



* Q S 0 2 3 0 1 *



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL

2023

Important

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

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

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

Vous informer



- Lisez le **journal**,



- Abonnez-vous à la **newsletter**,



- Consultez le **site Internet** de la cohorte :

<https://www.constances.fr>



- Suivez les **réseaux sociaux**

Nous contacter



COHORTE CONSTANCES, UMS011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE, BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX



contact@constances.fr



N° Vert 0 805 02 02 63

APPEL GRATUIT MÊME DEPUIS UN MOBILE

Le traitement de vos données est placé sous la responsabilité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (<https://www.inserm.fr>) et répond à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les informations recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont traitées conformément au Règlement général relatif à la protection des données « RGPD » (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, sous certaines conditions, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement ou en demander la limitation. Vous pouvez enfin définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès. Pour plus de détails : <https://www.constances.fr/espace-volontaires/droits-volontaires.php>. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès du Pr Marie Zins, UMS 011 Inserm-UVSQ, Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex. En cas de difficulté pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données de l'Inserm par mail (dpo@inserm.fr) ou par voie postale (Délégué à la Protection des Données, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris). Au besoin, vous bénéficiez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

S2023

Inserm



* Q S 0 2 3 0 2 *

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

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

A B C D E F G H
Très bon Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

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

➔ Si vous occupez actuellement un emploi :

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

A B C D E F G H
Pas du tout Très

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

A B C D E F G H
Pas du tout Très

II. VOTRE SANTÉ

5. Quel est votre poids ? kg

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

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

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

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

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



* Q S 0 2 3 0 3 *

8. Voici une liste de problèmes de santé. Cochez ceux dont vous souffrez ou avez souffert au cours des 12 derniers mois (que vous ayez eu ou non un arrêt de travail, que vous ayez eu ou non un traitement).

Affections respiratoires

- Bronchite chronique, BPCO, emphysème, insuffisance respiratoire..... 1
- Asthme..... 2

Affections cardio-vasculaires

- Hypertension artérielle 3
- Angine de poitrine, maladie des coronaires 4
- Infarctus du myocarde 5
- Troubles du rythme cardiaque, pacemaker 6
- Insuffisance cardiaque 7
- Artérite des membres inférieurs..... 8
- Phlébite, embolie pulmonaire 9

Affections des os et des articulations

- Sciatique 10
- Douleurs au bas du dos, lombalgie 11
- Douleurs au niveau du cou, cervicalgie..... 12
- Douleurs articulaires ou musculaires :
 - Épaule..... 13
 - Coude, main 14
 - Genou, hanche 15
- Syndrome du canal carpien..... 16
- Ostéoporose 17
- Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite (SPA)..... 18

Affections digestives

- Constipation sévère..... 19
- Maladie du foie (hépatite, cirrhose, autre)..... 20

Maladies endocrinienne ou métaboliques

- Maladie de la thyroïde..... 21
- Diabète 22
- Cholestérol, triglycérides élevés 23

Affections oculaires

- Glaucome, hypertension oculaire 24
- Cataracte 25
- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) 26

Affections urinaires et génitales

- Coliques néphrétiques, calculs urinaires..... 27
- Pertes involontaires d'urine..... 28
- Insuffisance rénale chronique..... 29
- Infection sexuellement transmissible (herpès génital, condylomes, chlamydiae, autre) 30
- Maladie de la prostate (adénome) 31
- Maladie du sein 32
- Endométriose 33
- Troubles liés à la ménopause 34

Affections psychiques

- Troubles anxieux 35
- Dépression 36
- Trouble bipolaire, maladie maniaco-dépressive..... 37

Affections neurologiques

- Accident vasculaire cérébral 38
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance 39
- Migraines..... 40
- Maladie de Parkinson..... 41
- Maladie d'Alzheimer..... 42
- Cancer 43

↘ Précisez la localisation :

- 1 Côlon-rectum 1 Poumon 1 Prostate 1 Sein
- 1 Col de l'utérus 1 Utérus (endomètre) 1 Os
- 1 Mélanome 1 Vessie 1 Testicule 1 Rein
- 1 Thyroïde 1 Estomac 1 Pancréas 1 Foie
- 1 Cerveau 1 Leucémie 1 Lymphome 1 Autre

Autres

- Apnées du sommeil 44
- Rhume des foins, rhinite, rhinite allergique 45
- Autres symptômes allergiques : sinusite, conjonctivite, urticaire, eczéma, œdème de Quincke, autre 46
- Psoriasis 47

Autre(s) problème(s) de santé, y compris psychique(s) (indiquez une seule pathologie par ligne)

48

49

50



* Q S 0 2 3 0 4 *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



* Q S 0 2 3 0 6 *

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

19. *Utilisation du téléphone :*

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

20. *Déplacements en transports :*

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

21. *Prise de médicaments :*

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

22. *Gestion du budget :*

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

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

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

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

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

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

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Non concerné(e)

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

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



26. **Actuellement**, avez-vous un autre moyen de contraception (vous-même ou votre/vos partenaires) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

➔ Si oui, le(s)quel(s) : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pilule
- ₁ Stérilet, précisez :
- ₁ Au cuivre
- ₂ Hormonal (Mirena)
- ₃ Je ne sais pas
- ₁ Patch, implant
- ₁ Ligature des trompes
- ₁ Vasectomie
- ₁ Autre(s), précisez :

! Si vous êtes un homme, passez directement à la question 28.

27. Si vous êtes une femme, êtes-vous ménopausée ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si vous ne savez pas :

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

M / A
mois année

➔ Si vous êtes ménopausée :

A quel âge avez-vous été ménopausée (même approximatif) ? ans

Était-ce : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ D'origine naturelle
- ₁ Suite à une ablation des 2 ovaires
- ₁ Suite à une ablation de l'utérus
- ₁ Suite à un traitement médicamenteux (radiothérapie, chimiothérapie)
- ₁ Autre(s), précisez :

III. ÉVÉNEMENTS DE VIE

28. Parmi les événements suivants, lesquels vous sont arrivés **personnellement**, au cours des 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ Décès de votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Mariage, PACS | <input type="checkbox"/> ₁ Décès d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> ₁ Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> ₁ Décès qui vous a gravement affecté (autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant) |
| <input type="checkbox"/> ₁ Période(s) d'hébergement précaire | <input type="checkbox"/> ₁ Tentative(s) de suicide |
| | <input type="checkbox"/> ₁ Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, etc.) |

₁ Aucun des événements ci-dessus

₁ Autre(s), précisez :



* Q S 0 2 3 0 8 *

IV. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

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

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

De cigarettes :

De cigarillos :

De pipes :

De cigares :

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

➔ Si oui :

• Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

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

₁ De ml (si rechargeables) : ml

• Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

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

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

➔ Si oui, à quelle concentration ?

₁ Inférieure à 300 mg/ml

₂ Supérieure ou égale à 300 mg/ml

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

₁ Oui ₂ Non

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

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

V. BOISSONS ALCOOLISÉES

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

Un verre standard de boisson alcoolisée

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

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



* Q S 0 2 3 0 9 *

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

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

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

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

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

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

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

VI. COMPOSITION DU FOYER

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

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

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

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

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

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



* Q S 0 2 3 1 0 *

VII. SITUATION MATÉRIELLE

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

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

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

- ₁ Oui ₂ Non

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

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

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

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Non concerné(e)

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

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

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

- ₁ Non ₂ Oui, occasionnellement ₃ Oui, régulièrement

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

- ₁ Meilleure ₂ Identique ₃ Moins bonne

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

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



VIII. SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

! Si vous ne vivez pas en couple actuellement, passez directement à la question 46.

44. Quelle est la **situation actuelle de votre conjoint(e)** vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il ou elle est temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre(s), précisez :

45. Quelle est sa **catégorie socioprofessionnelle actuelle** ou celle qu'il (elle) a **occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement** (retraite, chômage ...) ?

- ₁ Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice)
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier(ère)
- ₇ N'a jamais travaillé
- ₈ Autre(s), précisez :

46. Quelle est **votre situation actuelle** vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e)...
- ₁ Occupe un emploi, y compris si vous êtes temporairement en arrêt de travail (arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental)
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
 ↳ Précisez le motif :
- ₁ Sans activité professionnelle
- ₁ Autre(s), précisez :

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

- ₁ Meilleure ₂ Identique ₃ Moins bonne ₄ Non concerné(e)

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

- ₁ Très confiant(e) ₃ Pas très confiant(e) ₅ Non concerné(e)
 ₂ Assez confiant(e) ₄ Pas confiant(e) du tout



* Q S 0 2 3 1 2 *

49. Avez-vous eu **un nouvel emploi de plus de 6 mois depuis votre entrée dans la cohorte** Constances (correspondant à la date de votre 1^{er} examen de santé dans un des centres) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si non et vous occupez un emploi actuellement, passez directement à la question 52, page 13 ;

➔ Si non et vous n'occupez pas d'emploi actuellement, passez directement à la question 69, page 16.

