

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, ÉNERGIE ET 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. 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. Avez-vous involontairement perdu du poids durant les 12 derniers mois ?

sant002

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

sant002_0000_n

5. 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

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 → *passer à la question 8*
₂ un peu
₃ beaucoup
7. **Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**
 sper004 ₁ physique ₂ psychique (manque d'entrain, etc.) ₃ à la fois physique et psychique
8. **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
9. **Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**
 psyc003 ₁ oui ₂ non
10. **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
11. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e calme, équilibré-e, serein-e ?**
 psyc006 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
12. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e plein-e de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 psyc007 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
13. **Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e préoccupé-e et anxieux-se ?**
 psyc005 ₁ oui ₂ non
14. **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
15. **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

PROBLÈMES DE SANTÉ

16. 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_0011_t#
- sant001_0012 12 une arthrose ou une arthrite
- sant001_0013 13 un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* _____
sant001_0013_t#
- 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_0019_t#
- sant001_0020_none 20 **aucune** de ces maladies

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

18. 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

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

MOBILITÉ

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

Répondre à chaque ligne

		Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés ou impossible
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) Vous 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 <u>plusieurs</u> étages par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_e	e) Monter <u>un</u> étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_f	f) Vous pencher, vous agenouiller ou vous 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

CHUTES ET PEUR DE TOMBER

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

- cepe001
- ₁ non
- ₂ oui, une fois
- ₃ oui, plusieurs fois

22. Avez-vous peur de tomber ?

- cepe002
- ₁ pas du tout → *passer à la question 24*
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

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

- cepe003
- ₁ oui ₂ non

24. 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".

		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	Je ne le fais pas
cepe004_a	a) Faire votre ménage (par exemple: balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière)	<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 parlerre	<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 (par exemple: mouillée ou verglacée)	<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 (par exemple: sol caillouteux, trottoir non entretenu)	<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 (par exemple: pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

25. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002

₁ je vis seul-e → *passer à la question 26*

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) soci002_0001

soci002_0002 ₂ d'autre-s personne-s

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

26. 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

27. 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

soci007 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
soci007_0000_n

28. 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

soci008 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
soci008_0000_n

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.

29. 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

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

ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

31. 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

32. 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

Les dernières pages de ce questionnaire sont consacrées à diverses activités, de loisirs ou autres, et aux raisons qui vous motivent à les entretenir.

ACTIVITÉS

33. Parmi les activités suivantes, lesquelles pratiquez-vous au moins une fois par semaine ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

Indiquer aussi les activités que vous ne pratiquez que lorsque la saison/la météo le permet

- lois001_0001 a Gymnastique, aquagym, yoga, Taï Chi Chuan
- lois001_0002 b Autres sports (sauf la danse), par ex. vélo, natation, ballades/randonnée/Nordic Walking, etc.
- lois001_0003 c Danse
- lois001_0004 d Jardinage
- lois001_0005 e Bricolage, travaux de réparation ou d'installation dans la maison
- lois001_0006 f Peinture, dessin, sculpture, photographie
- lois001_0007 g Couture, tricot, crochet
- lois001_0008 h Jeux de société (échecs, cartes, scrabble, etc.)
- lois001_0009 i Mots croisés, mots fléchés, sudokus, puzzles, etc.
- lois001_0010 j Écoute de musique à votre domicile
- lois001_0011 k Fréquentation de concerts, théâtres, cinémas, visites de musées, d'expositions
- lois001_0012 l Pratique d'un instrument de musique ou du chant
- lois001_0013 m Pratique du théâtre ou d'autres activités de spectacle
- lois001_0014 n Ecriture
- lois001_0015 o Lecture
- lois001_0016 p Utilisation d'un ordinateur
- lois001_0017 q Communication informatique, fréquentation de réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.)
- lois001_0018 r Rencontre d'amis ou de proches (visites, invitations, restaurants, clubs)
- lois001_0019 s Fréquentation de lieux de culte
- lois001_0020 t Méditation, prière, réflexion sur soi, tenue de journal intime, etc.
- lois001_0021 u Massages, bains, soins de bien-être
- lois001_0022 v Transmission de connaissances et d'expérience, enseignement, coaching
- lois001_0023 w Autres activités: *préciser* _____

lois001_0023_t#

34. Quelles sont vos trois principales raisons pour entretenir les activités cochées à la question 33 (ci-dessus) ? *Cocher une à trois cases au maximum*

- lois002_0001 a Maintenir une bonne forme
- lois002_0002 b Stimuler ma mémoire
- lois002_0003 c Créer, conserver des liens sociaux
- lois002_0004 d Me détendre, me ressourcer
- lois002_0005 e Me cultiver
- lois002_0006 f M'informer, me tenir au courant
- lois002_0007 g Apprendre, acquérir de nouvelles compétences
- lois002_0008 h M'exprimer
- lois002_0009 i Me sentir utile
- lois002_0010 j Changer de rythme
- lois002_0011 k Mieux me connaître, être à l'écoute de mes propres besoins
- lois002_0012 l Autres raisons: *préciser* _____

lois002_0012_t#

35. Parmi ces activités, y en a-t-il une à laquelle vous tenez particulièrement ?

- lois003 1 oui : *préciser laquelle* _____ 2 non

lois003_0000_t#

36. 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

37. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de manquer de temps libre pour faire tout ce dont vous avez envie ?

lois004 ₁ oui, souvent ₂ oui, parfois ₃ non, jamais → *passer à la question 39*

38. Si vous disposiez de plus de temps, quelle activité choisiriez-vous d'entreprendre en premier ?

lois005_0000_t#

39. Devez-vous renoncer à certaines activités en raison de leur coût ?

lois006 ₁ oui ₂ non → *passer à la question 41*

40. Si vous disposiez de plus de moyens, quelle activité choisiriez-vous d'entreprendre en premier ?

lois007_0000_t#

41. A quelle fréquence vous déplacez-vous hors de Lausanne (quelles qu'en soient les raisons) ?

lois008 (Attention: si vous n'habitez plus sur Lausanne, cocher ici ₉ et passer à la question 42)

	Chaque jour ou presque	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par année	Une fois par année ou moins
lois009	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

42. Conduisez-vous une voiture ?

lois010 ₁ oui → *passer à la question 45* ₂ non

- lois011 **43. Devez-vous renoncer à certaines activités parce que vous ne conduisez pas ?**
₁ oui ₂ non → [passer à la question 45](#)
- lois012_0000_t# **44. Si vous conduisiez, quelle activité choisiriez-vous d'entreprendre en premier ?**

- lois013 **45. Devez-vous renoncer à certaines activités de loisirs en raison de douleurs ou d'une mobilité limitée ?**
₁ oui: [préciser quelle\(s\) activité\(s\)](#) _____
₂ non lois013_0000_t#
- lois014 **46. La crainte de "ne pas savoir vous y prendre" ou de "ne pas y arriver" vous fait-elle renoncer à entreprendre une activité qui vous intéresserait ?**
₁ oui: [préciser quelle\(s\) activité\(s\)](#) _____
₂ non lois014_0000_t#
- lois015 **47. Un manque de familiarité avec les technologies vous fait-elle renoncer à certaines activités ?**
₁ oui ₂ non → [passer à la question 49](#)
- lois016_0001 **48. La maîtrise de quelle-s technologie-s vous manque-t-elle ?**
[Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles](#)
 lois016_0002 _a ordinateurs
 lois016_0003 _b "smartphones"
_c autre(s): [préciser](#) _____
 lois016_0003_t#
- lois017 **49. Vivez-vous avec un ou des animaux domestiques ?**
₁ oui, un animal ₂ oui, plusieurs animaux ₃ non → [FIN DU QUESTIONNAIRE](#)
- lois018_0001 **50. Avec quel-s animal-aux vivez-vous ?**
[Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles](#)
 lois018_0002 _a chat(s)
 lois018_0003 _b chien(s)
_c autre(s): [préciser](#) _____
 lois018_0003_t#
- lois019 **51. 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 prendre ce questionnaire complété avec vous lors de votre rendez-vous.