

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

Consignes pour remplir le questionnaire

Veillez lire attentivement chaque question et toutes les réponses proposées avant de cocher celle qui vous convient le mieux. Sauf indication contraire, une seule réponse doit être choisie !

Comme toute information recueillie dans le cadre de la Cohorte Lc65+, vos réponses seront traitées et analysées dans le plus strict respect de la confidentialité.

Nous vous serions reconnaissants de **remplir à l'avance ce questionnaire chez vous, et de l'amener lors de votre rendez-vous.**

VOTRE SANTÉ, VOTRE ÉNERGIE ET VOTRE BIEN-ÊTRE ACTUELS

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

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 s'aggrave ?

psyc001

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

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

sant002

- ₁ oui: *préciser combien* _____ kilos perdus
- ₂ non

sant002_0000_n

4. 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

5. 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

6. 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

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

psyc003

- ₁ oui
- ₂ non

8. 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

9. Durant les **quatre dernières semaines**, avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités suivantes: prendre une douche ou un bain, vous habiller, manger, entrer/sortir du lit ou du fauteuil, utiliser les toilettes ?

fonc010

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

10. Durant les **quatre dernières semaines**, avez-vous eu des difficultés pour faire vos achats ou pour accomplir vos tâches courantes à la maison ?

fonc011

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

11. 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_0011_t#

sant001_0012

₁₁ une arthrose ou une arthrite

sant001_0013

₁₂ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* sant001_0013_t#

sant001_0014

₁₃ un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique

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_0019_t#

sant001_0020_none

₁₈ aucune de ces maladies

12. 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 (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_t#
- sper002_0016_none ₁₆ je ne suis dérangé(e) par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

13. 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_t#
- traï001_0013_none ₁₃ je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

CHUTES ET PEUR DE TOMBER

14. 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

15. Avez-vous actuellement peur de tomber ?

- cepe002 ₁ pas du tout → *passer à la question 17*
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

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

₁ oui ₂ non

17. 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 vous ne faites pas l'une de ces activités, 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	cepe004_[a-p]000_p <i>Je ne le fais pas</i>
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"/>

ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUELLE

18. 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

19. 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

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

21. 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 23*
₂ moins d'une fois par mois → *passer à la question 23*
₃ moins d'une fois par semaine → *passer à la question 23*
₄ une fois par semaine
₅ deux fois par semaine
₆ trois fois par semaine ou plus

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

23. 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

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

24. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

- soci002
- ₁ je vis seul(e) → *passer à la question 25*
- ₂ je vis avec _____ autres personnes soci002_0000_n
*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) soci002_0001
₂ d'autre(s) personne(s) soci002_0002

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.

25. 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

26. Nous désirons aussi vous interroger sur votre bien-être au cours des dernières semaines. N'oubliez pas que nous souhaitons connaître votre situation actuelle et récente, et non votre situation passée.

Récemment, en particulier ces dernières semaines ...
(répondre à chaque ligne)

- psyc013_a a. **Vous êtes-vous senti(e) capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude
-
- psyc013_b b. **Avez-vous mal dormi à cause de préoccupations ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ un peu plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_c c. **Avez-vous eu l'impression de pouvoir vous rendre utile ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude
-
- psyc013_d d. **Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions en général ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude
-
- psyc013_e e. **Vous êtes-vous senti(e) constamment sous tension ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_f f. **Avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_g g. **Avez-vous été capable de tirer satisfaction de vos activités quotidiennes ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude
-
- psyc013_h h. **Avez-vous été capable de faire face aux difficultés ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude
-
- psyc013_i i. **Vous êtes-vous senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_j j. **Avez-vous perdu confiance en vous ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_k k. **Avez-vous eu l'impression d'être un(e) "moins que rien" ?**
₁ pas du tout ₂ pas plus que d'habitude ₃ plus que d'habitude ₄ bien plus que d'habitude
-
- psyc013_l l. **Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout compte fait ?**
₁ plus que d'habitude ₂ comme d'habitude ₃ moins que d'habitude ₄ bien moins que d'habitude

ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

27. 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_t#

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

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

28. 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_000_n

29. 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_000_n

30. 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_000_n