

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime



---

## QUESTIONNAIRE « HOMME »

---

Bien-être, estime de soi, relation avec l'autre, mais aussi conception... L'épanouissement sexuel fait partie intégrante de la qualité de vie.

Pourtant, lorsqu'on souffre d'une maladie du cœur comme l'Insuffisance Cardiaque, la vie intime peut changer, avec des craintes ou des frustrations dont il n'est pas toujours facile de parler et qui sont trop peu souvent prises en compte...

Grâce à cette enquête totalement anonyme, réalisée le Groupe Insuffisance Cardiaque de la Société Française de Cardiologie, nous vous donnons la parole : quelles sont les répercussions de votre Insuffisance Cardiaque sur votre vie intime ? Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelles attentes avez-vous ?

Dans le cadre de ce projet vous avez la liberté de ne pas répondre à certaines questions qui pourraient vous paraître sensibles, inconfortables ou touchant votre intimité. Nous reconnaissons que certaines thématiques abordées dans notre questionnaire peuvent toucher des sujets délicats et nous souhaitons assurer que votre bien-être est notre priorité. Cette flexibilité est prévue pour respecter votre confort personnel et votre sensibilité tout au long de la recherche.

Partagez votre expérience et votre ressenti, ce questionnaire ne vous prendra qu'une dizaine de minutes !

**Pour prendre connaissance de la note d'information, merci de scanner ce QR code**



:

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

---

## Introduction/ Insuffisance cardiaque et vie intime

---

1. Pourriez-vous confirmer votre non opposition pour répondre à ce questionnaire ?

Oui ;  Non

2. Pourriez-vous confirmer souffrir d'une insuffisance cardiaque ?

Oui ;  Non

---

## Questions générales/ Insuffisance cardiaque et vie intime

---

3. Dans quelle région française résidez-vous (cochez une seule case)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes    | <input type="checkbox"/> Île-de-France              |
| <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté | <input type="checkbox"/> La Réunion                 |
| <input type="checkbox"/> Bretagne                | <input type="checkbox"/> Martinique                 |
| <input type="checkbox"/> Centre-Val de Loire     | <input type="checkbox"/> Mayotte                    |
| <input type="checkbox"/> Corse                   | <input type="checkbox"/> Normandie                  |
| <input type="checkbox"/> Grand Est               | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Aquitaine         |
| <input type="checkbox"/> Guadeloupe              | <input type="checkbox"/> Occitanie                  |
| <input type="checkbox"/> Guyane                  | <input type="checkbox"/> Pays de la Loire           |
| <input type="checkbox"/> Hauts-de-France         | <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur |

4. Pourriez-vous préciser votre âge ?

\_\_\_ ans

5. Quel est votre plus haut niveau de formation (cochez une seule case)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primaire   | <input type="checkbox"/> Licence                      |
| <input type="checkbox"/> Secondaire (sans le BAC)                           | <input type="checkbox"/> Master                       |
| <input type="checkbox"/> Secondaire (avec le BAC)                           | <input type="checkbox"/> Doctorat                     |
| <input type="checkbox"/> Post-secondaire non-supérieur                      | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser ... |
| <input type="checkbox"/> Supérieur de cycle court (ex. : DUT, DEUG, BTS...) |   |

6. Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous (cochez une seule case)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cadres et profession intellectuelle supérieure              | <input type="checkbox"/> Employé et personnel de service    |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire, cadre moyen                       | <input type="checkbox"/> Sans emploi                        |
| <input type="checkbox"/> Etudiant  | <input type="checkbox"/> Main d'œuvre et ouvrier spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié  | <input type="checkbox"/> Agriculteur, exploitant            |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise, profession libérale | <input type="checkbox"/> Retraité                           |

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

**7. Actuellement, quelle est votre situation de couple (cochez une seule case)?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En couple depuis 0 à 5 ans      | <input type="checkbox"/> Veuf                     |
| <input type="checkbox"/> En couple depuis 5 à 10 ans     | <input type="checkbox"/> Non concerné             |
| <input type="checkbox"/> En couple depuis 10 ans et plus | <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Célibataire/seul                |   |

