

Comment REMPLIR ce questionnaire ?

Les réponses à la plupart des questions des pages suivantes peuvent être données en cochant simplement la case située au-dessous ou à côté de la réponse qui vous convient.

Merci de ne cocher qu'une seule case :

Correct ou

Incorrect

Nous vous prions de répondre aux questions l'une après l'autre. Ne sautez de questions que lorsque vous êtes explicitement invité à le faire.

Exemple:

Avez-vous des enfants?

₁ Oui

₅ Non → *Passez à la question...*



Si vous cochez « oui » dans cet exemple, continuez avec la question suivante.

Si vous cochez « non » dans cet exemple, passez à la question indiquée dans l'encadré.

Comment retourner ce questionnaire

Si l'enquêteur se trouve encore chez vous quand vous avez fini de remplir le questionnaire, nous vous demandons de le lui donner. Sinon, merci de bien vouloir le renvoyer dans l'enveloppe pré-affranchie dès que possible. *Si vous avez besoin d'une nouvelle enveloppe, n'hésitez pas à appeler LINK au numéro 041 367 71 68.*

MERCI DE DEMARRER LE QUESTIONNAIRE PAR LA QUESTION N°1 SUR LA PAGE SUIVANTE.

TOUTES VOS REPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. NOUS VOUS REMERCIONS ENCORE UNE FOIS POUR VOTRE AIDE.

1. Voici tout d'abord quelques expressions que les gens utilisent pour décrire leur existence et comment ils se sentent. Nous voudrions savoir à quel point vous êtes d'accord ou pas d'accord pour vous personnellement avec chacune des expressions.
 (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a) Je poursuis mes objectifs avec beaucoup d'énergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durant les périodes d'incertitude, je m'attends généralement à ce que les choses finissent au mieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Je suis toujours optimiste concernant mon avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent comme je le voudrais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Je trouve toujours une façon de résoudre un problème là où les autres ont renoncé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Je m'attends rarement à ce qu'il m'arrive quelque chose de bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Compte tenu de mes expériences passées, je me sens bien armé(e) face à l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les énoncés suivants concernent les devoirs que les gens peuvent avoir vis-à-vis de leur famille. Indiquez-nous dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chaque affirmation.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a) Les parents devraient faire de leur mieux pour leurs enfants, même si c'est au détriment de leur propre bien-être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les grands-parents devraient être là pour leurs petits-enfants en cas de difficultés (comme le divorce des parents ou une maladie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les grands-parents devraient contribuer à la sécurité économique de leurs petits-enfants et de leurs familles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Les grands-parents devraient aider les parents de leurs petits-enfants à prendre soin des petits-enfants quand ceux-ci sont jeunes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. A votre avis, qui – de la famille ou des pouvoirs publics – devrait assumer chacune des responsabilités suivantes... :

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Uniquement la famille	Surtout la famille	Les deux de manière égale	Surtout les pouvoirs publics	Uniquement les pouvoirs publics
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a) Une aide financière aux personnes âgées qui sont dans le besoin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Une aide ménagère aux personnes âgées qui en ont besoin, telle que l'aide pour le ménage ou le lavage du linge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Une aide personnelle aux personnes âgées qui en ont besoin, telle qu'une aide pour se soigner, se laver ou s'habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Il y a parfois des questions importantes à propos desquelles nous sommes en désaccord avec des personnes proches, et qui peuvent donc mener à des conflits. Indiquez-nous, je vous prie, à quelle fréquence vous avez des conflits, si vous en avez, avec chacune des personnes suivantes. (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

→ Si vos parents ne sont plus en vie ou si vous n'avez pas de beaux-parents, de partenaire ou d'enfants, etc., cocher "Ne s'applique pas".

