

Lausanne Cohorte Lc65+  
pour l'étude et la prévention de la fragilisation liée à l'âge

Questionnaire de suivi 2008

VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

1. Comment allez-vous en ce moment? Jugez-vous votre santé actuelle...

sper001

- <sub>1</sub> très bonne  
<sub>2</sub> bonne  
<sub>3</sub> moyenne  
<sub>4</sub> mauvaise  
<sub>5</sub> très mauvaise

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

psyc001

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

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

psyc002

- <sub>1</sub> mieux que vous ne l'aviez imaginé  
<sub>2</sub> moins bien que vous ne l'aviez imaginé  
<sub>3</sub> 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

- <sub>1</sub> la tension artérielle trop élevée (hypertension)

sant001\_0002

- <sub>2</sub> un taux de cholestérol trop élevé (hypercholestérolémie)

sant001\_0003

- <sub>3</sub> une maladie coronarienne, une angine de poitrine, un infarctus du myocarde

sant001\_0022

- <sub>4</sub> une insuffisance cardiaque, une maladie des valves ou du muscle cardiaque

sant001\_0006

- <sub>5</sub> une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)

sant001\_0007

- <sub>6</sub> du diabète

sant001\_0008

- <sub>7</sub> une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)

sant001\_0009

- <sub>8</sub> de l'asthme

sant001\_0010

- <sub>9</sub> de l'ostéoporose

sant001\_0011

- <sub>10</sub> des fractures osseuses: *préciser où* \_\_\_\_\_

sant001\_0012

- <sub>11</sub> une arthrose ou une arthrite sant001\_0010\_t#

sant001\_0013

- <sub>12</sub> un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* \_\_\_\_\_

sant001\_0014

- <sub>13</sub> un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique sant001\_0013\_t#

sant001\_0015

- <sub>14</sub> une dépression

sant001\_0016

- <sub>15</sub> la maladie de Parkinson

sant001\_0017

- <sub>16</sub> la maladie d'Alzheimer

sant001\_0019

- <sub>17</sub> une autre maladie chronique: *préciser* \_\_\_\_\_

sant001\_0020\_none

- <sub>18</sub> aucune de ces maladies sant001\_0019\_t#

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

*Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles*

- sper002\_0001 <sub>1</sub> des douleurs aux articulations des jambes, épaules, bras ou mains
- sper002\_0002 <sub>2</sub> des douleurs au dos
- sper002\_0003 <sub>3</sub> des douleurs à la poitrine lorsque vous faites des efforts
- sper002\_0004 <sub>4</sub> un essoufflement, une difficulté à respirer
- sper002\_0005 <sub>5</sub> une toux persistante
- sper002\_0006 <sub>6</sub> des jambes enflées
- sper002\_0009 <sub>9</sub> des difficultés à prendre des décisions dans votre vie de tous les jours
- sper002\_0010 <sub>10</sub> des vertiges ou des étourdissements
- sper002\_0011 <sub>11</sub> des problèmes de peau (ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002\_0012 <sub>12</sub> des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002\_0013 <sub>13</sub> des problèmes de perte involontaire d'urine
- sper002\_0014 <sub>14</sub> des problèmes perturbant ou limitant les activités sexuelles (par ex. douleurs, diminution du désir, troubles de l'érection, etc.)
- sper002\_0017 <sub>17</sub> une perte de poids involontaire
- sper002\_0015 <sub>15</sub> d'autres problèmes: *préciser* sper002\_0015\_t# \_\_\_\_\_
- sper002\_0016\_none <sub>16</sub> je ne suis dérangé par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

**6. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**

- sper003 <sub>1</sub> pas du tout
- <sub>2</sub> un peu
- <sub>3</sub> beaucoup

**7. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**

- sper005 <sub>1</sub> pas du tout
- <sub>2</sub> un peu
- <sub>3</sub> beaucoup

**8. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) triste, déprimé(e) ou découragé(e) ?**

- psyc003 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

**9. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**

- psyc004 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

**39. Pouvez-vous lire un livre ou un journal (avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez)?**

- <sub>1</sub> oui, sans difficulté

- <sub>2</sub> oui, sans trop de difficulté
- <sub>3</sub> oui, mais avec beaucoup de difficulté
- <sub>4</sub> non

**40. Pouvez-vous suivre une conversation à laquelle participent au moins deux autres personnes (avec votre appareil auditif si vous en portez un)?**

- <sub>1</sub> oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> oui, sans trop de difficulté
- <sub>3</sub> oui, mais avec beaucoup de difficulté
- <sub>4</sub> non

## MÉMOIRE ET CONCENTRATION

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

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

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

- comp002
- <sub>1</sub> oui, je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier  
<sub>2</sub> oui, je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier  
<sub>3</sub> non, rien n'a changé

### 12. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous tombé(e) en dehors d'activités sportives ?

- cepe001
- <sub>1</sub> non  
<sub>2</sub> oui, une fois  
<sub>3</sub> oui, plusieurs fois

### 13. Avez-vous actuellement peur de tomber ?

- cepe002
- <sub>1</sub> pas du tout → *passer à la question 15*  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup

### 14. Cette peur vous a-t-elle amené(e) à restreindre certaines de vos activités ?

- cepe003
- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

15. Nous aimerions encore vous demander si vous ressentez de **l'inquiétude face à la possibilité de tomber** *dans certaines circonstances*. A chaque ligne, répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement l'activité mentionnée. Si, actuellement, vous ne faites pas l'une des activités mentionnées, répondez **d'abord** à la question en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez vraiment cette activité et **ensuite**, ajouter une deuxième croix, dans la colonne "Je ne le fais pas".

Répondre à chaque ligne

		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	Je ne le fais pas
cepe004_a	a) Faire votre ménage ( <i>par exemple: balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_b	b) Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_c	c) Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_d	d) Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_e	e) Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_f	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_g	g) Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_h	h) Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_i	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_j	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_k	k) Marcher sur une surface glissante ( <i>par exemple: mouillée ou verglacée</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_l	l) Rendre visite à un ami ou une connaissance	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_m	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_n	n) Marcher sur un terrain inégal ( <i>par exemple: sol caillouteux, trottoir non entretenu</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_o	o) Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>
cepe004_p	p) Sortir ( <i>par exemple: pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/>

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

- comp003
- <sub>1</sub> je suis le plus souvent assis(e) ou couché(e) et je ne me déplace que peu
- <sub>2</sub> je marche souvent mais j'évite de monter des escaliers, de porter des charges
- <sub>3</sub> je marche souvent et je monte des escaliers, je porte des charges légères
- <sub>4</sub> je fournis un effort physique important, je porte souvent de lourdes charges

17. **A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?**

- comp004
- <sub>1</sub> 5 à 7 jours par semaine
- <sub>2</sub> 3 à 4 jours par semaine
- <sub>3</sub> 1 à 2 jours par semaine
- <sub>4</sub> je ne sors pratiquement pas de chez moi

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

comp005\_0000\_m

\_\_\_\_\_ minutes par jour

19. **A quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?** (par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo...)

comp006

- <sub>1</sub> jamais, ou presque jamais → *passer à la question 21*  
<sub>2</sub> moins d'une fois par mois → *passer à la question 21*  
<sub>3</sub> moins d'une fois par semaine → *passer à la question 21*  
<sub>4</sub> une fois par semaine  
<sub>5</sub> deux fois par semaine  
<sub>6</sub> trois fois par semaine ou plus

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

comp007\_0000\_m

\_\_\_\_\_ minutes par semaine

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

*Répondre à chaque ligne*

		Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés
fonc001_a	a) Marcher 100 mètres	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_b	b) Rester assis(e) environ deux heures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_c	c) Se lever d'une chaise après être resté(e) longtemps assis(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_d	d) Monter <b>plusieurs</b> étages par les escaliers sans s'arrêter	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_e	e) Monter <b>un</b> étage par les escaliers sans s'arrêter	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_f	f) Se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_g	g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_h	h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_i	i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_j	j) Attraper un petit objet du bout des doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

### VOS HABITUDES CONCERNANT L'ALCOOL ET LE TABAC

22. **Combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool dans les 12 derniers mois ?**

comp026

- <sub>1</sub> jamais → *passer à la question 25*  
<sub>2</sub> au maximum une fois par mois  
<sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois  
<sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine  
<sub>5</sub> quatre fois ou plus par semaine

23. **Dans les 12 derniers mois, combien de verres standards avez-vous bus au cours d'une journée ordinaire où vous consommiez de l'alcool ?** (1 verre standard c'est par exemple: 2,5dl de bière, ou 1dl de vin, ou encore 0,25 dl de spiritueux ou d'alcool fort)

comp027

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

24. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six verres standards ou plus, dans les 12 derniers mois ?

comp028

- <sub>1</sub> jamais  
<sub>2</sub> moins d'une fois par mois  
<sub>3</sub> une fois par mois  
<sub>4</sub> une fois par semaine  
<sub>5</sub> chaque jour, ou presque

58. ~~Avez-vous eu des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool, à un moment quelconque de votre vie?~~

- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

25. Fumez-vous, ou avez-vous fumé autrefois ?

comp008

- <sub>1</sub> je fume actuellement → préciser ci-dessous la quantité  
 \_\_\_\_\_ cigarettes / jour \_\_\_\_\_ pipes / j. \_\_\_\_\_ cigares / j. \_\_\_\_\_ cigarillos / j.  
<sub>2</sub> je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a \_\_\_\_\_ ans  
<sub>3</sub> je n'ai jamais fumé

## ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

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





## ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

**27. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer à chaque ligne, par oui ou par non, si vous avez été confronté(e), au cours des 12 derniers mois, à ces événements.**

*Répondre à chaque ligne.*

*Si vous n'êtes absolument pas concerné(e) par une rubrique, veuillez simplement cocher "Non".*

<b>Avez-vous été confronté(e) CES 12 DERNIERS MOIS à...</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
even001_0001	a) Des difficultés financières majeures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0002	d) Des maladies nouvelles: <i>préciser</i> _____ <small>even001_0002_t#</small>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0003	e) Des maladies importantes que vous aviez déjà	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0004	f) Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0005	g) Un accident ou une blessure	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0006	h) Une séparation de votre couple (marié ou non marié)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0007	i) D'autres difficultés dans votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0008	j) Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en-dehors de votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0009	k) Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0010	n) Le décès de votre conjoint ou partenaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0011	o) Le décès de l'un de vos enfants	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0012	p) Le décès de votre père ou de votre mère	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0013	q) Le décès d'un frère ou d'une soeur	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0014	r) Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0015	s) Le décès d'un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0016	t) Un déménagement forcé ou la perte de votre logement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0017	u) Un déménagement volontaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0018	x) Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0019	y) Une agression ou un vol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0020	z) Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**28. Face aux événements stressants auxquels vous pouvez être confrontés en général, quelle est pour vous l'importance de la spiritualité, de la religion ou de la réflexion philosophique ?**

- psyc010
- <sub>1</sub> aucune importance
  - <sub>2</sub> peu d'importance
  - <sub>3</sub> une importance modérée
  - <sub>4</sub> une grande importance
  - <sub>5</sub> une très grande importance

## COMPOSITION DE VOTRE MÉNAGE ACTUEL

### 29. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002

<sub>1</sub> je vis seul(e) → *passer à la question 30*

<sub>2</sub> je vis avec <sup>soci002\_0000\_n</sup> \_\_\_\_\_ 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 :

soci026\_0001 <sub>1</sub> du conjoint (marié ou non)

soci002\_0002 <sub>2</sub> d'autre(s) personne(s)

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES ET BENEVOLES

### 30. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ? Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne.

soci006

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine

<sub>2</sub> non <sup>soci006\_0000\_n</sup>

### 31. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous (par exemple: 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.

soci007

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine

<sub>2</sub> non <sup>soci007\_0000\_n</sup>

### 32. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous (par exemple, soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous) ? Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne.

soci008

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine

<sub>2</sub> non <sup>soci008\_0000\_n</sup>

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REMPLI  
CE QUESTIONNAIRE CHEZ VOUS

**N'OUBLIEZ PAS DE L'AMENER LORS DE VOTRE RENDEZ-VOUS  
À L'IUMSP !**