

Lausanne cohorte 65+ pour l'étude et la prévention de la fragilisation liée à l'âge

Questionnaire de suivi 2020

VOTRE SANTÉ

sperc001 **1. Comment allez-vous en ce moment, comment jugez-vous votre santé ?**

- ₁ très bonne
- ₂ bonne
- ₃ moyenne
- ₄ mauvaise
- ₅ très mauvaise

psyc001 **2. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé s'aggrave ?**

- ₁ très peur
- ₂ assez peur
- ₃ un peu peur
- ₄ à peine peur
- ₅ pas du tout peur

psyc002 **3. Pensez-vous qu'en vieillissant, sur le plan de la santé, les choses vont...**

- ₁ mieux que vous ne l'aviez imaginé
- ₂ moins bien que vous ne l'aviez imaginé
- ₃ comme vous l'aviez imaginé

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement, ou avez-vous souffert des problèmes de santé suivants, diagnostiqués par un médecin ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- sant001_0001 ₁ la tension artérielle trop élevée (hypertension)
- sant001_0002 ₂ un taux de cholestérol trop élevé (hypercholestérolémie)
- sant001_0003 ₃ une maladie coronarienne, une angine de poitrine, un infarctus du myocarde
- sant001_0004 ₄ une insuffisance cardiaque
- sant001_0005 ₅ une maladie des valves ou du muscle cardiaque
- sant001_0006 ₆ une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
- sant001_0007 ₇ du diabète
- sant001_0008 ₈ une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)
- sant001_0009 ₉ de l'asthme
- sant001_0010 ₁₀ de l'ostéoporose
- sant001_0011 ₁₁ des fractures osseuses: *préciser où*
- sant001_0012 ₁₂ une arthrose ou une arthrite
- sant001_0013 ₁₃ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser*
- sant001_0014 ₁₄ un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique
- sant001_0015 ₁₅ une dépression
- sant001_0016 ₁₆ la maladie de Parkinson
- sant001_0017 ₁₇ la maladie d'Alzheimer
- sant001_0018 ₁₈ une infection par le VIH
- sant001_0019 ₁₉ une autre maladie chronique: *préciser*
- sant001_0020_none ₂₀ aucune de ces maladies

5. Êtes-vous dérangé-e, depuis au moins 6 mois, par...

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- sper002_0001 ₁ des douleurs aux articulations des jambes, épaules, bras ou mains
- sper002_0002 ₂ des douleurs au dos
- sper002_0003 ₃ des douleurs à la poitrine lorsque vous faites des efforts
- sper002_0004 ₄ un essoufflement, une difficulté à respirer
- sper002_0005 ₅ une toux persistante
- sper002_0006 ₆ des jambes enflées
- sper002_0007 ₇ des trous de mémoire qui affectent votre vie de tous les jours
- sper002_0008 ₈ des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites
- sper002_0009 ₉ des difficultés à prendre des décisions dans votre vie de tous les jours
- sper002_0010 ₁₀ des vertiges ou des étourdissements
- sper002_0011 ₁₁ des problèmes de peau (par ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002_0012 ₁₂ des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002_0013 ₁₃ des problèmes de perte involontaire d'urine
- sper002_0014 ₁₄ des problèmes perturbant ou limitant les activités sexuelles (par ex. douleurs, diminution du désir, troubles de l'érection, etc.)
- sper002_0015 ₁₅ d'autres problèmes: *préciser* sper002_0015_t1
- sper002_0016_none ₁₆ je ne suis dérangé-e par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

6. Prenez-vous actuellement au moins une fois par semaine des médicaments...

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

ATTENTION: Ne pas indiquer les médicaments d'homéopathie ou de naturopathie

- traï001_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- traï001_0003 ₃ pour le coeur
- traï001_0004 ₄ pour l'asthme
- traï001_0005 ₅ pour le diabète, sous forme d'insuline
- traï001_0006 ₆ pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traï001_0007 ₇ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001_0008 ₈ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001_0009 ₉ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001_0010 ₁₀ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001_0011 ₁₁ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001_0012 ₁₂ pour d'autres problèmes: *préciser* traï001_0012_t1
- traï001_0013_none ₁₃ Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

7. Avez-vous involontairement perdu du poids durant les 12 derniers mois ?

- sant002 ₁ oui: *préciser combien* sant002_0000_n kilos perdus ₂ non

8. Au cours des 12 derniers mois, votre appétit a-t-il changé ?

- ₁ oui, j'ai plus d'appétit que l'an dernier
- ₂ oui, j'ai moins d'appétit que l'an dernier
- ₃ non, mon appétit n'a pas changé

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

- sper003 **9. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**
₁ pas du tout → *passer à la question 11*
₂ un peu
₃ beaucoup
- sper004 **10. Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**
₁ physique ₂ psychique (manque d'entrain, etc.) ₃ à la fois physique et psychique
- sper005 **11. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**
₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup
- psyc003 **12. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**
₁ oui ₂ non
- psyc004 **13. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**
₁ oui ₂ non
- psyc005 **14. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e préoccupé-e et anxieux-se ?**
₁ oui ₂ non
- psyc006 **15. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e calme, équilibré-e, serein-e ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- soci001 **16. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- psyc007 **17. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e plein-e de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- sper006 **18. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure des douleurs physiques vous ont-elles limité-e dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?**
 pas du tout un petit peu moyennement beaucoup énormément
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

19. Voici une liste de phrases décrivant des difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. A quelle fréquence rencontrez-vous ces difficultés ?

Répondre à chaque ligne

		Jamais	Rare-ment	Parfois	Souvent	Très souvent
sper007_a	a) J'ai des difficultés à me souvenir de conversations quelques jours après	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_b	b) J'ai des difficultés à apprendre à utiliser un nouveau gadget ou un nouvel appareil dans la maison	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_c	c) Quand je suis interrompu-e dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_d	d) J'ai des difficultés à me rappeler le nom de gens que je connais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_e	e) J'ai des difficultés à me concentrer sur mon travail ou une occupation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_f	f) J'ai des difficultés à raconter une émission que je viens de voir à la télévision	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_g	g) J'ai besoin de me faire rappeler plusieurs fois les choses que je dois faire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_h	h) J'ai du mal à calculer si on m'a rendu correctement la monnaie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_i	i) Je dois réfléchir plus longuement qu'autrefois pour être sûr-e de bien faire les choses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

comp002

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié vos activités physiques ?

- ₁ oui, je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier
₂ oui, je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier
₃ non, rien n'a changé

comp003

21. Quelle affirmation correspond-elle le mieux à votre activité quotidienne actuelle ?

- ₁ je suis le plus souvent assis-e ou couché-e et je ne me déplace que peu
₂ je marche souvent mais j'évite de monter des escaliers, de porter des charges
₃ je marche souvent et je monte des escaliers, je porte des charges légères
₄ je fournis un effort physique important, je porte souvent de lourdes charges

comp004

22. A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?

- ₁ 5 à 7 jours par semaine
₂ 3 à 4 jours par semaine
₃ 1 à 2 jours par semaine
₄ je ne sors pratiquement pas de chez moi

comp005_0006_20

23. Les jours où vous sortez, combien de temps marchez-vous, en moyenne ?

_____ minutes par jour

comp006

24. A quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?

(par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo, etc.)

- ₁ jamais, ou presque jamais
₂ moins d'une fois par mois
₃ moins d'une fois par semaine
₄ une fois par semaine
₅ deux fois par semaine
₆ trois fois par semaine ou plus

comp007_0000_m

25. Combien de temps consacrez-vous, en moyenne, à cette activité sportive ?

_____ minutes par semaine

26. Avez-vous, pour des raisons de santé, des difficultés à...

Répondre à chaque ligne

fonc001_a

a) Marcher 100 mètres

Aucune
difficulté

₁

Quelques
difficultés

₂

Beaucoup de
difficultés ou
impossible

₃

fonc001_b

b) Rester assis·e environ deux heures

₁

₂

₃

fonc001_c

c) Vous lever d'une chaise après être resté·e longtemps assis·e

₁

₂

₃

fonc001_d

d) Monter plusieurs étages par les escaliers sans vous arrêter

₁

₂

₃

fonc001_e

e) Monter un étage par les escaliers sans vous arrêter

₁

₂

₃

fonc001_f

f) Vous pencher, vous agenouiller ou vous accroupir

₁

₂

₃

fonc001_g

g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules

₁

₂

₃

fonc001_h

h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil

₁

₂

₃

fonc001_i

i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions

₁

₂

₃

fonc001_j

j) Attraper un petit objet du bout des doigts

₁

₂

₃

cepe001

27. Etes-vous tombé·e durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?

- ₁ non
₂ oui, une fois
₃ oui, plusieurs fois

cepe002

28. Avez-vous peur de tomber ?

- ₁ pas du tout → *passer à la question 30*
₂ un peu
₃ beaucoup

cepe003

29. Cette peur vous a-t-elle amené·e à restreindre certaines de vos activités ?

- ₁ oui ₂ non

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

30. Avez-vous des difficultés, ou recevez-vous en général de l'aide, pour les activités suivantes à cause de problèmes physiques, psychiques, émotionnels ou de mémoire ?