! Les questions suivantes concernent les personnes ayant eu moins un nouvel emploi de plus de 6 mois depuis leur entrée dans la cohorte.

50. Combien de **nouveaux emplois de plus de 6 mois** avez-vous eus ?

51. Renseignez les informations suivantes pour vos 3 emplois les plus récents, y compris votre emploi actuel si vous en occupez un.

Emploi 1 (le plus récent) :

Période de : à

Code postal du lieu d'emploi :

Commune du lieu d'emploi :

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité :

Emploi 2 :

Période de : à

Code postal du lieu d'emploi :

Commune du lieu d'emploi :

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité :

Emploi 3 :

Période de : à

Code postal du lieu d'emploi :

Commune du lieu d'emploi :

Profession exercée :

Production ou secteur d'activité :

! Si vous n'occupez pas un emploi actuellement, passez directement à la question 69, page 16.



* Q S 0 2 3 1 3 *

! Les questions suivantes portent sur votre **emploi actuel**.

52. *Quelle est votre statut ?*

- ₁ Indépendant, auto-entrepreneur
- ₂ Salarié(e) de votre propre entreprise, gérant mandataire, PDG
- ₃ Salarié(e) d'une entreprise privée ou publique nationalisée
- ₄ Agent public, fonctionnaire, contractuel(le) de la fonction publique
- ₅ Autre(s)

53. *Quel est le type de votre contrat ?*

- ₁ Contrat à durée indéterminée (CDI)
- ₂ Contrat à durée déterminée (CDD)
- ₃ Contrat à objectif défini (COD) ou de chantier/opération
- ₄ Contrat de travail temporaire (mission), intermittent ou saisonnier
- ₅ Autre(s)

54. *Quelle est la taille de l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement ?*

- ₁ Moins de 10 salariés
- ₂ De 10 à 49 salariés
- ₃ De 50 à 199 salariés
- ₄ 200 salariés et plus

55. *Combien d'heures par semaine travaillez-vous (en moyenne sur l'emploi actuel, télétravail compris) ?*

56. *Travaillez-vous le même nombre d'heures chaque jour ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

57. *Travaillez-vous le même nombre d'heures chaque semaine ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

58. *Travaillez-vous selon des horaires fixes ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

59. *Avez-vous le choix de vos horaires de travail ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

60. *Quelle est la durée moyenne de votre trajet domicile-travail (aller + retour) ?*

- ₁ Moins d'1 heure
- ₂ De 1 à 2 heures
- ₃ Plus de 2 heures

61. *Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous le plus souvent pour vos trajets domicile-travail ? (plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Marche, vélo, trottinette, etc.
- ₁ Voiture ou deux-roues motorisé (moto, scooter)
- ₁ Taxi, co-voiturage
- ₁ Transports en commun (bus, autocar, tramway, métro, RER, train)
- ₁ Autre(s)



* Q S 0 2 3 1 4 *

62. *Au cours d'une journée typique de travail :*

	Jamais ou presque jamais	Rarement (moins de 2 heures par jour)	Souvent (2 à 4 heures par jour)	Toujours ou presque
<i>Etes-vous assis ?</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<i>Etes-vous debout sans bouger ?</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<i>Etes-vous debout en marchant ?</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

! Les questions 63 à 66 portent sur le télétravail ou le travail à distance, c'est-à-dire toute forme d'organisation par laquelle un travail qui aurait pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué hors de ces locaux, en utilisant les technologies de l'information et de la communication.

63. *Dans le cadre de votre emploi actuel, au cours d'une semaine typique, à quelle fréquence effectuez-vous du télétravail ?*

- ₁ Jamais ₄ Deux jours par semaine
₂ Quelques jours par mois ₅ Trois ou quatre jours par semaine
₃ Un jour par semaine ₆ Cinq jours par semaine

➔ **Si vous n'effectuez jamais de télétravail ou de travail à distance, est-ce :**

- ₁ Un choix personnel, je pourrais en faire si je le souhaitais
₂ Mon employeur ne le permet pas, mais je souhaiterais en faire
₃ Mon emploi n'est pas réalisable à distance

! Les questions suivantes concernent les personnes qui effectuent du télétravail ou du travail à distance. Si ce n'est pas votre cas, passez directement à la question 67.

64. *Est-ce un choix de votre part de télétravailler ?* ₁ Oui ₂ Non

65. *Actuellement, où télétravaillez-vous la majeure partie du temps ?*

- ₁ A votre domicile dans une pièce dédiée au travail
₂ A votre domicile dans une pièce de vie (salon, cuisine, chambre, etc.)
₃ Dans un télécentre ou espace de coworking
₄ Dans un autre lieu

66. *Quelle est votre satisfaction concernant vos conditions de télétravail ?*

A B C D E F G H

Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

! La question suivante porte sur votre capacité de travail actuelle comparée à la meilleure que vous ayez jamais atteinte ; en partant du principe que votre capacité de travail à son plus haut niveau a une valeur de 10 points, et que 0 signifie qu'il vous est impossible de travailler actuellement.

67. *Combien de points donneriez-vous à votre capacité actuelle de travail ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incapacité/Impossibilité de travailler Capacité maximale



* Q S 0 2 3 1 5 *

68. Pour les questions suivantes cochez la case qui correspond le mieux à votre situation dans votre emploi actuel. Si vous avez plusieurs emplois, répondez pour votre emploi principal (celui qui vous prend le plus de temps).

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<i>Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Mes perspectives de promotion sont faibles</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Ma sécurité d'emploi est menacée</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je commence à penser à des problèmes liés au travail dès que je me lève le matin</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Quand je rentre à la maison*, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Quand j'ai remis à plus tard quelque chose que j'aurais dû faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* : ou quand j'arrête de télétravailler



* Q S 0 2 3 1 6 *

! Les données de la cohorte peuvent être enrichies par le recueil d'échantillons biologiques (de sang, salive, selles, etc.), permettant de caractériser le patrimoine génétique (ADN) et le microbiote intestinal, ceci afin d'identifier les mécanismes impliqués dans l'apparition de certaines maladies, et ultimement de développer des traitements. *Le recueil et l'utilisation de ces échantillons sont toujours accompagnés d'un formulaire de consentement à remplir et signer.*

69. Si on vous le proposait, seriez-vous d'accord pour recevoir, à domicile, un kit de prélèvement pour le recueil de votre salive ?

- ₁ Oui, très certainement
- ₂ Oui, probablement
- ₃ Non, probablement pas
- ₄ Non, certainement pas
- ₅ Je ne sais pas
- ₆ J'ai déjà participé à un recueil de ce type dans le cadre de Constances

70. Si on vous le proposait, seriez-vous d'accord pour recevoir, à domicile, un kit de prélèvement pour le recueil de vos selles ?

- ₁ Oui, très certainement
- ₂ Oui, probablement
- ₃ Non, probablement pas
- ₄ Non, certainement pas
- ₅ Je ne sais pas

! Depuis 2020, l'association des volontaires de la Cohorte Constances a organisé 3 webconférences sur différentes thématiques ayant permis à des volontaires d'interagir avec des experts scientifiques. (<https://www.assoconstances.fr/>).

71. Connaissez-vous l'existence de l'association des volontaires ? ₁ Oui ₂ Non

72. Seriez-vous intéressé(e) par participer à de prochaines actions d'information organisées par l'association ?

- ₁ Oui, très certainement
- ₂ Oui, probablement
- ₃ Non, probablement pas
- ₄ Non, certainement pas
- ₅ Je ne sais pas
- ₆ Je n'ai pas accès à Internet

! Plusieurs supports de communication permettent d'avoir des informations sur la cohorte, les résultats des études, etc. : Journal d'information, Actualités du site, Newsletter.

73. Êtes-vous abonné(e) à la Newsletter (lettre d'information envoyée sur votre adresse mail 2 à 3 fois par an) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non, mais j'ai l'intention de le faire
- ₃ Non, je ne souhaite pas la recevoir
- ₄ Non, je n'ai pas de boîte mail ou accès à Internet

! Si vous souhaitez vous inscrire, rendez vous sur le site de Constances (www.constances.fr) et cliquez sur « Abonnement à la newsletter » (en haut à droite sur la page d'accueil).

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION