



Numéro Constances

QUESTIONNAIRE DE SUIVI ANNUEL 2025

NB. Les questions en rouge ont été posées uniquement dans le questionnaire en ligne.

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) 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 :

☐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 :

- 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)
- ☐₁ 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 ?

☐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

6. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

☐₁ Oui ☐₂ Non



7. 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 endocriniennes 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

➤ Précisez la localisation de ce(s) cancer(s):

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 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



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>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Je me suis senti(e) déprimé(e)</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai été confiant(e) en l'avenir</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai pensé que ma vie était un échec</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Je me suis senti(e) craintif(ve)</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Mon sommeil n'a pas été bon</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai été heureux(se)</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai parlé moins que d'habitude</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Je me suis senti(e) seul(e)</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Les autres ont été hostiles envers moi</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai profité de la vie</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai eu des crises de larmes</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>Je me suis senti(e) triste</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
<i>J'ai manqué d'entrain</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 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



V. TABAC, CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, CANNABIS

13. **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 :

14. **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

15. 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

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.



! 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 ?

- ☐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

17. 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

18. 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

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)

- ☐₁ Etudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- ☐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)
- ↳ Précisez votre métier :
- ↳ Précisez votre secteur d'activité* :
- ☐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, etc.)
- ↳ Précisez le motif:
- ☐₁ Sans activité professionnelle
- ☐₁ Autre(s), précisez:

20. 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)

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

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

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

- ☐₁ Meilleure ☐₂ Identique ☐₃ Moins bonne

23. 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

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



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

☐₁ Oui ☐₂ Non

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

- ☐₁ Étudiant(e), lycéen(ne), stagiaire, apprenti(e), etc.
- ☐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, etc.)
- ☐₁ Sans activité professionnelle
- ☐₁ 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 répondrez, 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.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

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)

☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 10 ou plus



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

- ☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 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) ?

- ☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 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** ?

- ☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 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) ?

- ☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 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** ?

- ☐₁ Aucun ☐₂ 1 à 2 ☐₃ 3 à 5 ☐₄ 6 à 9 ☐₅ 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	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
2. Rendre service à un membre de la famille, à des amis ou à des voisins	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
3. Participer à un club de sport, à une amicale ou à un autre type de club (club du 3 ^e âge...)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
4. Participer aux activités d'une communauté religieuse (église, synagogue, mosquée...)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
5. Suivre des cours ou une formation	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
6. Participer aux activités d'une organisation politique ou syndicale	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
7. Faire des sorties (cinéma, restaurant, musée, etc.) ou du sport avec des proches	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
8. Avoir une activité (jeu, formation, hobby, etc.) qui me fait interagir avec les autres majoritairement par internet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
9. Autre :	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄



X. ÉVÉNEMENTS DE VIE

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

- ☐ ₁ Arrivée d'enfant(s) dans votre foyer (naissance, adoption, enfant(s) de votre conjoint(e) ou enfant(s) d'une précédente union, etc.)
- ☐ ₁ Mariage, PACS
- ☐ ₁ Divorce, séparation
- ☐ ₁ Période(s) d'hébergement précaire
- ☐ ₁ Décès de votre conjoint(e)
- ☐ ₁ Décès d'un enfant
- ☐ ₁ Décès qui vous a gravement affecté(e), autre que celui du (de la) conjoint(e) ou d'un enfant
- ☐ ₁ Tentative(s) de suicide
- ☐ 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 :

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.

- ☐ ₁ Oui ☐ ₂ Non ☐ ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui :

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

- ☐ ₁ Oui ☐ ₂ Non ☐ ₃ Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

➔ Si oui :

- ☐ ₁ Sans participation financière
- ☐ ₂ Avec participation financière
- ☐ ₃ 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 ?

- ☐ ₁ Oui ☐ ₂ Non ☐ ₃ 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** » ?

- ☐ ₁ Oui, je suis actuellement un proche aidant
- ☐ ₂ Oui, j'ai été dans le passé un proche aidant mais je ne le suis plus actuellement
- ☐ ₃ Non, je n'ai jamais été un proche aidant
- ☐ ₄ 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)

- ☐ ₁ Tous les jours ou presque
- ☐ ₂ Trois à cinq jours par semaine
- ☐ ₃ Un à deux jours par semaine
- ☐ ₄ Une à deux fois par mois
- ☐ ₅ 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
- ☐ ₁ Je suis en permanence avec la ou les personnes aidées
- ☐ ₂ Je ne sais pas



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

- ☐ ₁ Soins du quotidien non médicaux (aide à la toilette, aux repas, au coucher...)
- ☐ ₁ Soins médicaux ou paramédicaux (prise de médicaments, injections, pansements...)
- ☐ ₁ Activités domestiques (courses, cuisine, entretien du domicile, linge...)
- ☐ ₁ Gestion financière ou administrative (factures, courriers, impôts...)
- ☐ ₁ Gestion du suivi médical (coordination des soins, prise de rendez-vous médicaux)
- ☐ ₁ Gestion des aidants professionnels à domicile (infirmier, aide-ménagère...)
- ☐ ₁ Transports extérieurs (rendez-vous médicaux, coiffeur, loisirs...)
- ☐ ₁ Présence et soutien moral (discussion, promenades...)
- ☐ ₁ Surveillance de nuit
- ☐ ₁ Aide aux devoirs
- ☐ ₁ Soutien financier
- ☐ ₁ 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	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre sommeil	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre santé physique	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre vie de couple ou sentimentale	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre vie familiale	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre vie sociale	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur vos loisirs	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre vie professionnelle ou votre emploi	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
Sur votre situation financière	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆



Si vous aidez plusieurs personnes, toutes les questions suivantes concernent la personne à qui vous consacrez le plus de temps.

40. *Le début de votre rôle d'aidant(e) a-t-il été :*

- ☐ ₁ Progressif ☐ ₂ Soudain

41. *Depuis combien de temps êtes-vous aidant(e) de cette personne ?*

- ☐ ₁ Moins d'un an ☐ ₂ Entre 1 et 5 ans ☐ ₃ Entre 6 et 10 ans ☐ ₄ Plus de 10 ans

42. *Votre rôle d'aidant(e) a-t-il modifié votre relation avec cette personne que vous aidez ?*

- ☐ ₁ Oui, beaucoup et de façon positive
☐ ₂ Oui, un peu et de façon positive
☐ ₃ Oui, beaucoup et de façon négative
☐ ₄ Oui, un peu et de façon négative
☐ ₅ Non
☐ ₆ Non concerné(e) car j'ai toujours été aidant(e) de cette personne

43. *Pensez-vous que cette personne que vous aidez apprécie et reconnaît votre aide ?*

- ☐ ₁ Oui, beaucoup ☐ ₂ Oui, un peu ☐ ₃ Non ☐ ₄ Je ne sais pas

Rappel : Si vous aidez plusieurs personnes, toutes les questions suivantes concernent la personne à qui vous consacrez le plus de temps.

Les questions suivantes vont permettre de déterminer votre ressenti à l'aide d'un questionnaire reconnu internationalement ; 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.

44. *Indiquez, pour chaque affirmation, si elle correspond à ce que vous avez ressenti ou vécu ces 2 dernières semaines en prenant soin de votre proche (membre de votre famille, ami(e), intime...). Répondez à l'aide d'une échelle de 1 à 5 (avec 1 = fortement en désaccord jusqu'à 5 = fortement d'accord). Vous pouvez donc nuancer votre réponse.*

	1 fortement en désaccord	2 en désaccord	3 neutre	4 d'accord	5 fortement d'accord
1. Je me sens privilégié de m'occuper de lui/d'elle	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Les autres se sont déchargés sur moi de ses soins	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Mes ressources financières sont suffisantes pour payer tout ce qui est nécessaire à ses soins	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Mes activités sont centrées autour de ses soins	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Depuis que je m'occupe d'elle/de lui, il me semble que je suis toujours fatigué(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Il est vraiment difficile d'obtenir de l'aide de ma famille pour m'occuper d'elle/de lui	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Je n'apprécie pas d'avoir à m'occuper d'elle/de lui	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Je dois m'interrompre au milieu de mes activités (professionnelles, domestiques...)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Je désire réellement prendre soin d'elle/de lui	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Ma santé s'est dégradée depuis que je m'occupe d'elle/de lui	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅



	1 fortement en désaccord	2 en désaccord	3 neutre	4 d'accord	5 fortement d'accord
11. Je rends moins souvent visite à ma famille et mes amis depuis que je prends soin d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Je ne prendrai jamais assez soin d'elle/de lui, tant je lui dois	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Les membres de ma famille se mobilisent pour s'occuper d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. J'ai éliminé des choses de mon emploi du temps depuis que je m'occupe d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Je suis assez fort physiquement pour m'occuper d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Depuis que je m'occupe d'elle/de lui, j'ai l'impression que ma famille m'a abandonné(e)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. M'occuper d'elle/de lui fait que je me sens bien	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Il m'est difficile de trouver du temps pour me détendre à cause des interruptions fréquentes de mes activités	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Je suis en assez bonne santé pour m'occuper d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Prendre soin d'elle/de lui est important pour moi	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21. S'occuper d'elle/de lui a entraîné des contraintes financières pour ma famille	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22. Ma famille (frères, sœurs, enfants) me laisse seul(e) m'occuper d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
23. Je prends plaisir à m'occuper d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24. Il est difficile de subvenir aux dépenses liées à la santé d'elle/de lui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Nous allons vous poser quelques questions sur cette personne que vous aidez le plus. Conformément à la réglementation et comme précisé dans le Journal n° 13 que vous pouvez retrouver sur notre site, vous devez informer la personne aidée (ou son représentant légal) du recueil de ces informations.

45. Avez-vous informé de l'étude la personne dont vous êtes le proche aidant ou son représentant légal ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Non concerné(e) car je suis son représentant légal

➡ **Si non**, le questionnaire est à présent terminé. Merci de votre participation.

➡ **Si vous êtes le représentant légal**, passez directement à la question suivante n° 46.

➡ **Si oui**, avez-vous son accord pour répondre aux questions suivantes ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

➡ **Si non**, le questionnaire est à présent terminé. Merci de votre participation.



46. Cette personne que vous aidez le plus est :

- ☐ ₁ Votre enfant
- ☐ ₂ Votre petit-enfant
- ☐ ₃ Votre conjoint(e)
- ☐ ₄ Votre père ou votre mère
- ☐ ₅ Le père ou la mère de votre conjoint(e)
- ☐ ₆ Votre grand-parent ou arrière-grand-parent
- ☐ ₇ Un autre membre de votre famille : frère/sœur, oncle/tante, cousin(e)...
- ☐ ₈ Une autre de vos relations : ami(e), voisin(e), collègue...

47. Quel âge a la personne que vous aidez ?

ans

48. De quel sexe est la personne que vous aidez ?

- ☐ ₁ Masculin
- ☐ ₂ Féminin

49. Où habite la personne que vous aidez ? (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ ₁ A votre domicile
- ☐ ₁ A son propre domicile
- ☐ ₁ Dans un établissement ou une institution (par ex. maison de retraite, EHPAD, centre spécialisé, hôpital...)
- ☐ ₁ Autre lieu

50. La personne que vous aidez le plus présente-t-elle (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ ₁ Une difficulté ou une déficience motrice (par ex. difficultés à se déplacer...)
- ☐ ₁ Une difficulté ou une déficience sensorielle (par ex. difficultés d'audition ou de vision...)
- ☐ ₁ Une difficulté ou une déficience viscérale, c'est-à-dire d'un organe interne (par ex. poumons, vessie, intestins...)
- ☐ ₁ Une difficulté ou une déficience intellectuelle ou des fonctions cognitives (par ex. troubles de la mémoire, du langage...)
- ☐ ₁ Une ou d'autres difficultés ; précisez :
- ☐ ₁ Je ne sais pas.

51. Cette ou ces difficultés sont liées à (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ ₁ Une pathologie osseuse, musculaire ou articulaire (par ex. arthrose, rhumatisme, problème de dos...)
- ☐ ₁ Une pathologie cardiaque ou pulmonaire (par ex. insuffisance cardiaque ou respiratoire...)
- ☐ ₁ Une pathologie neurologique (par ex. accident vasculaire cérébral, démence, maladie d'Alzheimer, de Parkinson...)
- ☐ ₁ Une pathologie psychique (par ex. dépression, schizophrénie...)
- ☐ ₁ Un trouble du neurodéveloppement (par ex. autisme, paralysie cérébrale...)
- ☐ ₁ Une autre pathologie ; précisez :
- ☐ ₁ Je ne sais pas.



52. Cette ou ces difficultés ont pour origine (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ ₁ Une maladie congénitale (c'est-à-dire qui est présente depuis la naissance)
- ☐ ₁ Une maladie apparue dans l'enfance ou à l'adolescence
- ☐ ₁ Une maladie apparue à l'âge adulte, avant 75 ans
- ☐ ₁ Une maladie apparue à l'âge adulte, à partir de 75 ans
- ☐ ₁ Un accident (de circulation, de travail, domestique...)
- ☐ ₁ Aucune cause connue : ces troubles sont apparus avec l'âge
- ☐ ₁ Une autre cause ; précisez :
- ☐ ₁ Je ne sais pas.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION