



\* Q S 0 2 5 0 1 \*



cohorte  
**CONSTANCES**  
Améliorer la santé de demain



Numéro Constances

# QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2025

## 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-nous sur **LinkedIn**

### 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  
À PARTIR DE LA FRANCE MÉTROPOLITAINE

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 et protection des données ».

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](mailto: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.

# S2025

# Inserm



\* Q S 0 2 5 0 2 \*

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A  
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

<sub>1</sub> Seul(e) <sub>2</sub> Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

<sub>1</sub> Masculin <sub>2</sub> 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 : A B C D E F G H
- Votre logement ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
  - Votre quartier ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
  - Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
  - Vos loisirs ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
  - La vie que vous menez actuellement ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
  - Votre travail ? Très satisfait(e)         Pas du tout satisfait(e)
- <sub>1</sub> Je ne travaille pas actuellement
3. Si vous occupez actuellement un emploi : A B C D E F G H
- Trouvez-vous qu'il est physiquement fatigant ? Pas du tout         Très
- A B C D E F G H
- Trouvez-vous qu'il est nerveusement fatigant ? Pas du tout         Très

## II. VOTRE SANTÉ

4. Quel est votre poids ?    kg
5. Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?
- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e) <sub>2</sub> Oui, limité(e) <sub>3</sub> Oui, légèrement limité(e) <sub>4</sub> Non
- ➔ Si oui, pour quelle(s) raison(s)? (plusieurs réponses possibles)
- <sub>1</sub> Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)
  - <sub>1</sub> Autre(s) raison(s) de santé
6. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non





\* Q S 0 2 5 0 4 \*

### III. VOTRE MORAL

8. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la **dernière semaine**, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
<i>J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) déprimé(e)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai été confiant(e) en l'avenir</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai pensé que ma vie était un échec</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) craintif(ve)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Mon sommeil n'a pas été bon</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai été heureux(se)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai parlé moins que d'habitude</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Les autres ont été hostiles envers moi</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai profité de la vie</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu des crises de larmes</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Je me suis senti(e) triste</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>J'ai manqué d'entrain</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



#### IV. ACTIVITE PHYSIQUE

Les questions suivantes portent sur l'intensité des différentes activités physiques que vous avez pu avoir au cours des **7 derniers jours** dans le cadre de votre vie quotidienne (sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, pendant votre temps libre, etc.). Répondez à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.

9. **Les activités physiques intenses** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement, comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du vélo à vive allure ou jouer au football, etc. **Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.**

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques intenses ?

Nombre de jours par semaine :   Je n'ai pas eu d'activité physique intense

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour :  heures  minutes  Je ne sais pas

10. **Les activités physiques modérées** font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement, comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, etc. **Répondez en pensant uniquement aux activités effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.**

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées ?

Nombre de jours par semaine :   Je n'ai pas eu d'activité physique modérée

- Combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour :  heures  minutes  Je ne sais pas

11. **La marche** inclut la marche effectuée sur votre lieu de travail ou d'études, à votre domicile, les trajets pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous pouvez faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs, et qui n'entraîne pas de modification de votre respiration. **Répondez en pensant uniquement aux épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée.**

Au cours des **7 derniers jours** :

- Combien de jours avez-vous fait de la marche ?

Nombre de jours par semaine :   Je n'ai pas marché

- Combien de temps avez-vous passé à marcher au cours d'un de ces jours ? (un jour ordinaire)

Nombre d'heures et minutes par jour :  heures  minutes  Je ne sais pas

12. **Le temps passé assis** comprend le temps passé en position assise ou allongée, que ce soit sur votre lieu de travail ou d'études, pendant votre temps libre ou pendant vos déplacements. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis(e) à un bureau, chez des amis ou de la famille, à être assis(e) ou allongé(e) pour lire, regarder la télévision ou utiliser un ordinateur, à jouer aux cartes, à se déplacer en voiture, en bus, en train... **Ne pas inclure le temps passé à dormir. Répondez en pensant uniquement aux jours de la semaine (week-end exclu).**

- Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé assis(e) pendant une journée ordinaire ?

