

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

### Questionnaire de suivi 2025

#### VOTRE SANTÉ

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

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 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\_0004

- ☐<sub>4</sub> Une insuffisance cardiaque

sant001\_0005

- ☐<sub>5</sub> Une maladie des valves ou du muscle cardiaque

sant001\_0006

- ☐<sub>6</sub> Une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)

sant001\_0007

- ☐<sub>7</sub> Du diabète

sant001\_0008

- ☐<sub>8</sub> Une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)

sant001\_0009

- ☐<sub>9</sub> De l'asthme

sant001\_0010

- ☐<sub>10</sub> De l'ostéoporose

sant001\_0011

- ☐<sub>11</sub> Des fractures osseuses : *préciser où* \_\_\_\_ sant001\_0011\_t1 \_\_\_\_\_

sant001\_0012

- ☐<sub>12</sub> Une arthrose ou une arthrite

sant001\_0013

- ☐<sub>13</sub> Un cancer, une tumeur maligne, un lymphome : *préciser* \_\_\_\_ sant001\_0013\_t1 \_\_\_\_\_

sant001\_0014

- ☐<sub>14</sub> Un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique

sant001\_0015

- ☐<sub>15</sub> Une dépression

sant001\_0016

- ☐<sub>16</sub> La maladie de Parkinson

sant001\_0017

- ☐<sub>17</sub> La maladie d'Alzheimer

sant001\_0018

- ☐<sub>18</sub> Une infection par le VIH

sant001\_0019

- ☐<sub>19</sub> Une autre maladie chronique : *préciser* \_\_\_\_ sant001\_0019\_t1 \_\_\_\_\_

sant001\_0020\_none

- ☐<sub>20</sub> Aucune de ces maladies

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

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

- sper002\_0001 ☐<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\_0007 ☐<sub>7</sub> des trous de mémoire qui affectent votre vie de tous les jours
- sper002\_0008 ☐<sub>8</sub> des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites
- 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 (par 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\_0015 ☐<sub>15</sub> d'autres problèmes : *préciser* \_\_\_ sper002\_0015\_t1 \_\_\_
- sper002\_0016\_none ☐<sub>16</sub> je ne suis dérangé-e par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

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

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

|                      |                                                                                 | a) médicaments<br>traditionnels        | b) médicaments<br>d'homéopathie ou<br>de naturopathie |                      |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|
| tra001_0001          | a) pour baisser la tension artérielle (hypertension)                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>                 | tra001_b001          |
| tra001_0002          | b) pour baisser le cholestérol                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>                 | tra001_b002          |
| tra001_0003          | c) pour le cœur                                                                 | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>                 | tra001_b003          |
| tra001_0015          | d) pour l'asthme ou la bronchite chronique                                      | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>                 | tra001_b015          |
| tra001_0014          | e) pour le diabète                                                              | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>                 | tra001_b014          |
| tra001_0007          | f) pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>                 | tra001_b007          |
| tra001_0008          | g) pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)                          | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>                 | tra001_b008          |
| tra001_0009          | h) pour les problèmes de sommeil (somnifères)                                   | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub>                 | tra001_b009          |
| tra001_0010          | i) pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs) | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>  | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>                 | tra001_b010          |
| tra001_0011          | j) pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (œstrogènes)       | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub>                | tra001_b011          |
| tra001_0012          | k) pour d'autres problèmes :<br><i>préciser</i> ___ tra001_0012_t1 ___          | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub>                | tra001_b012          |
| tra001_0013<br>_none | l) il n'y a <b>aucun</b> médicament que je prenne au moins une fois par semaine | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub>                | tra001_b013<br>_none |

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

- sant002 ☐<sub>1</sub> Oui : *préciser combien* \_\_\_ sant002\_0000\_n \_\_\_ kilos perdus ☐<sub>2</sub> Non

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

- comp001 ☐<sub>1</sub> Oui, j'ai plus d'appétit que l'an dernier
- ☐<sub>2</sub> Oui, j'ai moins d'appétit que l'an dernier
- ☐<sub>3</sub> Non, mon appétit n'a pas changé

## ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

- sper003

☐<sub>2</sub> Un peu

sper004

sper005

☐<sub>2</sub> Un peu

psyc003

☐ Non

- psyc004

$\square_2$  Non

- psvc005

☐ Non

- psyc006

Jamais

□<sub>6</sub>

- soci001

Jamais

□ 6

- psvc007

Jamais

□<sub>6</sub>

- sper006

Énormément

5

## MÉMOIRE ET CONCENTRATION

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

*Répondre à chaque ligne*

|           |                                                                                                       | Jamais                                | Rare-<br>ment                         | Parfois                               | Souvent                               | Très<br>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

**20. 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

**21. 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

**22. À 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

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

comp005\_0000\_m \_\_\_\_\_ minutes par jour

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

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

comp006

- ☐<sub>1</sub> Jamais, ou presque jamais  
☐<sub>2</sub> Moins d'une fois par mois  
☐<sub>3</sub> Moins d'une fois par semaine  
☐<sub>4</sub> Une fois par semaine  
☐<sub>5</sub> Deux fois par semaine  
☐<sub>6</sub> Trois fois par semaine ou plus

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

comp007\_0000\_m

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

**26. À quelle fréquence pratiquez-vous des formes de mouvements moins intensifs, c'est-à-dire des activités au cours desquelles vous êtes au moins un peu essoufflé-e, mais qui ne vous font pas nécessairement transpirer ?**

(par ex. marche rapide, excursions à pied, danse, jardinage)

comp036\_0000\_n

\_\_\_\_\_ jours par semaine (si aucune activité moins intensive, noter zéro et passer à la question 28)

**27. Les jours où vous pratiquez des activités physiques moins intensives, quelle est en moyenne la durée ?**

comp037\_0000\_m

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

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

Répondre à chaque ligne

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

**29. Êtes-vous tombé-e durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?**

cepe001

- ☐<sub>1</sub> Non  
☐<sub>2</sub> Oui, une fois  
☐<sub>3</sub> Oui, plusieurs fois

**30. Avez-vous peur de tomber ?**

cepe002

- ☐<sub>1</sub> Pas du tout → [passer à la question 32](#)  
☐<sub>2</sub> Un peu  
☐<sub>3</sub> Beaucoup

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

cepe003

- ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

## ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

### 32. 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<br>difficulté                  | Difficultés,<br>mais pas<br>d'aide    | Je reçois<br>de l'aide                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| fonc002_a | a) Vous 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) Vous coucher et vous 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 vous asseoir, vous 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) Vous 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> |

### 33. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la dernière semaine, veuillez indiquer à quelle fréquence vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste.

Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Répondre à chaque ligne

|           |                                                                           | Jamais,<br>très rarement<br>(moins d'1 jour) | Occasionnel-<br>lement<br>(1 à 2 jours) | Assez<br>souvent<br>(3 à 4 jours)     | Fréquemment,<br>tout le temps<br>(5 à 7 jours) |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| psyc022_a | a) J'ai été contrarié·e par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_b | b) J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_c | c) Je me suis senti·e déprimé·e                                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_d | d) J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_e | e) J'ai été confiant·e en l'avenir                                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_f | f) Je me suis senti·e craintif·ve                                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_g | g) Mon sommeil n'a pas été bon                                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_h | h) J'ai été heureux·se                                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_i | i) Je me suis senti·e seul·e                                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |
| psyc022_j | j) J'ai manqué d'entrain                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>          |

## VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

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

sdsa001\_0000\_n \_\_\_\_\_ consultations (*si vous n'avez pas consulté, noter zéro et passer à la question 36*)

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

sdsa002\_0000\_n \_\_\_\_\_ consultations (*si vous n'avez pas consulté en urgence, noter zéro*)

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

sdsa003\_0000\_n \_\_\_\_\_ hospitalisations

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

traï002 ☐<sub>1</sub> Oui : *préciser* \_\_\_\_ traï002\_0000\_t1 \_\_\_\_\_ ☐<sub>2</sub> Non