Répondre à chaque ligne

		Aucune difficulté	Difficultés, mais pas d'aide	Je reçois de l'aide
fonc002_a	a) Vous habiller, y compris mettre chaussettes et chaussures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_b	b) Marcher à travers une pièce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_c	c) Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_d	d) Manger, y compris couper les aliments	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_e	e) Vous coucher et vous lever d'un lit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_f	f) Utiliser les toilettes, y compris vous asseoir, vous relever	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_g	g) Faire de petits travaux ménagers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_h	h) Faire de gros travaux ménagers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_i	i) Préparer un repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_j	j) Faire les courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_k	k) Téléphoner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_l	l) Préparer et prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_m	m) Vous occuper des affaires d'argent, comme payer les factures, garder trace des dépenses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_n	n) Utiliser une carte géographique pour se rendre dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

31. Au total, combien de consultations ou visites de médecin avez-vous eues au cours des 12 derniers mois ?

sdsa001_0000_n
_____ consultations *(si vous n'avez pas consulté, noter zéro et passer à la question 33)*

32. Combien de ces consultations ou visites étaient-elles en urgence ?

sdsa002_0000_n
_____ consultations *(si vous n'avez pas consulté en urgence, noter zéro)*

33. Combien de fois avez-vous été hospitalisé-e au cours des 12 derniers mois ?

sdsa003_0000_n
_____ hospitalisations *(si vous n'avez pas été hospitalisé-e, noter zéro et passer à la question 35)*

34. Où avez-vous été hospitalisé-e ?

₁ au CHUV sdsa004_0001 ₂ dans d'autres hôpitaux : *préciser où* sdsa004_0002_t1 _____

traio02 **35. Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 12 derniers mois ?**

₁ oui : *préciser* traio02_0000_t1 _____ ₂ non

- sdsa005 **36. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile dispensés par des professionnels, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?**
₁ oui, régulièrement ₂ oui, temporairement ₃ non
- sdsa006 **37. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?**
₁ oui ₂ non
- sdsa007 **38. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des 12 derniers mois ?**
₁ oui ₂ non
- sdsa008 **39. Vivez-vous actuellement dans un appartement protégé ?**
Un logement protégé est un appartement privé offrant :
 1) *une architecture adaptée permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite,*
 2) *un système d'alarme avec un système de réponse aux appels, par exemple en cas de chute, et*
 3) *des espaces communautaires, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, qui permettent des échanges ou des animations diverses.*
Des aides (ménage, repas à domicile, etc.) et des soins peuvent y être fournis par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile.
₁ oui ₂ non
- sdsa021 **40. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?**
₁ oui ₂ non
- econ001 **41. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ002 **42. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ003 **43. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

- soci002 **44. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**
₁ je vis seul·e → *passer à la question 45*
₂ je vis avec autre(s) personne(s)
Inscrire d'abord sur la ligne le nombre de personnes vivant avec vous, puis préciser ci-dessous de qui il s'agit (plusieurs réponses possibles) :
 Il s'agit : ₁ du conjoint (marié ou non)
₂ d'autre(s) personne(s)
- soci002_0001
- soci002_0002

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

- soci006 **45. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?**
Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne
₁ oui, en moyenne ^{soci006_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non
- soci007 **46. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous ?** (par ex. aide à des personnes malades, garde de petits-enfants, travail non rémunéré pour une église ou une association, etc.)
Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne
₁ oui, en moyenne ^{soci007_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non
- soci008 **47. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ?** (par ex. soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous)
Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne
₁ oui, en moyenne ^{soci008_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non

ATTITUDES PERSONNELLES

Quels que soient les événements qui surviennent dans notre vie, ce que nous ressentons, en fonction de notre personnalité, influence notre bien-être et notre santé.

Pour cette raison, nous souhaitons que vous vous exprimiez à ce sujet. Même si certaines questions peuvent vous paraître difficiles, il est important de répondre le mieux possible à chaque ligne, en pensant de façon générale à votre vie actuelle.

- 48. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes ?**

Répondre à chaque ligne

		Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout-à-fait d'accord
psyc009_a	a) J'ai peu de contrôle sur ce qui m'arrive	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_b	b) Il n'y a vraiment aucun moyen pour moi de résoudre certains de mes problèmes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_c	c) Je ne peux pas changer grand chose en ce qui concerne certains aspects importants de ma vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_d	d) Je me sens souvent impuissant-e face aux problèmes de la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_e	e) Quelquefois, j'ai l'impression de me faire « marcher sur les pieds » dans la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_f	f) Ce qui m'arrivera dans le futur dépend surtout de moi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc009_g	g) Je peux faire pratiquement tout ce que je veux lorsque j'ai vraiment décidé de le faire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

49. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer par des croix si vous avez été confronté-e, au cours des 12 derniers mois, à ces événements.

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- even001_0001 a Des difficultés financières majeures
- even001_0002 b Des maladies nouvelles: *préciser* even001_0002_t1 _____
- even001_0003 c Des maladies importantes que vous aviez déjà
- even001_0004 d Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- even001_0005 e Un accident ou une blessure
- even001_0006 f Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- even001_0007 g D'autres difficultés dans votre couple
- even001_0008 h Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- even001_0009 i Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis
- even001_0010 j Le décès de votre conjoint ou partenaire
- even001_0011 k Le décès de l'un de vos enfants
- even001_0012 l Le décès de votre père ou de votre mère
- even001_0013 m Le décès d'un frère ou d'une sœur
- even001_0014 n Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche
- even001_0015 o Le décès d'un animal de compagnie
- even001_0016 p Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- even001_0017 q Un déménagement volontaire
- even001_0018 r Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- even001_0019 s Une agression ou un vol
- even001_0020 t Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou ami
- even001_0021_none u **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

psyc010 **50. Face aux événements stressants auxquels vous pouvez être confronté-e en général, quelle est pour vous l'importance de la spiritualité, de la religion ou de la réflexion philosophique ?**

- ₁ aucune importance
- ₂ peu d'importance
- ₃ une importance modérée
- ₄ une grande importance
- ₅ une très grande importance

ACTIVITÉS GÉNÉRALES

lois010 **51. Conduisez-vous une voiture ?**

- ₁ oui → *passer à la question 53* ₂ non

lois011 **52. Devez-vous renoncer à certaines activités parce que vous ne conduisez pas ?**

- ₁ oui ₂ non

53. A quelle fréquence pratiquez-vous en particulier les activités suivantes :

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour ou presque	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par année	Une fois par année ou moins
comp031_a	a) Regardez-vous la télévision ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_b	b) Écoutez-vous la radio ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_c	c) Lisez-vous le journal ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_d	d) Lisez-vous des magazines ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_e	e) Lisez-vous des livres ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_f	f) Jouez-vous aux cartes, échecs, mots-croisés, puzzles ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_g	g) Visitez-vous des musées ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_h	h) « Surfez »-vous sur Internet ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_i	i) Participez-vous à des cours ou assistez-vous à des conférences ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_j	j) Participez-vous activement à des groupes, associations, clubs ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

lois015

54. Un manque de familiarité avec les technologies vous fait-elle renoncer à certaines activités ?

₁ oui

₂ non → *passer à la question 56*

55. La maîtrise de quelle(s) technologie(s) vous manque-t-elle ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

lois016_0001

_a ordinateurs

lois016_0002

_b "smartphones"

lois016_0003

_c autre(s) : *préciser* lois016_0003_t1

lois017

56. Vivez-vous avec un ou des animaux domestiques ?

₁ oui, un animal

₂ oui, plusieurs animaux

₃ non → *FIN DU QUESTIONNAIRE*

57. Avec quel(s) animal(aux) vivez-vous ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

lois018_0001

_a chat(s)

lois018_0002

_b chien(s)

lois018_0003

_c autre(s) : *préciser* lois018_0003_t1

lois019

58. A quelle fréquence sortez-vous pour promener un ou des animaux ?

₁ 3 fois par jour ou plus

₂ 2 fois par jour

₃ 1 fois par jour

₄ parfois, mais moins d'une fois par jour

₅ jamais ou presque

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

Veuillez retourner votre questionnaire dans l'enveloppe jointe, sans affranchir