additionnelle des professions

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)**

**OU**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)**

**JOB-23a. Dans quel secteur d'activité exercez-vous votre profession ?**

1. Agriculture, sylviculture, pêche
2. Industries énergétiques
3. Autres industries
4. Construction
5. Commerce et réparations
6. Education, santé, action sociale
7. Autre service ou autre activité du tertiaire

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)**

**OU**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)**

**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
2. Salarié du secteur privé
3. Salarié chez un particulier
4. In dépendant ou a votre compte (sans employés à votre charge)
5. Chef d'entreprise (SARL, Société civile, EURL, SA ; tous les statuts)

6. Aide à un membre de sa famille, sans être salarié

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic) et JOB-24= 1 ou 2 ou 3 (salarié)  
OU

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic) et JOB-24= 1 ou 2 ou 3 (salarié)

**JOB-25. Quel est le type de votre contrat de travail ?**

1. Fonctionnaire
2. CDI
3. CDD
4. Contrat saisonnier
5. Contrat d'intérim ou de travail temporaire
6. Contrat d'apprentissage

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)  
OU

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)

**JOB-26. . En vous comptant, combien au total y avaient-ils de personnes travaillant dans l'entreprise?**

Enq : il s'agit bien du nombre de salariés du groupe, et NON pas celle de la succursale

1. 1 à 4
2. 5 à 9
3. 10 à 19
4. 20 à 49
5. 50 à 199
6. 200 à 499
7. 500 à 999
8. 1000 ou plus

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)  
OU

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)

**JOB-27. Vous travaillez ?**

1. A plein temps
2. A temps partiel

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB18=2 (changé depuis le diagnostic)  
OU

SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET JOB-1=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (repris un emploi depuis le diagnostic)

**JOB-27b. Quelle est votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) ?**

10 à 99

SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (perte d'emploi) POSER JOB-28 à JOB-34

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

ENQ : NOTER EN CLAIR, bien relancer SI NSP

Mois

1 à 12

Année

2000 à 2012

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (perte d'emploi)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR, bien relancer SI NSP

Mois

1 à 12

Année

2000 à 2012

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (perte d'emploi)**

**DUREEJOB2829** Calcul de durée en mois

**DUREEJOB2828=JOB-28 (MM/AAAA) – JOB-29(MM/AAAA)**

**SI DUREEJOB2829 >=1mois**

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (perte d'emploi)**

**JOB-30. Pouvez-vous me préciser ce que vous avez fait entre la fin de l'emploi que vous aviez AU MOMENT du diagnostic et le votre Situation professionnelle actuelle?**

Date de fin de l'emploi au diagnostic : [AFF : JOB-29(1) et JOB-29(2)]

Date à partir de quand n'a pas d'emploi : [AFF : JOB-28(1) et JOB-28(2)]

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 (perte d'emploi)**

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

1. Fin de contrat
2. Démission
3. Licenciement
4. Départ retraite
5. Cessation d'activité ou licenciement économique
6. Passage en inactivité (pré-retraite, retraite, etc.)

**SI JOB-17=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-17=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 et JOB-32=1 (OUI)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

Mois

1 à 12

Année

2000 à 2012

**SI JOB-17=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11**

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

1. OUI
2. NON

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (ceux qui sont resté sans emploi) POSER JOB-34a à JOB-34b**

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

1. OUI, une seule
2. OUI, Plusieurs
3. NON

**SI JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 et JOB-1= 5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 (ceux qui sont resté sans emploi) et JOB-34a = 2**

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

1 à 20

## ► Aménagements

**SI JOB1=1 ou 2 ou 3 ou 4, POSER JOB-35a à JOB-37 ET JOB-18=1.**

**JOB-35a. Suite au diagnostic de votre maladie, avez-vous connu des modifications de votre emploi en termes de**

JOB-35a.1 Type de travail

JOB-35a.2 Conditions de travail

JOB-35a.3 Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)

JOB-35a.4 Horaires de travail

JOB-35a.5 Sécurité dans le travail

JOB-35a.6 **Lieu de travail (mutation)**

JOB-35a.7 Autre [préciser]

1. OUI
2. NON

**SI JOB1=1 ou 2 ou 3 ou 4, POSER JOB-35 à JOB-37 ET JOB-18=2.**

**JOB-35b. Par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre maladie [Aff TYP-CANCER], avez-vous connu des modifications en termes de**

JOB-35b.1 Type de travail

JOB-35b.2 Conditions de travail

JOB-35b.3 Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)

JOB-35b.4 Horaires de travail

JOB-35b.5 Sécurité dans le travail

JOB-35b.6 **Lieu de travail (mutation)**

JOB-35b.7 Autre [préciser]

1. OUI
2. NON

**SI JOB1=1 ou 2 ou 3 ou 4, POSER JOB-35 à JOB-37 ET JOB-17=5 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10.**

**JOB-35c. Par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre maladie [Aff TYP-CANCER], avez-vous connu des modifications en termes de**

JOB-35c.1 Type de travail

JOB-35c.2 Conditions de travail

JOB-35c.3 Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels..)

JOB-35c.4 Horaires de travail

JOB-35c.5 Sécurité dans le travail

JOB-35c.6 **Lieu de travail (mutation)**

JOB-35c.7 Autre [préciser]

1. OUI
2. NON

**Pour chaque sq de JOB35=Oui /'IE : Afficher également l'item 7 + texte saisi en INSER'!**

**JOB35A. Etes-vous satisfait des modifications en termes de [AFF : sq codé en OUI en JOB-35]**

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET Si JOB-35 = non à toutes les sq 35.1 à 35.7**

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

1. OUI
2. NON, je n'y ai pas pensé
3. NON, je ne savais pas que c'était possible
4. NON, je ne le souhaitais pas

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ET Si JOB-35 = non à toutes les sq 35.1 à 35.7 et Si job 36=1**

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

ENQ : CITER EN OUI/NONSAUF LE AUTRE ok

**JOB-37. 1**Type de travail

**JOB-37.2** Conditions de travail

**JOB-37.3** Temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiels...)

**JOB-37.4** Horaires de travail

**JOB-37.5** Sécurité dans le travail

**JOB-37.6** Lieu de travail (mutation)

**JOB-37.7** Autre .....(précision)

1. OUI
2. NON

**JOB-7=4 ou 5 ou 6 POSER JOB37a à JOB-37bb**

**JOB37a- ACTUELLEMENT, un ou des membres de votre famille travaille(nt)-t-il(s) avec vous (y compris votre conjoint) ?**

1. OUI
2. NON

**JOB-7=4 ou 5 ou 6 et JOB-37a=1 (OUI)**

**JOB-37aa. Combien de membres de votre famille travaille(ent) avec vous (y compris votre conjoint) ?**

1 à 9

**SI JOB-7=4 ou 5 ou 6**

**JOB-37b. Avez-vous un ou des associé(s) ?**

1. OUI
2. NON

**SI JOB-7=4 ou 5 ou 6 et JOB-37b=1 (OUI)**

**JOB-37bb. Combien d'associés aviez-vous ?**

1 à 9

## ► Dévoilement et discrimination

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

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 POSER JOB-38 à JOB-40**

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

1. OUI, souvent
2. OUI, de temps en temps
3. OUI, une seule fois
4. NON, jamais

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB-38=1 ou 2 ou 3 (en emploi et qui ont parlé de leur maladie)**

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

**ENQ : CITER EN OUI/NON, PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES**

JOB-39.1 Votre employeur

JOB-39.2 Votre supérieur hiérarchique

JOB-39.3 Vos collègues (collaborateurs, associés ou confrères dans le cas des indépendants)

JOB-39.4 Le médecin du travail

JOB-39.5 Un représentant du personnel ou un délégué syndical

JOB-39.6 A une autre personne

1. OUI
2. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4**

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

1. OUI, par mon employeur
2. OUI, Par mes collègues
3. OUI, par mon employeur et par mes collègues
4. NON, pas du tout

## ► Arrêt(s) maladie

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 Poser JOB-41 à JOB-43B**

**JOB-41. Avez-vous connu 1 ou Plusieurs arrêts maladie liés au diagnostic de votre maladie [aff TYPCANC] ?**

1. OUI, 1 seul arrêt
2. OUI, Plusieurs arrêts
3. NON

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=2 (Plusieurs arrêts)**

**JOB-41b. Combien d'arrêts maladie liés à votre maladie [aff TYPCANC] avez-vous connu jusqu'à présent**

1 à 99

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt) POSER JOB-42 à JOB-43B**

**JOB-42. Combien de temps après le diagnostic de votre maladie [aff TYPCANC] a débuté votre premier arrêt maladie ?**

1. Moins d'un mois
2. Plus d'un mois

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt) et JOB-42=1 (moins d'un mois)**

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

1 à 30

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt) et JOB-42=2 (plus d'un mois)**

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

1 à 36

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt)**

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

1. Moins de 30 jours
2. 30 jours ou plus

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt) et JOB-43=1 (moins d'un mois)**

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

1 à 30

**SI JOB-1=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-41=1 ou 2 (au moins 1 arrêt) et JOB-43=2 (plus d'un mois)**

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

1 à 36

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 POSER JOB-44 à JOB-45CB**

**JOB-44. ACTUELLEMENT êtes-vous en arrêt maladie du fait de votre maladie [aff TYPCANC] ?**

1. OUI
2. NON

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-44=1 (OUI)**

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

1. Moins de 30 jours
2. 30 jours ou plus

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-44=1 (OUI) et JOB-45a=1 (moins d'un mois)**

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

1 à 30

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB-44=1 (OUI) et JOB-45a=2 (plus d'un mois)**

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

1 à 36

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB41=2 (Plusieurs arrêts) et JOB-44=2 (NON)**

**JOB-45b. A quelle date s'est terminé votre dernier arrêt maladie lié à votre maladie [aff TYP-CANC]?**

Mois

Année

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB41=2 (Plusieurs arrêts) et JOB-44=2 (NON)**

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

1. Moins de 30 jours
2. 30 jours ou plus

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB41=2 (Plusieurs arrêts) et JOB-44=2 (NON) et JOB-45c=1 (moins d'un mois)**

**JOB-45ca. Combien de jours a duré votre dernier arrêt maladie ?**

1 à 30

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 et JOB41=2 (Plusieurs arrêts) et JOB-44=2 (NON) et JOB-45c=2 plus d'un mois)**

**JOB-45cb. Combien de mois a duré votre dernier arrêt maladie ?**

1 à 36

**JOB-1= 1 ou 2 ou 3 ou 4 Et JOB-7=4 ou 5 ou 6 et JOB41 =1 ou 2 (indépendant en emploi au diagnostic ayant eu un ou Plusieurs arrêts maladie)**

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

**ENQ : PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES**

Votre conjoint(e)

1. Un autre membre de la famille
2. Un proche
3. Un associé ou un collaborateur
4. Un salarié de votre entreprise
5. Vous n'avez pas été remplacé(e) ou aidé(e)

## ► Revenus personnels et du ménage 2 ans après le diagnostic

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 POSER JOB-47 à JOB-50**

**JOB-47. Quelle rémunération totale mensuelle nette en Euros de votre profession principale ?**

**ENQ : SI pas de revenu, saisir 0**

0 à 99999

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB-47=9999999 ou 9999998 (NSP ou Refus) poser, SINON recoder**

**JOB-48. Dans quelle tranche est placée votre rémunération totale mensuelle nette ?**

0 euros (pas de revenus)

Moins de 500 euros

1. De 500 à moins de 1000 euros
2. De 1000 à moins de 1250 euros
3. De 1250 à moins de 1500 euros
4. De 1500 à moins de 2000 euros
5. De 2000 à moins de 2500 euros
6. De 2500 à moins de 3000 euros
7. De 3000 à moins de 5000 euros
8. De 5000 à moins de 8000 euros
9. 8000 euros ou plus

**SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB1=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB18=1**

**JOB-49. Est-ce que votre durée réelle de travail (en nombre d'heures par semaine) a changé depuis le diagnostic de votre maladie du [aff CANCER] ?**