**38. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?**

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>sdsa022_a <b>a) Dispensés par des professionnel-les</b></p> <p>sdsa022_b <input type="checkbox"/><sub>1</sub> Oui, régulièrement</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Oui, temporairement</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> Non</p> | <p><b>b) Dispensés par vos proches</b></p> <p><input type="checkbox"/><sub>1</sub> Oui, régulièrement</p> <p><input type="checkbox"/><sub>2</sub> Oui, temporairement</p> <p><input type="checkbox"/><sub>3</sub> Non</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**39. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?**

sdsa006 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

**40. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des 12 derniers mois ?**

sdsa007 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

**41. Vivez-vous actuellement dans un appartement adapté ?**

*Un logement adapté est un appartement privé offrant :*

- 1) *une architecture adaptée permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite,*
- 2) *un système d'alarme avec un système de réponse aux appels, par exemple en cas de chute, et*
- 3) *des espaces communautaires, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, qui permettent des échanges ou des animations diverses.*

sdsa008 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

**42. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?**

sdsa021 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

**43. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?**

econ001 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>9</sub> Je ne sais pas

## RESSOURCES ÉCONOMIQUES

**44. Recevez-vous actuellement des subsides du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**

econ002 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>9</sub> Je ne sais pas

**45. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**

econ003 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>9</sub> Je ne sais pas

- econ020 46. Si votre ménage devait faire face à une dépense inattendue d'environ 2500 francs, serait-il capable de la financer en un mois par ses propres moyens, c'est-à-dire sans l'aide financière de tiers et sans détériorer sa situation financière ? (par ex. grâce à des économies)  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non ☐<sub>9</sub> Je ne sais pas
- econ019 47. Compte tenu du revenu mensuel total de votre ménage, diriez-vous que vous arrivez à joindre les deux bouts...  
☐<sub>1</sub> très difficilement ☐<sub>2</sub> assez difficilement ☐<sub>3</sub> assez facilement ☐<sub>4</sub> facilement
- econ021 48. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage ? (par ex. impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.)  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non
- econ022 49. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un dans votre ménage a-t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent ? (par ex. dentiste, médecin, achat de médicaments, etc.)  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non
- econ023 50. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous-même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin ?  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non
- econ024 51. Durant **le dernier mois**, est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage ?  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non
- econ025 52. **Actuellement**, le remboursement d'argent vous pose-t-il un problème important ? (par ex. à la banque, à votre famille, à vos proches, etc.)  
☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

## SEXE ET GENRE

*Les questions suivantes portent de manière large sur des aspects personnels et sociaux liés au sexe, à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle. Elles nous permettront de mieux comprendre la diversité des expériences et des besoins au sein de la population.*

- sege001 53. À la naissance, un sexe est déterminé pour chaque personne. Quel sexe vous a-t-on attribué à la naissance ?  
☐<sub>1</sub> Féminin  
☐<sub>2</sub> Masculin  
☐<sub>3</sub> Intersexe  
☐<sub>9</sub> Je ne souhaite pas répondre
- sege002 54. L'identité de genre correspond au genre auquel une personne s'identifie. Par exemple, une personne peut se voir attribuer le sexe masculin à la naissance et continuer à s'identifier au genre masculin plus tard dans la vie, ou se sentir femme plus tard et s'identifier ainsi au genre féminin.  
À quel genre vous identifiez-vous actuellement, selon votre ressenti profond ?  
☐<sub>1</sub> Féminin  
☐<sub>2</sub> Masculin  
☐<sub>3</sub> Autre : *préciser (par ex. non-binaire, agendre, genre fluide, etc.)* \_\_\_\_\_ sege002\_0000\_t1 \_\_\_\_\_  
☐<sub>9</sub> Je ne souhaite pas répondre

sege003

**55. Les personnes diffèrent en termes d'attirance sexuelle pour les autres. Parmi les options ci-dessous, laquelle correspond le mieux à votre situation actuelle ?**

- ☐<sub>1</sub> Je suis attiré-e uniquement par les femmes  
☐<sub>2</sub> Je suis attiré-e surtout par les femmes  
☐<sub>3</sub> Je suis autant attiré-e par les femmes que par les hommes  
☐<sub>4</sub> Je suis attiré-e surtout par les hommes  
☐<sub>5</sub> Je suis attiré-e uniquement par les hommes  
☐<sub>6</sub> Je ne ressens pas d'attirance sexuelle pour les autres  
☐<sub>9</sub> Je ne souhaite pas répondre

### 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.*

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

Répondre à chaque ligne

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

### ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

**57. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**

soci002

- ☐<sub>1</sub> Je vis seul-e → *passer à la question 58*

soci002\_0000\_n

- ☐<sub>2</sub> 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) :*

soci002\_0001

Il s'agit : ☐<sub>1</sub> du conjoint ou de la conjointe (marié-e ou non)

soci002\_0002

☐<sub>2</sub> d'autre(s) personne(s)

**58. Dans quelle mesure chacune des déclarations ci-dessous s'applique-t-elle à votre situation, selon ce que vous ressentez actuellement ?**

Répondre à chaque ligne

|           |                                                                         | Oui                                   | Plus ou moins                         | Non                                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| soci053_a | a) Je peux m'appuyer sur suffisamment de personnes en cas de problème   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| soci053_b | b) J'éprouve un sentiment général de vide                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| soci053_c | c) Je regrette de ne pas avoir plus de monde autour de moi              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| soci053_d | d) Il y a beaucoup de personnes sur lesquelles je peux vraiment compter | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| soci053_e | e) J'ai souvent l'impression d'être tenu·e à l'écart                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| soci053_f | f) Il y a suffisamment de personnes dont je me sens proche              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

### ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

**59. 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      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des difficultés financières majeures                                             |
| even001_0002      | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des maladies nouvelles : <u>préciser</u> _____ even001_0002_t1 _____             |
| even001_0003      | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des maladies importantes que vous aviez déjà                                     |
| even001_0004      | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche     |
| even001_0005      | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un accident ou une blessure                                                      |
| even001_0006      | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Une séparation de votre couple (marié ou non marié)                              |
| even001_0007      | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> D'autres difficultés dans votre couple                                           |
| even001_0008      | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple           |
| even001_0009      | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisin·es ou des ami·es               |
| even001_0010      | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Le décès de votre conjoint·e ou partenaire                                      |
| even001_0011      | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Le décès de l'un de vos enfants                                                 |
| even001_0012      | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Le décès de votre père ou de votre mère                                         |
| even001_0013      | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Le décès d'un frère ou d'une sœur                                               |
| even001_0014      | <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> Le décès d'un autre parent ou d'un·e ami·e proche                               |
| even001_0015      | <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> Le décès d'un animal de compagnie                                               |
| even001_0016      | <input type="checkbox"/> <sub>16</sub> Un déménagement forcé ou la perte de votre logement                             |
| even001_0017      | <input type="checkbox"/> <sub>17</sub> Un déménagement volontaire                                                      |
| even001_0018      | <input type="checkbox"/> <sub>18</sub> Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats             |
| even001_0019      | <input type="checkbox"/> <sub>19</sub> Une agression ou un vol                                                         |
| even001_0020      | <input type="checkbox"/> <sub>20</sub> Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un·e ami·e |
| even001_0021_none | <input type="checkbox"/> <sub>21</sub> <b>Aucun</b> des événements mentionnés ci-dessus                                |

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

|         |                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------|
| psyc010 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Aucune importance          |
|         | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Peu d'importance           |
|         | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Une importance modérée     |
|         | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Une grande importance      |
|         | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Une très grande importance |

## ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

### 61. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?

*Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne*

soci006  
soci006\_0000\_n

☐<sub>1</sub> Oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine ☐<sub>2</sub> Non

### 62. 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  
soci007\_0000\_n

☐<sub>1</sub> Oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine ☐<sub>2</sub> Non

### 63. 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  
soci008\_0000\_n

☐<sub>1</sub> Oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine ☐<sub>2</sub> Non

