

Maquette des Questionnaires vivre-covid19.fr

Questionnaires communs	3
Inscription	3
Profil de la personne (baseline)	5
Statut Covid (baseline)	7
Statut Covid (mensuel >= 1 mois)	8
Profil de la personne (baseline+mensuel)	9
Profil lieu "Habitation" (baseline)	10
Anxiété (baseline+mensuel)	11
Modifications des soins (baseline)	12
Modifications des soins (mensuel)	14
Informations sur le COVID-19 (baseline et mensuel)	15
Questionnaires spécifiques - Associations	16
AFA - Crohn RCH - (baseline)	16
AFA - Crohn RCH- (mensuel)	16
APF France handicap - Handicap (baseline)	17
APF France handicap - Handicap (mensuel)	17
UNAF - Aidants familiaux (baseline)	19
UNAF - Aidants familiaux (mensuel)	19
EFAPE - Epilepsie (baseline)	21
EFAPE - Epilepsie (mensuel)	21
Fibromyalgie France - Douleurs Chroniques Générales (baseline)	23
Fibromyalgie France - Douleurs Chroniques Générales (mensuel)	23

France Rein - Maladies Rénales (baseline)	25
France Rein - Maladies Rénales (mensuel)	25
UNAFAM - Maladie/Handicap psychique (baseline)	27
UNAFAM - Maladie/Handicap psychique (mensuel)	27
AIDES - VIH (baseline)	29
AIDES - VIH (mensuel)	29
AIDES - Hépatites virales (baseline)	30
AIDES - Hépatites virales (mensuel)	30
FFD - Diabète (baseline)	31
FFD - Diabète (mensuel)	31
FNAR - Retraités (baseline)	32
FNAR - Retraités (mensuel)	32
Ligue nationale contre le cancer - Cancer (baseline)	34
Ligue nationale contre le cancer - Cancer (mensuel)	34
France Alzheimer - Alzheimer (baseline)	36
France Alzheimer - Alzheimer (mensuel)	36

Questionnaires communs

Inscription

<p>Cette étude est à destination des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résidant en France - Bénéficiaire de l'Assurance Maladie - Majeur (>=18 ans) - Être atteint (déclaratif) d'une pathologie chronique diagnostiquée par un médecin ou atteint de handicap - Disposant d'une adresse mail valide, d'un numéro de mobile et d'une connexion internet 		
	Vous souhaitez participer	<ul style="list-style-type: none"> • pour vous même • pour un proche (vous êtes un aidant)
pour un proche	Je reconnais avoir informé la personne pour laquelle je vais saisir des données avec la notice d'information de l'étude et qu'elle a donné son accord au traitement de ses données.	Oui / Non
Non	L'inscription à l'étude Vivre-Covid19 requiert le consentement libre et éclairé de la personne. Si vous souhaitez poursuivre son inscription, veuillez être sûr(e) qu'elle consent spécifiquement et de cliquer sur Oui.	
pour vous même	Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'informations ci-dessous et je consens au traitement de mes données.	Oui / Non
Non	L'inscription à l'étude Vivre-Covid19 requiert votre consentement libre et éclairé ! Si vous souhaitez poursuivre votre inscription, veuillez être sûr(e) de consentir et de cliquer sur Oui.	
pour un proche	Dans les écrans suivants complétez les informations relatives à la personne aidée : la taille, le poids, âge, pathologie, situation professionnelle, anxiété, etc. de la personne aidée et non de vous svp.	
<p>Cette étude repose sur une participation chaque mois afin de remplir un questionnaire court. Ceci afin de mesurer les évolutions de certains paramètres tels l'anxiété ou les difficultés d'accès aux soins. Si vous ne souhaitez / pouvez pas répondre un mois, vous pourrez répondre le mois suivant.</p> <p>Pour ce faire nous avons besoin de votre adresse email et numéro de mobile pour vous envoyer des messages pour penser à remplir le <u>questionnaire</u> chaque mois. Ces données ne seront pas utilisées à d'autres fins et seront détruites dès la fin de l'étude. Conformément au cadre réglementaire, elles sont stockées sur un serveur isolé et distinct de celui contenant vos réponses, et résidant aussi dans</p>		

un environnement sécurisé.

Si vous ne confirmez pas votre participation par le processus sécurisé à l'étape suivante, ces informations seront détruites au bout de 7 jours et votre inscription annulée.

	Votre e-mail (à seule fin de vous envoyer des messages pour penser à remplir chaque mois)	_____ @ _____
	Votre numéro de mobile (à seule fin de vous envoyer des messages pour penser à remplir chaque mois)	_ _ _ _ _
Ecran de sécurisation : demande de choisir son mot de passe personnel et saisir le code reçu par SMS.		

Profil de la personne (baseline)

	Taille / Poids	<ul style="list-style-type: none"> • __100 à 250__ cm / __25 à 250__ kg • je ne souhaite pas répondre
	Sexe	<ul style="list-style-type: none"> • Homme • Femme • Autre
si sexe =autre	précisez	<ul style="list-style-type: none"> • homme cisgenre • femme cisgenre • homme transsexuel • femme transsexuelle • je ne souhaite pas répondre
	Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 18 à 120 ans
	De quelle(s) pathologie(s) ou handicap souffrez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Maladie rénale chronique • Insuffisance cardiaque • Asthme • Apnée du sommeil • Insuffisance respiratoire chronique (ex : Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO)) • Cancer • Hépatites virales • Maladies inflammatoires chroniques du foie hors hépatite (cirrhose etc.) • Maladie auto-immune gastro-entérologie (RCH, Crohn, etc.) • Epilepsie • Maladies neurodégénératives (Parkinson etc.) • Alzheimer • Hypertension artérielle (traitée par au moins un médicament) • VIH • Maladie auto-immune (auto-inflammatoire) rhumatologique (Spondy, PR, etc.) • Maladie auto-immune autre (Lupus, etc.) • Maladie rare • Maladie / Handicap psychique • Douleur Chronique Générale (Fibromyalgie, migraines, etc.) • Handicap • Autres, précisez : _____ • Je ne souffre d'aucune maladie chronique, ni d'aucun handicap

pour chaque pathologie cochée	Âge au diagnostic confirmé par un médecin ou âge au début des symptômes	(min : 0 ; max : âge)
	Êtes-vous un aidant "familial" (d'une personne malade, handicapée, dépendante, etc.) ?	<ul style="list-style-type: none"> • oui • non
	Quelle est votre situation socioprofessionnelle actuelle ?	<ul style="list-style-type: none"> • En emploi (activité rémunérée) • Sans emploi (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) • En interruption de carrière (congé parental, etc.) • Femme/homme au foyer • Retraité(e) (ou pré-retraité(e)) • Apprenti(e) (ou en stage rémunéré) • Étudiant(e) (ou en formation ou en stage non rémunéré) • Autre situation (congés longue durée, etc.)
	Quel est le niveau du dernier diplôme obtenu ?	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun • BEP/CAP • Baccalauréat • Bac +2 • Bac +3 • Bac +4 • Bac +5 • > Bac +5
(En emploi, En interruption, Retraité, Apprenti)	Quelle est, ou a été, votre profession ?	<ul style="list-style-type: none"> • Agriculteur, exploitant • Artisan, commerçant, chef d'entreprise • Cadre, profession intellectuelle supérieure • Profession intermédiaire • Employé • Ouvrier • Aucun emploi rémunéré

Statut Covid (baseline)

	Depuis le début de l'épidémie, pensez-vous avoir ou avoir eu le Covid-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai été testé(e) positif(ve) • Oui, cela a été évoqué par un médecin mais je n'ai pas été testé(e) • C'est possible, je présente ou j'ai présenté des symptômes • C'est peu probable, je ne me sens pas et ne suis pas senti(e) malade • Je suis certain(e) de ne pas être et de ne pas avoir été atteint(e) • Je ne sais pas
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Quelle a été la date de début des symptômes ?	__ / __ / __
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Quelle a été la prise en charge médicale ?	<ul style="list-style-type: none"> • ambulatoire : j'ai géré en restant à la maison • hôpital : J'ai du être hospitalisé(e) • réanimation : J'ai du être admis en réanimation / soins intensifs
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Vous êtes vous isolé (seul-e dans votre chambre, aucune sortie)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui totalement • Oui partiellement • Non
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Actuellement :	<ul style="list-style-type: none"> • je n'ai plus de symptômes liés au Covid-19 • j'ai encore des symptômes légers liés au Covid-19 • je suis en pleine phase active du Covid-19 avec beaucoup de symptômes.
	Y a-t-il, parmi les personnes qui partagent le même lieu de vie que vous depuis le début de l'épidémie, des personnes qui ont eu le Covid-19 ou des signes de maladie laissant à penser que c'était le Covid-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
	Avez-vous été vacciné (au moins 1 injection) contre le COVID-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

Statut Covid (mensuel >= 1 mois)

si mois précédent <> "Oui j'ai été testé(e) positive"	Pensez-vous avoir ou avoir eu au cours des 30 derniers jours, le Covid-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai été testé(e) positif(ve) • Oui, cela a été évoqué au cours des 30 derniers jours par un médecin mais je n'ai pas été testé(e) • C'est possible, je présente ou j'ai présenté des symptômes au cours des 30 derniers jours • C'est peu probable, je ne me sens pas et ne suis pas senti(e) malade • Je suis certain(e) de ne pas être et de ne pas avoir été atteint(e) • Je ne sais pas
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Quelle a été la date de début des symptômes ?	__ / __ / __
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Quelle a été la prise en charge médicale ?	<ul style="list-style-type: none"> • ambulatoire : j'ai géré en restant à la maison • hôpital : J'ai du être hospitalisé(e) • réanimation : J'ai du être admis en réanimation / soins intensifs
Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Vous êtes vous isolé (seul-e dans sa chambre, aucune sortie)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui totalement • Oui partiellement • Non
si Oui, j'ai été testé(e) positif OU Oui, cela a été évoqué par un médecin (.)	Actuellement :	<ul style="list-style-type: none"> • je n'ai plus de symptômes liés au Covid-19 • j'ai encore des symptômes légers liés au Covid-19 • je suis en pleine phase active du Covid-19 avec beaucoup de symptômes.
si mois précédent <> "Oui j'ai été testé(e) positive"	Y a-t-il, dans les personnes qui partagent le même lieu de vie que vous au cours des 30 derniers jours, des personnes qui ont eu le Covid-19 ou des signes de maladie laissant à penser que c'était le Covid-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
si mois précédent <> "Oui"	Avez-vous été vacciné (au moins 1 injection) contre le COVID-19 ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

Profil de la personne (baseline+mensuel)

...		
(en emploi, apprentis, étudiant)	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu télé-travailler ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui à 100% du temps que je devais normalement effectuer • Oui mais en partie seulement • Non car mon métier / fonction s'exerce entièrement hors domicile • Non car je n'en ai pas les moyens techniques (absence internet, pas d'ordinateur, etc.) • Non concerné (arrêt maladie, chômage partiel, etc.)
(en emploi)	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été concerné(e) par le chômage partiel ou arrêt maladie pour enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Oui je bénéficie du chômage partiel (>50% de mon temps travail) ou d'un arrêt maladie pour gérer mes enfants • Non je n'en ai pas bénéficié pas ce mois écoulé
(en emploi)	Au cours des 30 derniers jours, votre employeur vous a-t il permis d'adapter vos conditions de travail à votre situation médicale et à vos souhaits ?	<input type="checkbox"/> Oui, facilement <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Non, pas du tout

Profil lieu "Habitation" (baseline)