Nombre d'heures et minutes par jour :  heures  minutes  Je ne sais pas



\* Q S 0 2 5 0 6 \*

## V. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

13. **Actuellement**, fumez-vous (sauf cigarette électronique) ?

- <sub>1</sub> Oui, au moins une fois par jour      <sub>2</sub> Non ou occasionnellement

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

- De cigarettes :       De cigarillos :   
De pipes :       De cigares :

14. **Actuellement**, utilisez-vous la cigarette électronique ? <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

➔ **Si oui** :

- Combien utilisez-vous par jour **en moyenne** :

- <sub>1</sub> De cigarette(s) (si jetables) :  cigarette(s)  
<sub>1</sub> De ml (si rechargeables) :  ml

- Quel dosage en nicotine (mg/ml) ?

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

- Utilisez-vous des e-liquides CBD (cannabidiol) ? <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

- ➔ **Si oui**, à quelle concentration ? <sub>1</sub> Inférieure à 300 mg/ml  
<sub>2</sub> Supérieure ou égale à 300 mg/ml

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Moins d'1 fois par mois      <sub>2</sub> 1 à 2 fois par mois      <sub>3</sub> Au moins 1 fois par semaine      <sub>4</sub> Tous les jours ou presque

## VI. 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 5 0 7 \*

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

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

- <sub>1</sub> Jamais      <sub>2</sub> 1 fois par mois      <sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois      <sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine      <sub>5</sub> 4 fois ou plus par semaine

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

- <sub>1</sub> 1 ou 2      <sub>2</sub> 3 ou 4      <sub>3</sub> 5 ou 6      <sub>4</sub> 7 à 9      <sub>5</sub> 10 ou plus

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

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

## VII. SITUATION MATÉRIELLE ET VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

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

- <sub>1</sub> Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- <sub>1</sub> 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)
- ↳ Précisez votre métier :
- ↳ Précisez votre secteur d'activité\* :
- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- ↳ Précisez le motif:
- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle
- <sub>1</sub> Autre(s), précisez:

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

- <sub>1</sub> Meilleure      <sub>2</sub> Identique      <sub>3</sub> Moins bonne      <sub>4</sub> Non concerné(e)

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

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

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

- <sub>1</sub> Meilleure      <sub>2</sub> Identique      <sub>3</sub> Moins bonne

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

- <sub>1</sub> Très confiant(e)      <sub>2</sub> Assez confiant(e)      <sub>3</sub> Pas très confiant(e)      <sub>4</sub> Pas confiant(e) du tout

\* le secteur d'activité correspond au domaine général dans lequel votre entreprise ou organisation est active (commerce, industrie, santé, éducation, administration, etc.)



\* Q S 0 2 5 0 8 \*

24. **Actuellement**, vivez-vous en couple ?

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

➔ **Si oui**, quelle est la situation **actuelle** de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (*plusieurs réponses possibles*)

- <sub>1</sub> Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- <sub>1</sub> 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)
- <sub>1</sub> Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- <sub>1</sub> Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- <sub>1</sub> Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique, etc.)
- <sub>1</sub> Sans activité professionnelle
- <sub>1</sub> Autre(s), précisez:

## VIII. RELATIONS SOCIALES

25. Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant : il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondez, essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

26. Combien d'ami(e)s proches avez-vous ? (c'est à dire les personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise, vous pouvez parler de choses personnelles ou que vous pouvez appeler à l'aide)

- <sub>1</sub> Aucun      <sub>2</sub> 1 à 2      <sub>3</sub> 3 à 5      <sub>4</sub> 6 à 9      <sub>5</sub> 10 ou plus



\* Q S 0 2 5 0 9 \*

27. De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche ?

- <sub>1</sub> Aucun    <sub>2</sub> 1 à 2    <sub>3</sub> 3 à 5    <sub>4</sub> 6 à 9    <sub>5</sub> 10 ou plus

28. Combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois **par mois** (sans compter les échanges à distance, c'est-à-dire les appels vidéo ou par visioconférence) ?

- <sub>1</sub> Aucun    <sub>2</sub> 1 à 2    <sub>3</sub> 3 à 5    <sub>4</sub> 6 à 9    <sub>5</sub> 10 ou plus

29. Avec combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille êtes-vous en **contact à distance** (c'est-à-dire par lettre, email, SMS, appel téléphonique ou vidéo) au moins une fois **par mois** ?

- <sub>1</sub> Aucun    <sub>2</sub> 1 à 2    <sub>3</sub> 3 à 5    <sub>4</sub> 6 à 9    <sub>5</sub> 10 ou plus

30. Combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois **par semaine** (sans compter les échanges à distance, c'est-à-dire les appels vidéo ou par visioconférence) ?

- <sub>1</sub> Aucun    <sub>2</sub> 1 à 2    <sub>3</sub> 3 à 5    <sub>4</sub> 6 à 9    <sub>5</sub> 10 ou plus

31. Avec combien de ces ami(e)s proches ou membres de votre famille êtes-vous en **contact à distance** (c'est-à-dire par lettre, email, SMS, appel téléphonique ou vidéo) au moins une fois **par semaine** ?

- <sub>1</sub> Aucun    <sub>2</sub> 1 à 2    <sub>3</sub> 3 à 5    <sub>4</sub> 6 à 9    <sub>5</sub> 10 ou plus

## IX. ACTIVITES SOCIALES

! La partie suivante porte sur vos activités sociales, c'est-à-dire des activités qui vous conduisent à avoir des échanges, à être en contact avec d'autres personnes.

32. Voici une liste d'activités sociales que les gens peuvent avoir. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez eu chacune d'entre elles, au cours des **12 derniers mois** ?

À l'exception de l'activité numéro 8, les contacts à distance ne sont pas à prendre en compte :

	1 fois par semaine	1 fois par mois	Quelques fois par an	Jamais
1. Avoir des activités bénévoles ou caritatives	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2. Rendre service à un membre de la famille, à des amis ou à des voisins	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3. Participer à un club de sport, à une amicale ou à un autre type de club (club du 3 <sup>e</sup> âge...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4. Participer aux activités d'une communauté religieuse (église, synagogue, mosquée...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5. Suivre des cours ou une formation	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6. Participer aux activités d'une organisation politique ou syndicale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7. Faire des sorties (cinéma, restaurant, musée, etc.) ou du sport avec des proches	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8. Avoir une activité (jeu, formation, hobby, etc.) qui me fait interagir avec les autres majoritairement par internet	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
9. Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>



## X. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

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

## XI. COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

34. Avez-vous une complémentaire santé, aussi appelée « mutuelle », c'est-à-dire un contrat d'assurance qui complète les remboursements de la Sécurité sociale (y compris s'il s'agit de la Complémentaire Santé Solidaire ou ex-CMU-C) ? Vous pouvez bénéficier de cette complémentaire grâce à un membre de votre foyer.

- <sub>1</sub> Oui       <sub>2</sub> Non       <sub>3</sub> Je ne sais pas

➔ Si oui :

- s'agit-il de la Complémentaire santé solidaire (C2S ou ex-CMU-C) ?

- <sub>1</sub> Oui       <sub>2</sub> Non       <sub>3</sub> Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

➔ Si oui :

- <sub>1</sub> Sans participation financière
- <sub>2</sub> Avec participation financière
- <sub>3</sub> Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

- Avez-vous une surcomplémentaire santé, c'est-à-dire un contrat d'assurance permettant de compléter les remboursements de votre complémentaire santé ?

- <sub>1</sub> Oui       <sub>2</sub> Non       <sub>3</sub> Je ne sais pas



## XII. PROCHES AIDANTS : PROJET DE RECHERCHE PARTICIPATIVE

! Cette partie s'intéresse aux volontaires « proches aidants », c'est-à-dire aux personnes qui viennent en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, à une personne pour accomplir des actes ou des activités de la vie quotidienne (par exemple: aide à la toilette, courses, soutien moral, transport, gestion administrative, soutien financier, etc.)

35. Êtes-vous **actuellement** ou avez-vous été un « **proche aidant** » ?

- <sub>1</sub> Oui, je suis actuellement un proche aidant
- <sub>2</sub> Oui, j'ai été dans le passé un proche aidant mais je ne le suis plus actuellement
- <sub>3</sub> Non, je n'ai jamais été un proche aidant
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

! Si vous n'êtes pas actuellement un proche aidant, le questionnaire est à présent terminé. Merci de votre participation.

36. Indiquez dans chacun des cas le nombre de personnes que vous aidez **actuellement** :

- personne(s) que j'aide seul(e), c'est-à-dire sans aidant professionnel (infirmier, aide-ménagère...) et sans autre proche aidant
- personne(s) que j'aide sans aidant professionnel mais avec un ou plusieurs autres proches aidants
- personne(s) que j'aide avec un ou plusieurs aidants professionnels mais sans autre proche aidant
- personne(s) que j'aide avec un ou plusieurs aidants professionnels et un ou plusieurs autres proches aidants

37. Habituellement, à quelle fréquence apportez-vous de l'aide à cette ou ces personnes ? (Si vous aidez plusieurs personnes, additionnez les durées de toutes les aides que vous apportez)

- <sub>1</sub> Tous les jours ou presque
- <sub>2</sub> Trois à cinq jours par semaine
- <sub>3</sub> Un à deux jours par semaine
- <sub>4</sub> Une à deux fois par mois
- <sub>5</sub> Moins souvent

➔ Si vous apportez de l'aide au moins un jour par semaine, combien d'heures par semaine en moyenne apportez-vous de l'aide à l'ensemble des personnes que vous aidez ?

- heure(s) par semaine
- <sub>1</sub> Je suis en permanence avec la ou les personnes aidées
- <sub>2</sub> Je ne sais pas



\* Q S 0 2 5 1 2 \*

38. Quelle est la nature de l'aide **que vous apportez** ? (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> Soins du quotidien non médicaux (aide à la toilette, aux repas, au coucher...)
- <sub>1</sub> Soins médicaux ou paramédicaux (prise de médicaments, injections, pansements...)
- <sub>1</sub> Activités domestiques (courses, cuisine, entretien du domicile, linge...)
- <sub>1</sub> Gestion financière ou administrative (factures, courriers, impôts...)
- <sub>1</sub> Gestion du suivi médical (coordination des soins, prise de rendez-vous médicaux)
- <sub>1</sub> Gestion des aidants professionnels à domicile (infirmier, aide-ménagère...)
- <sub>1</sub> Transports extérieurs (rendez-vous médicaux, coiffeur, loisirs...)
- <sub>1</sub> Présence et soutien moral (discussion, promenades...)
- <sub>1</sub> Surveillance de nuit
- <sub>1</sub> Aide aux devoirs
- <sub>1</sub> Soutien financier
- <sub>1</sub> Autre aide. Précisez :

39. Quel impact votre rôle d'aidant(e) a-t-il **actuellement** (cochez la case appropriée pour chaque proposition)

	Très négatif	Assez négatif	Neutre	Assez positif	Très positif	Non concerné(e)
Sur votre moral	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre sommeil	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre santé physique	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre vie de couple ou sentimentale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre vie familiale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre vie sociale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur vos loisirs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre vie professionnelle ou votre emploi	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Sur votre situation financière	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION**