

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

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

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

psyc001

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

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

psyc002

- 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_0022

- ₄ une insuffisance cardiaque, une maladie des valves ou du muscle cardiaque

sant001_0006

- ₅ une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)

sant001_0007

- ₆ du diabète

sant001_0008

- ₇ une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)

sant001_0009

- ₈ de l'asthme

sant001_0010

- ₉ de l'ostéoporose

sant001_0011

- ₁₀ des fractures osseuses: *préciser où* _____

sant001_0012

- ₁₁ une arthrose ou une arthrite sant001_0010_t#

sant001_0013

- ₁₂ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* _____

sant001_0014

- ₁₃ un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique sant001_0013_t#

sant001_0015

- ₁₄ une dépression

sant001_0016

- ₁₅ la maladie de Parkinson

sant001_0017

- ₁₆ la maladie d'Alzheimer

sant001_0019

- ₁₇ une autre maladie chronique: *préciser* _____

sant001_0020_none

- ₁₈ 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 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_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 (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_0017 ₁₇ une perte de poids involontaire
- sper002_0015 ₁₅ d'autres problèmes: *préciser* sper002_0015_t# _____
- sper002_0016_none ₁₆ 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 ₁ pas du tout
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

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

- sper005 ₁ pas du tout
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

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

- psyc003 ₁ oui ₂ non

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

- psyc004 ₁ oui ₂ non

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

- ₁ oui, sans difficulté

- ~~2~~ ~~oui, sans trop de difficulté~~
- ~~3~~ ~~oui, mais avec beaucoup de difficulté~~
- ~~4~~ ~~non~~

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

- ~~1~~ ~~oui, sans difficulté~~
- ~~2~~ ~~oui, sans trop de difficulté~~
- ~~3~~ ~~oui, mais avec beaucoup de difficulté~~
- ~~4~~ ~~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"/> 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

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

comp002

- 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

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

cepe001

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

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

cepe002

- ₁ pas du tout → *passer à la question 15*
₂ un peu
₃ beaucoup

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

cepe003

- ₁ oui ₂ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_b	b) Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_c	c) Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_d	d) Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_e	e) Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_f	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_g	g) Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_h	h) Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_i	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_j	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_k	k) Marcher sur une surface glissante (<i>par exemple: mouillée ou verglacée</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_l	l) Rendre visite à un ami ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_m	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_n	n) Marcher sur un terrain inégal (<i>par exemple: sol caillouteux, trottoir non entretenu</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_o	o) Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

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

- comp003
- 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

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

- comp004
- 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

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

- ₁ jamais, ou presque jamais → *passer à la question 21*
₂ moins d'une fois par mois → *passer à la question 21*
₃ moins d'une fois par semaine → *passer à la question 21*
₄ une fois par semaine
₅ deux fois par semaine
₆ 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_b	b) Rester assis(e) environ deux heures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_c	c) Se lever d'une chaise après être resté(e) longtemps assis(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_d	d) Monter plusieurs étages par les escaliers sans s'arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_e	e) Monter un étage par les escaliers sans s'arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_f	f) Se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_g	g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_h	h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_i	i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_j	j) Attraper un petit objet du bout des doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

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

- ₁ jamais → *passer à la question 25*
₂ au maximum une fois par mois
₃ 2 à 4 fois par mois
₄ 2 à 3 fois par semaine
₅ 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

- ₁ 1 verre
₂ 2 verres
₃ 3 à 4 verres
₄ 5 à 6 verres
₅ 7 à 9 verres
₆ 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

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

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

- ₁ oui ₂ non

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

comp008

- ₁ je fume actuellement → préciser ci-dessous la quantité
 _____ cigarettes / jour _____ pipes / j. _____ cigares / j. _____ cigarillos / j.
₂ je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a _____ ans
₃ 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"/> 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) Se coucher et se lever d'un lit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_f	f) Utiliser les toilettes, y compris s'asseoir et se 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) S'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

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".

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

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

COMPOSITION DE VOTRE MÉNAGE ACTUEL

29. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002

₁ je vis seul(e) → *passer à la question 30*

₂ je vis avec ^{soci002_0000_n} _____ 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 ₁ du conjoint (marié ou non)

soci002_0002 ₂ 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

₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine

₂ non ^{soci006_0000_n}

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

₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine

₂ non ^{soci007_0000_n}

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

₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine

₂ non ^{soci008_0000_n}

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REMPLI
CE QUESTIONNAIRE CHEZ VOUS

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