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne s'applique pas
a) Mes parents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Mes beaux-parents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Ma/mon conjoint(e), ma/mon partenaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Mes enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) D'autres membres de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Des amis, collègues ou connaissances	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. A quelle fréquence avez-vous des conflits avec vos enfants ou beaux-enfants au sujet de l'éducation de vos petits-enfants ? (Ne cochez qu'une seule case)

→ Si vous n'avez pas d'enfants ou de petits-enfants, cocher "Ne s'applique pas".

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne s'applique pas
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Vivez-vous ou avez-vous déjà vécu en ménage avec un/e conjoint(e) ou un/une partenaire?

₁ Oui ₅ Non → Passer à la question 8.



7. Qui, dans le couple, assure ou assurait la plus grande part des tâches suivantes... ?

(Prière de ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Seulement moi-même	Surtout moi-même	Les deux de manière égale	Surtout mon/ma partenaire	Seulement mon/ma partenaire	Ne s'applique pas
a) L'éducation des enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Gagner l'argent du ménage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Faire la cuisine, le ménage, laver et repasser le linge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) S'occuper des parents âgés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. Dans la question suivante, nous nous intéressons à des aspects de la consultation médicale. A quelle fréquence votre soignant habituel (médecin ou infirmière) ...

(Prière de ne cochez qu'une seule case par ligne)

	A chaque visite ▼ ₁	Parfois ▼ ₂	Jamais ▼ ₃
a) ... vous demande combien vous faites d'exercice physique ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... vous dit que vous devriez faire régulièrement de l'exercice ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... vous demande s'il vous arrive de tomber ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... vérifie votre équilibre ou la façon dont vous marchez ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ... vous interroge sur les médicaments que vous prenez, aussi bien ceux achetés de votre propre initiative que ceux prescrits par un autre médecin ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. Dans quelle mesure vous sentez-vous encouragé(e) à parler avec votre soignant habituel (médecin ou infirmière) de ... (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Fortement encouragé ▼ ₁	Plutôt encouragé ▼ ₂	Plutôt découragé ▼ ₃	Fortement découragé ▼ ₄
a) ... problèmes de santé physique , telles que douleur, mobilité réduite, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ... problèmes d'ordre émotionnel, nerveux ou psychique , tels que stress, tristesse, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ... problèmes de santé sensibles , tels que vie sexuelle, problèmes d'incontinence, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) ... problèmes sociaux qui ont une influence sur la santé , tels que la famille, les problèmes au travail, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. En général, à quelle fréquence votre soignant habituel (médecin ou infirmière) ... (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Toujours ▼ ₁	La plupart du temps ▼ ₂	Rarement ▼ ₃	Jamais ▼ ₄
a) ...vous explique-t-il les résultats de vos examens médicaux (laboratoire, radiologie, etc.) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) ...vous explique-t-il les différentes options de traitement ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) ...écoute-t-il votre avis et tient-il compte de vos préférences pour le choix des traitements ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Les questions suivantes concernent la prévention. Au cours des 12 derniers mois... (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Oui ▼ ₁	Non ▼ ₅
a) ...vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre taux de cholestérol ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre taux de sucre dans le sang (pour le dépistage du diabète) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Au cours des deux dernières années, avez-vous eu un examen des yeux réalisé par un spécialiste (ophtalmologue ou optométriste) ?

₁ Oui

₅ Non

13. *Si vous-êtes une femme* : Au cours des deux dernières années, avez-vous fait une mammographie (radiographie des seins) ?

₁ Oui

₈ Ne s'applique pas
(pour les hommes)

₅ Non

14. Avez-vous actuellement un ou plusieurs des animaux domestiques suivants dans votre ménage ?

(Cochez toutes les cases appropriées)

	Oui	Non
	▼	▼
a) Chien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Chat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Oiseau	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Poisson	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Autres animaux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

15. Pour finir, merci d'indiquer votre sexe et votre année de naissance :

a) Je suis ...

Un homme ₁

Une femme ₂

b) Je suis né(e) en (année)

Nous vous remercions vivement d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Merci de rendre ce questionnaire à l'enquêteur ou de le retourner par la poste dans l'enveloppe fournie.