Votre lieu de résidence habituel		
	Vous vivez :	<ul style="list-style-type: none"> • Seul(e) • Avec des adultes • Avec des enfants
<i>si adulte</i>	Combien d'adultes ? (hors vous même)	___ (1 à 10)
<i>si adulte</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Dont personnes âgées (indiquez 0 si pas de personne âgée) : ___ (0 à 10) • Dont personnes handicapées (indiquez 0 si pas de personne handicapée) : ___ (0 à 10)
<i>si enfant</i>	Combien d'enfants	__ (1 à 10)
<i>si enfant</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Dont enfants handicapés (indiquez 0 si pas d'enfant handicapé) : _____ (0 à 10)
	Votre lieu de résidence habituel est :	<ul style="list-style-type: none"> • En France • à l'étranger
France	Département	<ul style="list-style-type: none"> • liste des départements
	Nombre d'habitants de la ville / village	<ul style="list-style-type: none"> • dans une commune de moins de 2 000 habitants • dans une commune de plus de 2 000 habitants
	Configuration :	<ul style="list-style-type: none"> • appartement <50m2 • appartement >50m2 ou maison sans jardin • appartement ou maison avec jardin • hébergement collectif (Établissement type MAS, FAM, IEM EHPAD) • autre
	Ce lieu est-il équipé d'internet à <u>haut débit</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne sais pas

Anxiété (baseline+mensuel)

Le questionnaire suivant est un questionnaire validé scientifiquement, utilisé couramment pour évaluer le niveau d'anxiété. Pour chaque question merci de choisir la réponse qui vous correspond le mieux maintenant. Vous aurez la possibilité le mois prochain d'y répondre encore.
Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Des difficultés à se détendre	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0
	Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	<ul style="list-style-type: none"> ● Presque tous les jours 3 ● Plus de la moitié du temps 2 ● Plusieurs jours 1 ● Jamais 0

Modifications des soins (baseline)

Répondez aux questions suivantes en considérant le mois qui vient de s'écouler svp. Vous pourrez répondre à nouveau à ce questionnaire le mois prochain pour indiquer alors "a posteriori" les éventuels soucis que vous aurez vécus entre maintenant et dans un mois.

(tout le monde)	Deviez-vous subir une Chirurgie ou Hospitalisation au cours des 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui et elle a pu se dérouler ce mois-ci • Oui mais elle a dû être déplacée à une date confirmée • Oui mais elle est reportée sans date confirmée • Non concerné(e) : aucune chirurgie ni hospitalisation n'était prévue au cours du mois passé
(chroniques)	Deviez-vous avoir un examen ou consultation de suivi <u>pour votre pathologie chronique</u> au cours de ces 30 derniers jours ? (planifié depuis longtemps)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui et tous mes examens / consultations de suivi ont pu se dérouler ce mois-ci • Oui mais au moins un examen / une consultation de suivi a dû être déplacé(e) à une date confirmée • Oui mais au moins un examen / une consultation de suivi a été reporté(e) sans date confirmée • Non concerné(e) : aucun examen ou consultation de suivi n'était prévu au cours du mois passé
(chroniques)	Deviez-vous avoir un examen ou consultation de suivi <u>ne concernant pas votre pathologie chronique</u> au cours de ces 30 derniers jours ? (planifié depuis longtemps)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui et tous mes examens / consultations (hors suivi) ont pu se dérouler ce mois-ci • Oui mais au moins un examen / une consultation (hors suivi) a dû être déplacé(e) à une date confirmée • Oui mais au moins un examen / une consultation (hors suivi) a été reporté(e) sans date confirmée • Non concerné(e) : aucun examen ou consultation (hors suivi) n'était prévu au cours du mois passé
(tout le monde sauf chroniques)	Deviez-vous avoir un examen ou consultation au cours de ces 30 derniers jours ? (planifié depuis longtemps)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui et tous mes examens / consultations et ont pu se dérouler ce mois-ci • Oui mais au moins un examen / une consultation a dû être déplacé(e) à une date confirmée • Oui mais au moins un examen / une consultation a été reporté(e) sans date confirmée • Non concerné(e) : aucun examen ou consultation n'était prévu au cours du mois passé
(chronique)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen pour la prise en charge de <u>votre pathologie chronique</u> au cours de ces 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui, mais difficilement • Non, je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin

(chronique)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen <u>en dehors de votre pathologie chronique</u> au cours de ces 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui, mais difficilement • Non je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin
(tout le monde sauf chroniques)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen au cours de ces 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui mais difficilement • Non, je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin

Modifications des soins (mensuel)

Répondez aux questions suivantes en considérant le mois qui vient de s'écouler svp. Vous pourrez répondre à nouveau à ce questionnaire le mois prochain pour indiquer alors "a posteriori" les éventuels soucis que vous aurez vécus entre maintenant et dans un mois. :

(tout le monde)	Deviez-vous subir une Chirurgie ou Hospitalisation au cours des 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui et elle a pu se dérouler ce mois-ci • Oui mais elle a dû être déplacée à une date confirmée • Oui mais elle est reportée sans date confirmée • Non concerné(e) : aucune chirurgie ni hospitalisation n'était prévue au cours du mois passé
(chronique)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen pour la prise en charge de <u> votre pathologie chronique </u> au cours de ces 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui, mais difficilement • Non, je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin
(chronique)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen <u> en dehors de votre pathologie chronique </u> au cours de ces 30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui, mais difficilement • Non je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin
(tout le monde sauf chroniques)	Avez-vous pu planifier un nouveau soin / consultation / examen au cours de ces >30 derniers jours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, facilement • Oui mais difficilement • Non, je n'ai pas trouvé de créneau • Non, je n'en ai pas eu besoin

Informations sur le COVID-19 (baseline et mensuel)

<p>Au cours des 30 derniers jours avez-vous trouvé, une information sur le Covid-19 dont vous aviez besoin et compréhensible ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui, en partie <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Non je n'en ai pas cherché
<p>Au cours des 30 derniers jours, en termes de communication sur la santé, qu'est-ce qui vous a le plus rassuré ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les recommandations gouvernementales, <input type="checkbox"/> Les recommandations des professionnels de santé que je consulte, <input type="checkbox"/> Les recommandations des associations de patients, <input type="checkbox"/> Les réseaux sociaux, <input type="checkbox"/> Les médias (TV, radio) <input type="checkbox"/> Votre entourage, <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Rien ne m'a rassuré
<p>Au cours des 30 derniers jours, en termes de communication sur la santé, qu'est-ce qui vous a le plus angoissé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les recommandations gouvernementales, <input type="checkbox"/> Les recommandations des professionnels de santé que je consulte, <input type="checkbox"/> Les recommandations des associations de patients, <input type="checkbox"/> Les réseaux sociaux, <input type="checkbox"/> Les médias (TV, radio) <input type="checkbox"/> Votre entourage, <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Rien ne m'a angoissé

Questionnaires spécifiques - Associations

AFA - Crohn RCH - (baseline)

Questions	Modalités
Vous avez (choix unique)	<input type="checkbox"/> Une maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Une recto-colite hémorragique <input type="checkbox"/> Une MICI indéterminée
Vous êtes suivi (choix <u>multiple</u>)	<input type="checkbox"/> A l'hôpital <input type="checkbox"/> Dans un cabinet en ville <input type="checkbox"/> Dans une clinique
Estimez-vous que votre maladie est (choix unique)	<input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

AFA - Crohn RCH- (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu une poussée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Au cours des 30 derniers jours, la crise du COVID 19 vous a-t-elle empêché de suivre normalement votre parcours de soin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours des 30 derniers jours, votre fatigue a été :	<input type="checkbox"/> Plus forte que d'habitude <input type="checkbox"/> Plus faible que d'habitude <input type="checkbox"/> Comme d'habitude <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des troubles du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous cherché des informations sur le COVID en lien avec votre maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui, sur le site de l'afa <input type="checkbox"/> Oui, sur les sites gouvernementaux <input type="checkbox"/> Oui sur les réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Oui, sur d'autres sites que ceux cités <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas cherché d'informations

APF France handicap - Handicap (baseline)

Questions	Modalités
Quel est votre handicap ?	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Trouble du neurodéveloppement <input type="checkbox"/> Autre
Avant le confinement, bénéficiiez-vous d'un accompagnement (médico-social, association, autre...) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Combien avez-vous bénéficié d'heures d'accompagnement (par semaine) ?	_ heures / semaine

APF France handicap - Handicap (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous bénéficié d'un accompagnement (médico-social, association, autre...) par ?	<input type="checkbox"/> Un ou des intervenant(s) professionnel(s) à domicile <input type="checkbox"/> Un ou des professionnel(s) de l'accueil médico-social qui viennent au domicile <input type="checkbox"/> Un bénévole d'une association/ voisin / amis <input type="checkbox"/> Autre(s) membre(s) de la famille <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Non je n'ai pas bénéficié d'accompagnement
Combien avez-vous bénéficié d'heures d'accompagnement dans le mois (total de tous les types d'accompagnement) ?	
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous bénéficié de vos soins chroniques habituels (auxiliaires médicaux) ?	<input type="checkbox"/> Oui, en totalité <input type="checkbox"/> Oui, en partie <input type="checkbox"/> Non mais avec report <input type="checkbox"/> Non, aucun soin <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous bénéficié d'une aide à domicile (repas, course, ménage, linge, aide à la toilette ...) ?	<input type="checkbox"/> Oui, en totalité <input type="checkbox"/> Oui, en partie <input type="checkbox"/> Non je n'ai pas pu en bénéficier <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, considérez-vous avoir eu :	<input type="checkbox"/> moins mal que d'habitude <input type="checkbox"/> plus mal que d'habitude

- ma douleur n'a pas évolué
- Non concerné(e)

UNAF - Aidants familiaux (baseline)

Questions	Modalités
La personne que vous aidez en priorité est :	<input type="checkbox"/> Votre enfant <input type="checkbox"/> Votre conjoint(e) <input type="checkbox"/> Votre frère / Votre sœur <input type="checkbox"/> Votre père / Votre mère <input type="checkbox"/> Votre grand-père /grand-mère <input type="checkbox"/> Votre petit fils / petite fille <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Quel âge a la personne que vous aidez ?	_ _ _ ans
Par quel(s) type(s) de dépendance ou déficience est-elle concernée ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Une/des déficience(s) motrice(s) <input type="checkbox"/> Une/des déficience(s) intellectuelle(s) <input type="checkbox"/> Une/des déficience(s) sensorielle(s) <input type="checkbox"/> Des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Un pluri-handicap <input type="checkbox"/> Un polyhandicap <input type="checkbox"/> Une maladie grave / invalidante (sclérose en plaques, cancer, etc.) <input type="checkbox"/> Des troubles envahissants du comportement (TED) dont troubles du spectre autistique (TSA) <input type="checkbox"/> Des troubles cognitifs (DYS, etc.) <input type="checkbox"/> Une dépendance liée à l'âge <input type="checkbox"/> Autre

UNAF - Aidants familiaux (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, quelles autres personnes ont apporté une aide à vos côtés ? (plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Un ou des intervenant(s) professionnel(s) à domicile <input type="checkbox"/> Un ou des professionnel(s) de l'accueil médico-social qui viennent au domicile <input type="checkbox"/> Un bénévole / voisin / amis <input type="checkbox"/> Autre(s) membre(s) de la famille <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> J'ai été seul(e) à apporter cette aide
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été soutenu(e)/accompagné(e), même à distance, dans votre rôle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
De quelle manière avez-vous été soutenu(e)/accompagné(e) ? (plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Maintien d'un lien téléphonique avec l'établissement médico-social / avec les professionnels du domicile <input type="checkbox"/> Soutien de bénévoles (écoute ...) <input type="checkbox"/> Soutien d'autre(s) membre(s) de la famille <input type="checkbox"/> Maintien du ou des intervenant(s) professionnel(s) à domicile <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

<p>Au cours des 30 derniers jours, vous avez le sentiment que votre rôle d'aidant a été :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plus difficile que d'habitude <input type="checkbox"/> Moins difficile que d'habitude <input type="checkbox"/> Comme d'habitude <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<p>Au cours des 30 derniers jours, à quelles aides/solutions avez-vous eu recours pour vous accompagner dans votre rôle d'aidant(e) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien moral <input type="checkbox"/> Accompagnement professionnel (aide humaine au domicile, continuité pédagogique de mon enfant...) <input type="checkbox"/> Mode de garde et d'accompagnement professionnel (accueil de jour, accueil séquentiel, etc.) <input type="checkbox"/> Aide matérielle pour la vie quotidienne (courses, livraison de repas au domicile, tâches ménagères...) <input type="checkbox"/> Solutions de répit (relayage au domicile, accueil temporaire...) <input type="checkbox"/> Aide à la parentalité <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Aucune aide

EFAPE - Epilepsie (baseline)

Questions	Modalités
Votre épilepsie est-elle :	<input type="checkbox"/> guérie (pas de crise depuis un an et pas de traitement) <input type="checkbox"/> stabilisée (moins d'une crise par an) <input type="checkbox"/> active <input type="checkbox"/> sévère (crises avec risque vital pour lequel vous ne pouvez pas vous protéger ou prévenir)
Pour votre épilepsie, avez-vous un autre traitement que des médicaments ? (plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Stimulateur du nerf vague <input type="checkbox"/> Régime cétoène <input type="checkbox"/> Vous avez eu une opération du cerveau <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="checkbox"/> Aucun autre traitement
A quel âge avez-vous eu vos 1ères crises ?	<input type="checkbox"/> Entre 0 et 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Précisez l'âge auquel vous avez eu vos 1ère crises :	_ _ ans

EFAPE - Epilepsie (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous oublié (ou non-pris intentionnellement) une ou plusieurs fois votre traitement pour l'épilepsie ?	<input type="checkbox"/> Non, je l'ai pris sans oublier <input type="checkbox"/> J'ai oublié une fois <input type="checkbox"/> J'ai oublié plusieurs fois <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours des 30 derniers jours avez-vous eu des difficultés à avoir vos médicaments ou les produits du régime cétoène ?	<input type="checkbox"/> Non, aucune difficulté <input type="checkbox"/> J'ai eu des difficultés mais pas d'impact sur le traitement <input type="checkbox"/> J'ai eu des difficultés et cela a eu un impact sur mon traitement <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours des 30 derniers jours, votre nombre de crises d'épilepsie s'est-il modifié ?	<input type="checkbox"/> Non, <i>identique</i> <input type="checkbox"/> Oui, j'ai eu plus de crise <input type="checkbox"/> Oui, j'ai eu moins de crise <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours des 30 derniers jours, la forme de vos crises d'épilepsie s'est-elle modifiée ?	<input type="checkbox"/> <i>Pas de crise au cours des 30 derniers jours</i> <input type="checkbox"/> Non pas de modification <input type="checkbox"/> Oui, j'ai eu des crises plus graves <input type="checkbox"/> Oui, j'ai eu des crises moins graves
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu une hospitalisation d'urgence en lien	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pour une crise habituelle sans acte médical

avec votre épilepsie ?

- Oui, pour un état de mal (crise supérieure à 5 minutes) en l'absence d'un médicament d'urgence utilisable à domicile
- Oui, pour un état de mal ne cédant pas au médicament d'urgence utilisé à domicile
- Pour une blessure, précisez : _____

Fibromyalgie France - Douleurs Chroniques Générales (baseline)

Questions	Modalités
Quel est votre type de douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/> Douleurs rhumatismales <input type="checkbox"/> Douleurs neurologiques /neuropathiques <input type="checkbox"/> Douleurs fibromyalgiques <input type="checkbox"/> Migraines/Céphalées de tension <input type="checkbox"/> Douleurs résiduelles du cancer <input type="checkbox"/> Douleurs induites par les soins
Vous prenez en général votre traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux (pour vos douleurs chroniques) :	<input type="checkbox"/> Au moment des crises/poussées <input type="checkbox"/> En traitement de fond <input type="checkbox"/> Je ne prends pas de traitement pour ces douleurs
Par qui êtes-vous majoritairement suivi pour vos douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/> Par le médecin généraliste <input type="checkbox"/> Par un spécialiste <input type="checkbox"/> Par une équipe pluridisciplinaire hospitalière <input type="checkbox"/> Dans un centre d'Etude et de traitement de la douleur <input type="checkbox"/> Je ne suis pas suivi(e) pour mes douleurs chroniques <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Fibromyalgie France - Douleurs Chroniques Générales (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consulté pour vos douleurs chroniques ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois <input type="checkbox"/> Oui, deux fois <input type="checkbox"/> Oui, trois fois <input type="checkbox"/> Oui, plus de trois fois
Au cours des 30 derniers jours, vos douleurs chroniques ont été :	<input type="checkbox"/> Plus fortes que d'habitude <input type="checkbox"/> Plus faibles que d'habitude <input type="checkbox"/> Comme d'habitude <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, votre fatigue chronique a été :	<input type="checkbox"/> Plus forte que d'habitude <input type="checkbox"/> Plus faible que d'habitude <input type="checkbox"/> Comme d'habitude <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous modifié votre traitement médicamenteux de votre douleur chronique ?	<input type="checkbox"/> Oui, pour un traitement moins fort <input type="checkbox"/> Oui, je l'ai augmenté car il ne fonctionnait plus <input type="checkbox"/> Oui, je l'ai arrêté sur les conseils du médecin <input type="checkbox"/> Oui, je l'ai arrêté par moi-même <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas modifié mon traitement <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu une prise en charge <u>non</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non mais c'est en cours de réflexion

médicamenteuse ?

Non, je n'y pense pas pour l'instant

France Rein - Maladies Rénales (baseline)

Questions	Modalités
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Dialysé(e) <input type="checkbox"/> Greffé(e) <input type="checkbox"/> Je reçois un traitement conservateur <input type="checkbox"/> Je ne reçois pas encore de traitement de suppléance, (type dialyse, greffe ou traitement conservateur)
Depuis combien de temps ? (ex : 01:08 pour 1 an et huit mois)	XX année(s) et YY mois
La crise du COVID 19 vous a-t-elle empêché de suivre normalement votre parcours de soin en néphrologie ?	<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.

France Rein - Maladies Rénales (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu réaliser vos dialyses comme d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui, normalement <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non
Qu'est-ce qui a été modifié et vous a perturbé ?	<input type="checkbox"/> Changement de centre de dialyse <input type="checkbox"/> Changement d'horaire <input type="checkbox"/> Réduction du nombre de dialyse par semaine <input type="checkbox"/> Réduction du temps de dialyse par séance <input type="checkbox"/> Pas de collation pendant la dialyse <input type="checkbox"/> Pas possibilité de boire pendant la dialyse <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non concerné
Votre statut ou méthode de dialyse ont-ils évolué au cours des 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Sans traitement vous passez à la dialyse (quelque soit la méthode), <input type="checkbox"/> Sans traitement vous passez à la greffe (par donneur décédé), <input type="checkbox"/> Sans traitement vous passez à la greffe (par donneur vivant), <input type="checkbox"/> De formation vous passez à la dialyse à domicile (quelle que soit la méthode). <input type="checkbox"/> Dialysé(e) vous passez à la greffe (par donneur décédé), <input type="checkbox"/> Dialysé(e) vous passez à la greffe (par donneur vivant), <input type="checkbox"/> Greffé(e) vous passez à la dialyse (quelque soit la méthode), <input type="checkbox"/> Quelque soit votre statut vous passez au

traitement conservateur,
 Arrêt des traitements.

UNAFAM - Maladie/Handicap psychique (baseline)

Questions	Modalités
Avez-vous une reconnaissance de handicap psychique ?	<input type="checkbox"/> Oui, avec un taux de 80% et plus <input type="checkbox"/> Oui, avec un taux de moins de 80 % <input type="checkbox"/> Non
Avant le confinement, bénéficiez-vous d'un accompagnement (médico-social, association, autre...) ou d'un hébergement médico-social ?	<input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie à domicile <input type="checkbox"/> Infirmier à domicile <input type="checkbox"/> Hébergement médico-social <input type="checkbox"/> Autre ____ <input type="checkbox"/> Aucun accompagnement ou hébergement médico-social
Avant le confinement, quelles étaient vos activités ?	<input type="checkbox"/> Travail en milieu ordinaire <input type="checkbox"/> Travail en ESAT <input type="checkbox"/> Etudes <input type="checkbox"/> Hôpital de jour ou CATTP (centre d'activité thérapeutique à temps partiel) <input type="checkbox"/> GEM (groupes d'entraide mutuelle) <input type="checkbox"/> Club House <input type="checkbox"/> Autre ____ <input type="checkbox"/> Aucune des activités susmentionnées

UNAFAM - Maladie/Handicap psychique (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous bénéficié d'un suivi :	<input type="checkbox"/> Téléphonique ou par visio-conférence <input type="checkbox"/> Consultation présentielle avec un psychiatre <input type="checkbox"/> Consultation présentielle avec un autre professionnel de santé <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Non, aucun suivi <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours des 30 derniers jours, quelles ont été vos activités ?	<input type="checkbox"/> Travail en milieu ordinaire <input type="checkbox"/> Travail en ESAT <input type="checkbox"/> Etudes <input type="checkbox"/> Hôpital de jour ou CATTP (centre d'activité thérapeutique à temps partiel) : <input type="checkbox"/> GEM (groupes d'entraide mutuelle) <input type="checkbox"/> Club House <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Aucune des activités susmentionnées

<p>Au cours des 30 derniers jours, estimez-vous que votre état de santé psychique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Est resté stable<input type="checkbox"/> S'est amélioré<input type="checkbox"/> S'est dégradé<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<p>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous rencontré des difficultés pour vous procurer</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vos médicaments<input type="checkbox"/> Des masques<input type="checkbox"/> Du gel hydroalcoolique<input type="checkbox"/> Je n'ai eu aucune difficulté / Je n'en ai pas eu besoin
<p>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous bénéficié d'un accompagnement (médico-social, association, autre...) ou d'un hébergement médico-social ?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> SAVS<input type="checkbox"/> SAMSAH<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie à domicile<input type="checkbox"/> Infirmier à domicile<input type="checkbox"/> Hébergement médico-social<input type="checkbox"/> Autre ____<input type="checkbox"/> Aucun accompagnement ou hébergement médico-social

AIDES - VIH (baseline)

Questions	Modalités
Votre charge virale est-elle indétectable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Où effectuez-vous en général votre suivi VIH ?	<input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Aucun suivi
Disposiez-vous d'un traitement VIH avant le début du confinement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