1. OUI
2. NON

**SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB1=1 ou 2 ou 3 ou 4 et JOB18=1 et JOB49=OUI**

**JOB49a. Quelle est votre durée réelle de travail actuellement (en nombre d'heures par semaine) ?**

**2 positions**

**XX**

**SI JOB-17=1 ou 2 ou 3 ou 4**

**JOB-50. Diriez-vous que votre maladie a été à l'origine d'une diminution de vos revenus du travail ?**

1. OUI, beaucoup
2. OUI, assez
3. OUI, un peu
4. NON, pas du tout

**SI JOB-17=5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11**

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

**ENQ : CITER EN OUI/NON SI AUCUN, CODER NR**

JOB-51.1 Allocations chômage

JOB-51.2 RSA ou RMI

JOB-51.3 Prestations liées à la maladie ou l'invalidité (AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...)

1. OUI
2. NON

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

**ENQ : Si pas de revenu, saisir 0**

0 à 99999

**SI JOB-52=9999999 ou 9999998 (NSP ou Refus) poser, SINON recoder**

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

1. 0 euros (pas de revenus)
2. Moins de 500 euros
3. De 500 à moins de 1000 euros
4. De 1000 à moins de 1250 euros
5. De 1250 à moins de 1500 euros
6. De 1500 à moins de 2000 euros
7. De 2000 à moins de 2500 euros
8. De 2500 à moins de 3000 euros
9. De 3000 à moins de 5000 euros
10. De 5000 à moins de 8000 euros
11. 8000 euros ou plus

---

## CONDITIONS DE TRAVAIL

---

**SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 8 ou 9 ou 10 POSER CJOB6 à CJOB10**

**[TRANS 14] Je vais maintenant vous poser quelques questions sur SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 : vos conditions de travail actuels / SI JOB17=5 ou 8 ou 9 ou 10 : les conditions de travail de votre dernier emploi. Ces questions portent sur vos conditions de travail actuelles et sont d'ordre général. Elle concerne donc votre vécu actuel.**

**CJOB6. Diriez-vous de votre travail qu'il SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 : est / SI JOB17=5 ou 8 ou 9 ou 10 : était fatiguant nerveusement ?**

1. OUI
2. NON

**CJOB7. Diriez-vous de votre travail qu'il SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 : est / SI JOB17=5 ou 8 ou 9 ou 10 : était fatiguant physiquement ?**

1. OUI
2. NON

**CJOB8. Dans l'ensemble, SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 : êtes-vous / SI JOB17=5 ou 8 ou 9 ou 10 : étiez-vous satisfait de votre travail ?**

1. OUI
2. NON

**SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 POSER CJOB9 à CJOB10**

**CJOB9. Pensez-vous que, DANS LES DEUX PROCHAINES ANNEES, il y a un risque pour que vous perdiez votre emploi ?**

1. OUI sans doute
2. OUI peut être
3. Probablement NON
4. Ne sait vraiment pas

**SI JOB17=1 ou 2 ou 3 ou 4 POSER**

**CJOB10. Et SI vous perdiez votre emploi, pensez-vous que vous retrouveriez un emploi Similaire avec le même niveau de salaire**

1. OUI sans doute
2. OUI peut être
3. Probablement NON
4. Ne sait vraiment pas

 **10 TOP CJOB**

---

---

## RESSOURCES

---

### [TRANS15] Nous allons maintenant parler de vos ressources financières

#### RCV1. ACTUELLEMENT, diriez-vous que financièrement.

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste, il faut faire attention
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes

#### RCV2. Selon vous, DEPUIS le diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc], les revenus de votre ménage

1. ont beaucoup augmenté
2. ont un peu augmenté
3. n'ont pas changé
4. ont un peu diminué
5. ont beaucoup diminué

### [TRANS14] Nous allons maintenant parler du logement que vous occupez ACTUELLEMENT

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

1. Locataire
2. Propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)
3. Vous vivez chez un (ou des) ami(s)
4. Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille
5. Autre (en clair)

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

1. Très satisfaisantes
2. Satisfaisantes
3. Acceptables
4. Insuffisantes
5. Très insuffisantes

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

1. OUI
2. NON

#### SI RCV5=1 (OUI) POSER RCV6 à RCV8

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

1. OUI
2. NON

#### SI RCV5=1 (OUI)

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

1. OUI
2. NON

#### SI RCV5=1 (OUI) et RCV7=1 (OUI)

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

1. OUI
2. NON

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

1. OUI

2. NON

**SI RCV9=1 (OUI) POSER RCV10 à RCV12**

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

1. OUI
2. NON

**SI RCV9=1 (OUI)**

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

3. OUI
4. NON

**SI RCV9=1 (OUI) et RCV11=1 (OUI)**

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

1. OUI
2. 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 ?**

1. OUI
2. 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 ?**

1. OUI
2. NON

 **11** TOP RCV

---

---

## TEMPORALITE / ALIMENTATION

---

### SI ECH=1 (Jeunes) POSER T1 à T4.2

**T1. Je vais maintenant vous lire deux propositions plus générales, et vous me direz dans quelle mesure elles s'appliquent à vous."**

T1.3 Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer

T1.4 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

1. Tout à fait
2. Un peu
3. Pas vraiment
4. Pas du tout

**[TRANS16] Je vais à présent vous questionner sur 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 ».**

### SI ECH=1 (Jeunes)

**T2. ACTUELLEMENT, êtes-vous prudent ?**

T2.1 Pour votre santé ? Score compris entre 0 et 10

T2.2 Pour votre carrière professionnelle ? Score compris entre 0 et 10

### SI ECH=1 (Jeunes)

**T3. Diriez-vous que votre attitude a changé depuis le début de votre maladie ?**

1. OUI
2. NON

### SI ECH=1 (Jeunes) ET T3=1 (OUI)

**Dans la même échelle entre 0 et 10 qui vous a été proposée, merci d'essayer de situer votre attitude face au risque AVANT votre MALADIE [AFF : typcanc], diagnostiquée il y a environ deux ans.**

1. Pour votre santé ? Score compris entre 0 et 10
2. Pour votre carrière professionnelle ? Score compris entre 0 et 10

**[TRANS17] Nous allons maintenant parler de vos habitudes alimentaires.**

**AL1. DEPUIS le diagnostic de votre maladie [AFF : typcanc], avez-vous changé votre alimentation ?**

1. OUI
2. NON

### SI AL1=1 (OUI) POSER AL2 à AL6

**AL2. Est-ce parce que vos goûts ont changé ?**

1. OUI
2. NON

### SI AL1=1 (OUI)

**AL3. Est-ce parce que vous vouliez avoir une alimentation plus saine ?**

1. OUI
2. NON

**SI AL1=1 (OUI)**

**AL4. Y-a-t-il des aliments auxquels vous avez renoncé, ou que vous mangez beaucoup moins qu'avant ?**

1. OUI
2. NON

**SI AL1=1 (OUI) et AL4=1 (OUI)**

**AL4B. Quels sont les aliments auxquels vous avez renoncé ?**

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI AL1=1 (OUI)**

**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 ?**

1. OUI
2. NON

**SI AL1=1 (OUI) et AL5=1 (OUI)**

**AL5B. Quels sont ces aliments ?**

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI AL1=1 (OUI)**

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

ENQ : CITER EN OUI/NON, PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES, SI AUCUN CODER NR

Les conseils d'un professionnel de santé que vous avez consulté pour votre maladie

1. Les conseils d'un proche (membre de la famille, ami)
2. Les conseils donnés dans les médias, dans un livre ou sur internet
3. NR

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

1. OUI, tous les jours
2. OUI, moins souvent
3. NON

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

1. OUI, j'en fais plus qu'avant
2. OUI, j'en fais moins qu'avant
3. OUI, j'ai complètement arrêté
4. NON

---

## MEDECINES COMPLEMENTAIRES OU ALTERNATIVES

---

[TRANS18] Je vais vous poser quelques questions sur le 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.

TC1bis ACTUELLEMENT, avez-vous recours à des médecines alternatives ou complémentaires?

- 3. OUI
- 4. NON

SI TC1bis=1 (OUI)

TC2bis si oui laquelle / lesquelles ?

[Préciser...]

TC3ter Aviez vous recours à des médecines à des médecines alternatives ou complémentaires médicales avant de diagnostique de votre maladie [AFF : typcanc ?

- 5. OUI
- 6. NON

 13 TOP TC

---

---

## SEXUALITE

---

**[TRANS19] Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant votre vie affective, conjugale et sexuelle ...**

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

1. OUI
2. NON

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

1. OUI
2. NON

**SI sex1=1 (OUI) et sex2=1 (OUI)**

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

1. OUI
2. NON

**[TRANS20] La suite des questions fait référence à LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER. Pour chacune des propositions, choisissez la réponse la plus appropriée à votre situation :**

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

1. Il a augmenté
2. Il n'a pas changé
3. Il a diminué
4. Il a disparu
5. Ne s'applique pas

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

1. Enormément
2. Très
3. Assez
4. Peu
5. Pas du tout
6. Ne s'applique pas

**SEX6 La fréquence de mes rapports sexuels a changé DEPUIS la maladie ?**

1. Elle a beaucoup augmenté
2. Elle a un peu augmenté
3. Elle n'a pas changé
4. Elle a un peu diminuée
5. Elle a beaucoup diminuée
6. Ne s'applique pas

**SEX7 Ma capacité à avoir un orgasme a changé DEPUIS la maladie ?**

1. Elle a beaucoup augmenté
2. Elle a un peu augmenté
3. Elle n'a pas changé
4. Elle a un peu diminuée
5. Elle a beaucoup diminuée
6. Ne s'applique pas

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

1. Enormément
2. Très
3. Assez
4. Peu
5. Pas du tout
6. Ne s'applique pas

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

1. Pas du tout
2. Une fois
3. Deux fois
4. Trois fois
5. Quatre fois ou plus
6. Ne s'applique pas

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

1. OUI, à l'initiative du personnel soignant
2. OUI, à mon initiative
3. NON, on ne me l'a pas proposé
4. NON, je ne l'ai pas souhaité



---

## VIE PARENTALE

---

**SI ECH=1 (jeune) POSER PF1 à PF14**

**[TRANS21] Nous allons maintenant vous poser quelques questions qui concernent votre vie parentale.**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEX =2 (femme)**

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

1. OUI, stérile
2. OUI, ménopausée
3. OUI, enceinte
4. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEX =1 (homme)**

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

1. OUI
2. NON

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3**

**PF1TER. De combien de mois, étiez-vous enceinte ?**

ENQ : SI inférieur à 1 mois, noter 0

0 à 9

**SI ECH=1 (jeune) et pf1=1 ou 2 (OUI, stérile) OU**

**SI ECH=1 (jeune) et pf1b=1 (OUI)**

**PF2a Depuis quelle année, savez-vous que vous êtes stérile ?**

1900 à 2012

**SI ECH=1 (jeune) et pf1= 2 (OUI, ménopausée)**

**PF2b Depuis quelle année, êtes vous ménopausée ?**

1900 à 2012

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3**

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

1. Un traitement pendant la grossesse
2. Un traitement différé et commencé après l'accouchement
3. Un avortement thérapeutique

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3 (enceinte) et PF3=1 (un traitement pendant la grossesse)**

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

ENQ : NOTER EN CLAIR

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3 (enceinte) et PF3=1 ou 2 (un traitement pendant la grossesse ; un traitement différé)**

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

1. Accouchement à terme
2. Accouchement prématuré
3. Fausse couche spontanée
4. Autre (en clair)

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3 (enceinte) et PF3=1 ou 2 (un traitement pendant la grossesse ; un traitement différé) et PF4=2 (Accouchement prématuré) ?**

**PF4BIS. A combien de semaines celui-ci est intervenu ?**

2 à 37

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=3 (enceinte) et PF3=1 ou 2 (un traitement pendant la grossesse ; un traitement différé) et PF4=1 ou 2 (Accouchement à terme, accouchement prématuré) ?**

**PF5 Pensez-vous que la prise en charge de votre maladie a eu une influence sur l'état de santé de votre enfant ?**

1. OUI, de façon importante
2. OUI, de façon mineure
3. NON

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et FSEXEXE =2 (femme)**  
**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

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

1. OUI, certainement
2. OUI, peut être
3. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et PF6=1 ou 2 (Certainement, peut-être)**

**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et PF6=1 ou 2 (Certainement, peut-être) OU**

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

1. OUI
2. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**  
**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

**PF8 Avez-vous effectué un prélèvement de sperme, d'ovocyte ou d'embryon avant la réalisation de du traitement de votre maladie [AFF : typcanc] diagnostiquée il y a environ deux ans ?**

1. OUI
2. NON, on ne me l'a pas proposé
3. NON, je ne l'ai pas souhaité

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**  
**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

**PF9a ACTUELLEMENT, êtes-vous stérile**

1. OUI
2. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

**PF9b ACTUELLEMENT, êtes-vous ménopausée ?**

1. OUI
2. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

**PF10 Avez-vous été enceinte DEPUIS le diagnostic de votre maladie**

1. OUI
2. NON

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =2 (femme) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et PF10=1 (OUI)**

**PF11 Vous êtes tombée enceinte**

1. Après l'arrêt de votre traitement
2. Pendant votre traitement et vous l'avez arrêté
3. Pendant votre traitement et vous l'avez continué

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

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

1. OUI, par insémination
2. OUI de façon naturelle
3. NON

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et FSEXEXE =2 (femme)**

**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

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

1. OUI dans les mois à venir
2. OUI à plus long-terme
3. NON

**SI ECH=1 (jeune) et PF1=4 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF) et FSEXEXE =2 (femme)**

**OU**

**SI ECH=1 (jeune) et FSEXEXE =1 (homme) et PF1b=2 ou 98 ou 99 (NON, NSP ou REF)**

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

1. OUI, en l'annulant, en le diminuant ou en le reportant
2. OUI, en le renforçant
3. NON

**815 TOP PF**

---

---

## RELATIONS AVEC LES SOIGNANTS

---

**[TRANS22] Nous allons maintenant aborder vos conditions de prise en charge et vos échanges avec l'équipe soignante**

**PR1. Avez-vous été associé(e) au choix de vos traitements ?**

1. OUI, beaucoup
2. OUI, un peu
3. NON, pas du tout

**PR2. Auriez-vous souhaité y être...**

1. Plus associé(e)
2. Autant associé(e)
3. Moins associé(e)

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

PR6.1. En allant sur Internet ?

PR6.2 En contactant des associations de malades ?

PR6.3. 3Après d'amis/ de la famille ?

PR6.4. 4Après d'une ou de personnes atteintes de la même maladie que vous ?

PR6.5 Autre

1. OUI
2. NON

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

**PR8.1 Le temps consacré par les médecins ou l'équipe soignante pour répondre à vos questions était insuffisant**

PR8.2 Vous étiez dans l'incapacité de poser des questions

PR8.3 Les informations médicales étaient trop compliquées

PR8.4 La quantité d'information donnée était trop importante

PR8.5 Vous ne saviez pas comment poser vos questions

1. Souvent
2. De temps en temps
3. Jamais

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

1. OUI, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e)
2. OUI, de votre propre initiative
3. NON

**SI PR9=3 (NON)**

PR10 Auriez-vous souhaité bénéficier d'un soutien psychologique avec un professionnel AU DEBUT de votre maladie **[AFF : tycanc] diagnostiquée il y a environ deux ans ?**

1. OUI
2. NON

**SI PR9=3 et PR10=1 (OUI)**

**PR11. Avez-vous demandé un soutien psychologique à une personne de l'établissement où vous étiez soigné(e) ?**

1. OUI
2. NON

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

1. OUI, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous êtes/étiez soigné(e)
2. OUI, de votre propre initiative
3. NON

**SI PR12=3 (NON)**

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

1. OUI
2. NON

**⌚16 TOP PR**

---

PAS DE CNIL

**QCLOSE** Je vous remercie pour votre participation. Elle contribuera certainement 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

ENQ : SI L'INTERVIEWE A DES QUESTIONS COMPLEMENTAIRES SUR **LE CONTENU DE L'ETUDE**, L'ORIENTER VERS LE **0800 779 924** ok

Numéro de la hotline à poser selon région : 01.71.25.06.48 / 02.14.40.40.02 / 03.51.42.70.01 / 04.57.93.90.01 / 05.67.92.00.29

**⌚17 TOP FIN**

**⌚18 TOP CUMUL**