## ACTIVITÉS GÉNÉRALES

### 64. 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

☐<sub>1</sub> Gymnastique, aquagym, yoga, Taï Chi Chuan

lois001\_0002

☐<sub>2</sub> Autres sports (sauf la danse), par ex. vélo, natation, balades/randonnée/Nordic Walking, etc.

lois001\_0003

☐<sub>3</sub> Danse

lois001\_0004

☐<sub>4</sub> Jardinage

lois001\_0005

☐<sub>5</sub> Bricolage, travaux de réparation ou d'installation dans la maison

lois001\_0006

☐<sub>6</sub> Peinture, dessin, sculpture, photographie

lois001\_0007

☐<sub>7</sub> Couture, tricot, crochet

lois001\_0008

☐<sub>8</sub> Jeux de société (échecs, cartes, scrabble, etc.)

lois001\_0009

☐<sub>9</sub> Mots croisés, mots fléchés, sudokus, puzzles, etc.

lois001\_0010

☐<sub>10</sub> Écoute de musique à votre domicile

lois001\_0011

☐<sub>11</sub> Fréquentation de concerts, théâtres, cinémas, visites de musées, d'expositions

lois001\_0012

☐<sub>12</sub> Pratique d'un instrument de musique ou du chant

lois001\_0013

☐<sub>13</sub> Pratique du théâtre ou d'autres activités de spectacle

lois001\_0014

☐<sub>14</sub> Ecriture

lois001\_0015

☐<sub>15</sub> Lecture

lois001\_0016

☐<sub>16</sub> Utilisation d'un ordinateur

lois001\_0017

☐<sub>17</sub> Communication informatique, fréquentation de réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, etc.)

lois001\_0018

☐<sub>18</sub> Rencontre d'amis ou de proches (visites, invitations, restaurants, clubs)

lois001\_0019

☐<sub>19</sub> Fréquentation de lieux de culte

lois001\_0020

☐<sub>20</sub> Méditation, prière, réflexion sur soi, tenue de journal intime, etc.

lois001\_0021

☐<sub>21</sub> Massages, bains, soins de bien-être

lois001\_0022

☐<sub>22</sub> Transmission de connaissances et d'expérience, enseignement, coaching

lois001\_0023

☐<sub>23</sub> Autres activités : *préciser* \_\_\_\_\_ lois001\_0023\_t1 \_\_\_\_\_

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

*Répondre à chaque ligne*

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

**66. Conduisez-vous une voiture ?**

lois010 ☐<sub>1</sub> Oui ☐<sub>2</sub> Non

**67. Devez-vous renoncer à certaines activités en raison...**

*Répondre à chaque ligne*

|           |                                                     | Oui, souvent                          | Oui, parfois                          | Non, jamais                           |
|-----------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| lois021_a | a) de leur coût ?                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| lois021_b | b) de douleurs ou d'une mobilité limitée ?          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| lois021_c | c) du manque de temps libre ?                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| lois021_d | d) du manque de familiarité avec les technologies ? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| lois021_e | e) de la crainte de « ne pas y arriver » ?          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| lois021_f | f) du fait que vous ne conduisez pas de voiture ?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**68. Vivez-vous avec un ou des animaux domestiques ?**

lois017 ☐<sub>1</sub> Oui, un animal ☐<sub>2</sub> Oui, plusieurs animaux ☐<sub>3</sub> Non → *FIN DU QUESTIONNAIRE*

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

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

- lois018\_0001 ☐<sub>1</sub> chat(s)
- lois018\_0002 ☐<sub>2</sub> chien(s)
- lois018\_0003 ☐<sub>3</sub> autre(s) : *préciser* \_\_\_\_\_ lois018\_0003\_t1 \_\_\_\_\_

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

- lois019 ☐<sub>1</sub> 3 fois par jour ou plus
- ☐<sub>2</sub> 2 fois par jour
- ☐<sub>3</sub> 1 fois par jour
- ☐<sub>4</sub> parfois, mais moins d'une fois par jour
- ☐<sub>5</sub> jamais ou presque

**NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION**

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