AIDES - VIH (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, votre suivi médical lié au VIH a-t-il été modifié ?	<input type="checkbox"/> Non, aucunement <input type="checkbox"/> Oui et le service où je suis suivi(e) a pris l'initiative de m'en avertir <input type="checkbox"/> Oui mais le service où je suis suivi(e) n'a pas pris le soin de m'en avertir
Au cours des 30 derniers jours, si vous en avez ressenti le besoin, avez-vous pu accéder à une offre de télémedecine ?	<input type="checkbox"/> Oui, sans problème <input type="checkbox"/> Oui mais difficilement <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas pu <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas eu besoin
Au cours des 30 derniers jours, votre taux de CD4 a-t-il évolué ?	<input type="checkbox"/> Oui, il a augmenté <input type="checkbox"/> Oui, il a baissé <input type="checkbox"/> Non, il est resté stable <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
D'après vous, cela est-il dû à :	<input type="checkbox"/> Un changement d'habitudes lié au contexte de crise <input type="checkbox"/> Un problème d'accès aux soins <input type="checkbox"/> Un problème d'accès au traitement <input type="checkbox"/> Aucune des raisons évoquées ci-dessus
La modification ou le renoncement (si c'est le cas) à votre traitement s'est-il traduit par des effets indésirables physiques et/ou psychologiques ?	<input type="checkbox"/> Oui cela a eu un impact <input type="checkbox"/> Non sans impact <input type="checkbox"/> Non concerné

AIDES - Hépatites virales (baseline)

Questions	Modalités
Où effectuez-vous en général votre suivi pour votre hépatite ?	<input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Aucun suivi
Disposiez-vous d'un traitement chronique pour votre hépatite avant le début du confinement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

AIDES - Hépatites virales (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, votre suivi médical lié à votre hépatite a-t-il été modifié ?	<input type="checkbox"/> Non, aucunement <input type="checkbox"/> Oui et le service ou je suis suivi(e) a pris l'initiative de m'en avertir <input type="checkbox"/> Oui mais le service où je suis suivi(e) n'a pas pris le soin de m'en avertir
Au cours des 30 derniers jours, si vous en avez ressenti le besoin, avez-vous pu accéder à une offre de télémedecine	<input type="checkbox"/> Oui, sans problème <input type="checkbox"/> Oui mais difficilement <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas pu <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas eu besoin
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu obtenir un rendez-vous ou un accès aux soins <u>en dehors</u> du suivi de votre hépatite ?	<input type="checkbox"/> Oui, sans problème <input type="checkbox"/> Oui mais difficilement <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas pu <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas eu besoin
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous dû recourir à une modification ou à une interruption de votre traitement par manque d'accès aux soins ?	<input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas modifié mon traitement <input type="checkbox"/> Oui, car mon traitement était introuvable <input type="checkbox"/> Oui, car j'ai eu des difficultés à faire renouveler mon ordonnance <input type="checkbox"/> Oui, pour d'autres raisons
La modification ou le renoncement à votre traitement s'est-il traduit par des effets indésirables physiques et / ou psychologiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

FFD - Diabète (baseline)

Questions	Modalités
Quel est votre type de diabète ?	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> MODY <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel <input type="checkbox"/> Indéterminé
Actuellement, quel(s) type(s) de traitement(s) suivez-vous ?	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire / activité physique <input type="checkbox"/> Prise d'antidiabétiques oraux <input type="checkbox"/> Médicaments injectables sans insuline <input type="checkbox"/> Injection d'insuline en stylo <input type="checkbox"/> Pompe à insuline (externe, patch, ou implantée) <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Depuis combien d'années êtes vous diagnostiqué(e) pour votre diabète ?	<input type="checkbox"/> Moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans

FFD - Diabète (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à obtenir le passage d'un infirmier/une infirmière à domicile pour votre diabète ?	<input type="checkbox"/> Non tout va bien <input type="checkbox"/> Oui un peu plus difficile <input type="checkbox"/> Oui très difficile <input type="checkbox"/> Non concerné
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des fatigues physiques en raison de votre diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui plus que d'habitude <input type="checkbox"/> Ni plus, ni moins <input type="checkbox"/> Moins que d'habitude
Au cours des 30 derniers jours, sur une échelle de 1 à 10, comment avez-vous vécu votre diabète ? 0 étant "beaucoup plus mal que d'habitude" et 10 "beaucoup mieux que d'habitude"	0 ----- 10
Au cours des 30 derniers jours, sur une échelle de 1 à 10, gérer votre alimentation a été ? 0 étant "beaucoup plus difficile que d'habitude" et 10 "beaucoup plus simple que d'habitude"	0 ----- 10
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés pour obtenir votre insuline et/ou consommables à la pharmacie et/ou par votre Prestataire de Santé à Domicile ?	<input type="checkbox"/> Non aucun problème d'approvisionnement <input type="checkbox"/> Oui, mais cela s'est résolu <input type="checkbox"/> Oui mais j'ai dû changer de type d'insuline

FNAR - Retraités (baseline)

Questions	Modalités
Vous êtes un(e) retraité(e) impliqué(e) dans une aide ou une activité régulière auprès de :	<input type="checkbox"/> Petits enfants <input type="checkbox"/> Association sportive <input type="checkbox"/> Association culturelle <input type="checkbox"/> Club de Retraités <input type="checkbox"/> Bénévolat en association <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Vous êtes un(e) aidant(e) régulier(e) pour :	<input type="checkbox"/> Vos parents <input type="checkbox"/> Votre conjoint(e) <input type="checkbox"/> Un proche <input type="checkbox"/> Une personne fragile <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
De façon régulière (au moins une fois par mois) vous êtes aidé(e) pour :	<input type="checkbox"/> L'entretien de votre domicile, jardin, etc. <input type="checkbox"/> Faire vos courses (alimentaire, autre) <input type="checkbox"/> Préparer les repas <input type="checkbox"/> Votre santé (infirmière, kiné, etc..) <input type="checkbox"/> Non concerné(e)

FNAR - Retraités (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à exercer vos activités régulières et garder vos liens familiaux ou sociaux ?	<input type="checkbox"/> Non, aucune difficulté <input type="checkbox"/> Oui, c'était plus difficile mais j'ai pu conserver un lien avec la famille et les amis (téléphone, mail, etc...) <input type="checkbox"/> Oui, c'était très difficile, je me suis senti isolé(e) <input type="checkbox"/> Non concerné(e)
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à rencontrer un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui, je n'ai pas pu prendre de rendez-vous avec un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Oui, j'ai pu prendre un rendez-vous, mais je n'avais pas de moyen de transport <input type="checkbox"/> Oui, j'ai dû reporter mes rendez-vous programmés, d'au moins 30 jours <input type="checkbox"/> Non, j'ai pu contacter et être en relation avec mon professionnel de santé. <input type="checkbox"/> Non concerné(e) : je n'ai pas eu besoin de contacter un professionnel de santé
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu maintenir une alimentation équilibrée ?	<input type="checkbox"/> Oui, sans modification des pratiques d'approvisionnement habituelles <input type="checkbox"/> Oui, en adaptant mes pratiques d'achat (drive, livraison à domicile...) <input type="checkbox"/> Oui, en adaptant mes pratiques

	<p>alimentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Non, j'ai eu des difficultés à m'approvisionner</p>
<p>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu globalement maintenir vos actions d'aidant ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, comme d'habitude</p> <p><input type="checkbox"/> Oui mais en adaptant mes habitudes</p> <p><input type="checkbox"/> Oui mais en faisant appel à une tierce personne</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Au cours des 30 derniers jours, auprès de quels services de vos collectivités publiques avez-vous eu des échanges relativement au Covid-19 ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Avec la Mairie</p> <p><input type="checkbox"/> Avec le Comité de Quartier</p> <p><input type="checkbox"/> Avec la communauté de communes ou d'agglomérations</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai eu aucun échange avec les services de collectivités publiques</p>

Ligue nationale contre le cancer - Cancer (baseline)

Questions	Modalités
De quel type de cancer êtes-vous atteint ?	<input type="checkbox"/> Côlon-rectum (intestin) <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Lèvre / cavité orale / pharynx <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Œsophage <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Mélanome de la peau <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Col de l'utérus <input type="checkbox"/> Système nerveux central <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Corps de l'utérus <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Ce cancer est-il ?	<input type="checkbox"/> en cours de traitement <input type="checkbox"/> en rémission <input type="checkbox"/> autre ____
Avant le confinement, bénéficiez-vous d'un soin de support (soutien psychologique, activité physique adaptée, prise en charge de la douleur, kinésithérapie, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Ligue nationale contre le cancer - Cancer (mensuel)

Questions	Modalités
Deviez-vous recevoir un traitement (autre que la chirurgie) à l'hôpital pour votre cancer au cours de ces 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui et il a pu se dérouler ce mois-ci <input type="checkbox"/> Oui mais il a dû être déplacé à une date confirmée <input type="checkbox"/> Oui mais il est reporté sans date confirmée <input type="checkbox"/> Non concerné(e) : aucun traitement n'était prévu au cours du mois passé à l'hôpital
Au cours des 30 derniers jours, pour vos déplacements à l'hôpital, avez-vous pu bénéficier facilement de masques et de gel hydroalcoolique ?	<input type="checkbox"/> Oui, facilement <input type="checkbox"/> Oui, mais avec difficultés <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas réussi à m'en procurer

	<input type="checkbox"/> Non concerné(e) : je n'ai pas eu à me déplacer à l'hôpital
<p>Avez-vous pu poursuivre vos activités de soins de support (soutien psychologique, activité physique adaptée, prise en charge de la douleur, kinésithérapie, etc.) au cours des 30 derniers jours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui, j'ai repris ces activités à distance <input type="checkbox"/> Oui, j'ai repris ces activités en présentiel, dans des conditions sécurisées <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas repris ces activités <input type="checkbox"/> Ces activités n'ont jamais été interrompues <input type="checkbox"/> Non concerné(e) : je n'ai jamais participé à de telles activités
<p>Au cours des 30 derniers jours, dans quelles conditions avez-vous ou non poursuivi cette activité ?</p>	<input type="checkbox"/> Je suis en télétravail <input type="checkbox"/> Je me rends quotidiennement sur mon lieu de travail <input type="checkbox"/> Je suis en chômage partiel <input type="checkbox"/> Je suis en arrêt maladie

France Alzheimer - Alzheimer (baseline)

Questions	Modalités
Percevez-vous l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?	<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Au cours du confinement avez-vous pu bénéficier de tous vos rendez-vous en centre d'accueil (centre mémoire, accueil de jour, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui mais partiellement <input type="checkbox"/> Non, pas du tout <input type="checkbox"/> Je ne bénéficie pas de ce type de dispositif
Durant la période de confinement, avez-vous pu maintenir le lien avec vos proches ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

France Alzheimer - Alzheimer (mensuel)

Questions	Modalités
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu maintenir le lien avec vos proches ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Au cours des 30 derniers jours, les aides à domicile dont vous bénéficiez habituellement, ont-elles été maintenues (totalement, partiellement, pas du tout) ?	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui mais partiellement <input type="checkbox"/> Non, pas du tout <input type="checkbox"/> Je ne bénéficie pas d'aide à domicile
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des difficultés à rencontrer un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui, je n'ai pas pu prendre de rendez-vous avec un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Oui, j'ai pu prendre un rendez-vous, mais je n'avais pas de moyen de transport <input type="checkbox"/> Oui, j'ai dû reporter mes rendez-vous programmés, d'au moins 30 jours <input type="checkbox"/> Non, j'ai pu contacter et être en relation avec mon professionnel de santé. <input type="checkbox"/> Non concerné(e) : je n'ai pas eu besoin de contacter un professionnel de santé
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pu bénéficier de tous vos rendez-vous en centre d'accueil (centre mémoire, accueil de jour, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui mais partiellement <input type="checkbox"/> Non, pas du tout <input type="checkbox"/> Je ne bénéficie pas de ce type de dispositif
Au cours des 30 derniers jours, diriez-vous que votre état de santé :	<input type="checkbox"/> Est resté stable <input type="checkbox"/> S'est amélioré <input type="checkbox"/> S'est dégradé <input type="checkbox"/> Je ne sais pas