**8. Pourriez-vous préciser (cochez une seule case)?**

- Célibataire/seul depuis moins d'1 an
- Célibataire/seul depuis 1 à 5 ans
- Célibataire / seul depuis plus de 5 ans
- Veuf depuis moins d'1 an
- Veuf depuis 1 à 5 ans
- Veuf depuis plus de 5 ans

**9. Aimeriez-vous avoir un ou une partenaire (cochez une seule case)?**

- Oui ;  Non ;  Ne souhaite pas répondre

**10. Etes-vous à la recherche d'un ou une partenaire (cochez une seule case)?**

- Oui ;  Non ;  Ne souhaite pas répondre

**11. Votre Insuffisance Cardiaque constitue-t-elle un frein majeur dans la recherche d'un nouveau partenaire (cochez une seule case)?**

- Oui ;  Non ;  Non concernée

**12. Selon vous, le frein principal est-il (cochez une seule case)?**

- Forme physique
- Etat psychologique
- Absence de partenaire potentiel
- Baisse de libido

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

## Maladies et traitements/ Insuffisance cardiaque et vie intime

13. Depuis combien d'années souffrez-vous de votre Insuffisance Cardiaque ?

« \_\_\_\_ » années

14. Par quelle(s) autre(s) maladie(s) êtes-vous concerné ? Plusieurs réponses possibles :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HTA   | <input type="checkbox"/> Obésité                      |
| <input type="checkbox"/> Maladie coronaire (stents ou pontage) ou vasculaire | <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral |
| <input type="checkbox"/> Dépression  | <input type="checkbox"/> Cancer (si cancer préciser)  |
| <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser :   |
| <input type="checkbox"/> Aucune de ces maladies                              |   |

15. Sur une échelle de 0 à 10, diriez-vous qu'avec vos traitements actuels votre insuffisance cardiaque est bien contrôlée (cochez une seule case) ?

- 0 = »Pas du tout « ;  1 ;  2 ;  3 ;  4 ;  5 ;  6 ;  7 ;  8 ;  9 ;  10 = « Totalement »  
ou  NSP (Ne Sais Pas)

16. En raison d'un problème sexuel ou de libido, un de votre traitement a-t-il été arrêté ou modifié (cochez une seule case) ?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, arrêté  | <input type="checkbox"/> Non            |
| <input type="checkbox"/> Oui, modifié | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

17. Pensez-vous que l'un de vos traitements en lien avec votre insuffisance cardiaque a-t-il ou a-t-il eut un impact sur votre sexualité ou votre libido (cochez une seule case) ?

- Oui ;  Non ;  Je ne sais pas

18. Comment avez-vous réagi ? Plusieurs réponses possibles

- Vous avez arrêté le traitement
- Vous avez modifié le traitement
- Vous en avez parlé avec un professionnel de santé
- Vous en avez parlé avec votre conjoint, votre partenaire

19. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre capacité à effectuer une activité physique au cours des 7 derniers jours (cochez une seule case) ?

- Je peux effectuer toutes les activités physiques sans être essoufflé, fatigué ou avoir des palpitations.
- Je suis essoufflé, fatigué ou j'ai des palpitations lorsque je fais des activités plus intenses. Par exemple, marcher sur des pentes raides ou monter plusieurs étages d'escaliers.
- Je suis essoufflé, fatigué ou j'ai des palpitations lorsque je fais des activités quotidiennes. Par exemple, marcher sur le plat.
- Je suis essoufflé au repos et je suis presque cloué à la maison.
- Je ne peux effectuer aucune activité physique sans être essoufflé fatigué ou avoir des palpitations.

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

**20. Parmi les propositions ci-dessous, sur quel(s) aspect(s) de votre insuffisance cardiaque a-t-elle les répercussions les plus négatives ? 3 réponses maximum**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La réalisation des tâches du quotidien | <input type="checkbox"/> Vos loisirs             |
| <input type="checkbox"/> Votre vie professionnelle              | <input type="checkbox"/> Votre moral             |
| <input type="checkbox"/> Votre vie sociale                      | <input type="checkbox"/> Votre pratique sportive |
| <input type="checkbox"/> Votre vie familiale                    | <input type="checkbox"/> Votre vie de couple     |
| <input type="checkbox"/> Votre capacité à vous projeter         |  |

**21. De quelle manière votre insuffisance cardiaque a-t-elle impacté votre vie sexuelle (cochez une seule case) ?**

- Elle vous a conduit à réduire la fréquence de vos rapports sexuels
- Elle vous a obligé à modifier vos pratiques sexuelles
- Elle vous a obligé à mettre un terme à votre sexualité
- Aucune des réponses proposées
- Vous n'êtes pas concernée

**22. Avez-vous eu un ou des rapports sexuels au cours des trois derniers mois ou d'autres activités sexuelles au cours des trois derniers mois (cochez une seule case) ?**

- Oui ;  Non

**23. Si vous n'avez pas eu de rapport sexuel au cours des trois derniers mois, est-ce lié à votre insuffisance cardiaque (cochez une seule case) ?**

- Oui (Passer à la question 24)
- Non (Passer à la question 35)

**24. Réponse oui à la question 23 ; Pourriez vous préciser?**

- Oui, en lien direct avec les effets secondaires des traitements pour l'insuffisance cardiaque.
- Oui en raison d'un problème physique EN lien avec l'insuffisance cardiaque
- Oui en raison d'un problème d'une absence de désir
- Le partenaire ne souhaite pas d'activité

**25. Réponse non à la question 23 ; Pourriez vous préciser?**

- Non en raison d'un problème physique sans lien avec l'insuffisance cardiaque
- Non en raison d'une absence de désir sans lien avec l'insuffisance cardiaque
- Le partenaire ne souhaite pas d'activité

**26. Aviez-vous déjà eu l'occasion de modifier ou de cesser toute activité sexuelle avant le diagnostic de votre insuffisance cardiaque (cochez une seule case) ?**

- Oui ;  Non

**27. Au cours des trois derniers mois, combien de rapports sexuels avez-vous eus ?**

« \_\_\_\_\_ » fois ces trois derniers mois

**28. Rencontrez-vous des difficultés liées à votre insuffisance cardiaque qui nuisent à votre vie sexuelle ? Par exemple : fatigue ou essoufflement ressenties pendant l'acte sexuel (cochez une seule case) ?**

- Oui ;  Non

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

29. Parmi ces propositions, quelle est/était LA principale difficulté liée à votre insuffisance cardiaque et/ou à vos traitements qui vous empêche d'avoir une vie sexuelle totalement épanouie ? Plusieurs réponses possibles.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essoufflements                 | <input type="checkbox"/> Perte Urinaire           |
| <input type="checkbox"/> Crainte liée au défibrillateur | <input type="checkbox"/> Prise de poids           |
| <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires          | <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile     |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                        | <input type="checkbox"/> Trouble de l'éjaculation |

30. Parmi ces propositions, quelle est/était LA principale difficulté liée à votre insuffisance cardiaque et/ou à vos traitements qui vous contrarie le plus ? ? Plusieurs réponses possibles.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incompréhension du/des partenaire(s) /<br>Peur du partenaire de faire mal | <input type="checkbox"/> Perte de confiance en vous |
| <input type="checkbox"/> Dévalorisation vis-à-vis du partenaire                                    | <input type="checkbox"/> Protection                 |
| <input type="checkbox"/> Baisse de moral / Déprime   | <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile       |
| <input type="checkbox"/> Diminution du pouvoir de séduction  | <input type="checkbox"/> Trouble de l'éjaculation   |
| <input type="checkbox"/> Baisse de la libido / Perte de désir                                      | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser   |

31. A quelle cause attribuez-vous les difficultés que vous rencontrez dans votre vie sexuelle ? Plusieurs réponses possibles :

- Principalement à votre âge
- Principalement au(x) traitement(s)
- Principalement à votre Insuffisance Cardiaque
- Principalement au partenaire ne souhaitant pas d'activité (peur, plus de libido, problème de santé...)
- Difficultés à concevoir un enfant
- Je ne rencontre aucune difficulté.

32. Quelles sont les conséquences de ces difficultés ? Plusieurs réponses possibles.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frustration           | <input type="checkbox"/> Isolement                            |
| <input type="checkbox"/> Culpabilité           | <input type="checkbox"/> Dégradation de la relation de couple |
| <input type="checkbox"/> Perte d'estime de soi | <input type="checkbox"/> Difficultés à concevoir un enfant    |

33. Globalement, diriez-vous que vous avez une vie sexuelle épanouie (cochez une seule case) ?

- 0 = »Pas du tout « ;  1 ;  2 ;  3 ;  4 ;  5 ;  6 ;  7 ;  8 ;  9 ;  10 = « Totalemtent »  
ou  NSP (Ne Sais Pas)

34. Pensez-vous que, sans votre insuffisance cardiaque le score précédent serait (cochez une seule case) ?:

- Identique
- Il serait inférieur
- Il serait supérieur

35. Diriez-vous qu'avec votre (vos) partenaire(s), dans l'intimité sexuelle, vous vous sentez (cochez une seule case) ? :

- À l'aise pour exprimer vos éventuelles difficultés
- Soutenue pour trouver ensemble des solutions ou adaptations

6 ; Mettre un numéro identique à chaque page du même questionnaire : \_ \_ \_

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

---

## Dialogue avec votre professionnel de santé / Insuffisance cardiaque et vie intime

---

**36. Quel est le professionnel de santé qui orchestre la prise en charge de votre insuffisance cardiaque (cochez une seule case) ?**

- Cardiologue libéral
- Cardiologue hospitalier
- Médecin généraliste
- Médecin interniste
- Médecine alternative

**37. Avez-vous déjà échangé, avec lui/elle, au sujet des répercussions de votre insuffisance cardiaque sur votre sexualité (cochez une seule case) ?**

- Oui, c'est lui/elle qui a abordé le sujet
- Oui, c'est vous qui avez abordé le sujet
- Non, vous n'avez jamais eu d'échange à ce sujet

**38. Parmi les autres professionnels suivants, avec le(s)quel(s) avez-vous déjà pu échanger sur les répercussions de votre insuffisance cardiaque sur votre vie sexuelle ? Plusieurs réponses possibles**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Association de patients |
| <input type="checkbox"/> Urologue            | <input type="checkbox"/> Rhumatologue            |
| <input type="checkbox"/> Psychologue         | <input type="checkbox"/> Dermatologue            |
| <input type="checkbox"/> Sexologue           | <input type="checkbox"/> Cardiologue             |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e)        |  |

**39. Souhaiteriez-vous avoir davantage la possibilité d'échanger avec les professionnels de santé, au sujet des répercussions de votre insuffisance cardiaque sur votre sexualité ?**

- Oui ;  Non

**40. Parmi les autres professionnels suivants, avec le(s)quel(s) avez-vous déjà pu échanger sur les répercussions de votre insuffisance cardiaque sur votre vie sexuelle ? Plusieurs réponses possibles :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Association de patients  |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue         | <input type="checkbox"/> Rhumatologue             |
| <input type="checkbox"/> Urologue            | <input type="checkbox"/> Dermatologue             |
| <input type="checkbox"/> Psychologue         | <input type="checkbox"/> Cardiologue              |
| <input type="checkbox"/> Sexologue           | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e)        |   |

**41. Essayez-vous de concevoir un enfant OU avez-vous essayé de concevoir un enfant alors que vous souffriez déjà d'un cardiaque ?**

- Oui ;  Non

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

**42. Parmi les professionnels suivants, avec le(s)quel(s) avez-vous pu échanger sur les répercussions de votre insuffisance cardiaque sur la conception d'un enfant ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Sexologue                |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue         | <input type="checkbox"/> Infirmier(e)             |
| <input type="checkbox"/> Urologue            | <input type="checkbox"/> Association de patients  |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologue        | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser |
| <input type="checkbox"/> Cardiologue         |   |

**43. Souhaitez-vous (ou auriez-vous souhaité) avoir davantage la possibilité d'échanger avec les professionnels de santé, au sujet des répercussions de votre insuffisance cardiaque sur la conception d'un enfant ?**

- Oui ;  Non

**44. De la part de quel(s) professionnel(s) attendez-vous (ou auriez-vous attendu) davantage de dialogue autour des répercussions de votre insuffisance cardiaque sur la conception d'un enfant**

**Plusieurs réponses possibles :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Cardiologue              |
| <input type="checkbox"/> Urologue            | <input type="checkbox"/> Infirmier(e)             |
| <input type="checkbox"/> Psychologue         | <input type="checkbox"/> Association de patients  |
| <input type="checkbox"/> Sexologue           | <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologue        |   |

---

## Outils et services / Insuffisance cardiaque et vie intime

---

**45. Quels outils ou services du Groupe Insuffisance Cardiaque pourraient vous aider à avoir une vie intime plus épanouie ?**

- Des temps d'échange individuels avec un(e) sexologue
- Un recueil de témoignages, conseils, trucs et astuces de malades
- Des groupes de parole avec d'autres malades, animés par un(e) psychologue et/ou un(e) sexologue
- Un forum permettant d'échanger de manière anonyme avec d'autres malades
- Un répertoire des positions adaptées en fonction du poids
- Un support compilant des recommandations générales de la part des différents professionnels qualifiés
- Autre, merci de préciser :

---

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle, au cours des 6 derniers mois :

---

**46. Au cours des six derniers mois : A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas sûr du tout | <input type="checkbox"/> Sûr      |
| <input type="checkbox"/> Pas très sûr    | <input type="checkbox"/> Très sûr |
| <input type="checkbox"/> Moyennement sûr |                                   |

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

**47. Au cours des six derniers mois : Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?**

- Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

**48. Au cours des six derniers mois : Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire?**

- Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

**49. Au cours des six derniers mois : Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?**

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Extrêmement difficile
- Très difficile
- Difficile
- Un peu difficile
- Pas difficile

**50. Au cours des six derniers mois : Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?**

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Presque tout le temps ou tout le temps

# Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime

51. Veuillez sélectionner un chiffre pour chacune des échelles, de 3 (tout le temps) à 0 (jamais), pour indiquer la fréquence à laquelle vous trouvez que chaque proposition s'est appliquée à votre situation au cours de ces dernières semaines.

	0	1	2	3
J'ai des crises de larmes ou je ressens l'envie de pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des crises de larmes ou je ressens l'envie de pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur sans aucune raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète facilement ou je peux être pris(e) de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plein(e) d'énergie, actif(ve) ou plein(e) de vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens mou(molle) ou sans entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens fatigué(e), épuisé(e) ou usé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je me réveille, je me sens frais(fraîche) et reposé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens heureux(se), satisfait(e) ou content(e) de ma vie personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mène le genre de vie que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis impatient(e) de me mettre à mes tâches quotidiennes ou de prendre de nouvelles décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je peux facilement assumer ou faire face à n'importe quel problème grave ou changement majeur dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 52. La parole est libre ...

Avant de conclure, sachez que votre avis compte pour nous :

Dites-nous les informations que vous souhaiteriez trouver (sur internet, document...ou autre) ou recevoir de votre professionnel de santé pour vous aider sur cette thématique

## **Questionnaire ROMANT'IC : Insuffisance Cardiaque et vie intime**

**Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire.**

**Et de le remettre à votre cardiologue ou équipe soignante  
pour qu'il/elle l'adresse anonymement à  
romantic@emma.clinic**

ou par adresse postale à  
CHARLES TAIEB  
19 RUE DE FONTENAY  
94300 VINCENNES