

| | | | | | Household-ID | | | | | | | | Person-ID | |
|---|---|---|---|---|--------------|--|--|--|--|--|---|---|-----------|--|
| 2 | 3 | 0 | 4 | 2 | | | | | | | 0 | 0 | | |

Interview Date: / /

Interviewer ID: _____

Respondent's Initials: _____

"50+ en Europe"

Enquête sur la Santé, le Vieillissement, Et la Retraite en Europe

Questionnaire Auto-administré

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(1) case :

Correct : ou

Incorrect :

Veillez procéder question par question. Passer des questions uniquement d'il y a une instruction explicite qui le mentionne.

Exemple:

Avez-vous des enfants?

₁ Oui

₅ Non



Allez à la question ...



*Si vous cochez "Oui"
dans cet exemple,
vous allez à la
question suivante*

*Si vous cochez "Non"
dans cet exemple, vous
allez à la question
donnée dans l'instruction*

Comment retourner ce questionnaire ?

Si l'enquêteur est encore chez vous lorsque vous avez fini de remplir le questionnaire, merci de le lui restituer. Sinon, merci de le renvoyer dans l'enveloppe pré-affranchie dès que possible. Si vous avez besoin d'une autre enveloppe, veuillez appeler le Panel Démographie Familiale au 04.366.21.86.

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

TOUTES VOS REPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. NOUS VOUS REMERCIONS A NOUVEAU DE VOTRE AIDE.

1. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?

(Ne cochez qu'une seule case)

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Plutôt satisfait(e) | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Plutôt insatisfait(e) | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Très insatisfait(e) | <input type="checkbox"/> ₄ |

2. Voici une liste d'expressions que les gens utilisent pour décrire leur vie et la façon dont ils se sentent. Nous voudrions savoir à quelle fréquence il vous arrive de les appliquer à vous-même.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

| | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a) Mon âge m'empêche de faire ce que je voudrais | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| b) J'ai le sentiment de ne pas contrôler ce qui m'arrive | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| c) Je me sens à l'écart des choses | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| d) J'arrive à faire ce que je veux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| e) Les responsabilités familiales m'empêchent de faire ce que je veux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| f) Le manque d'argent m'empêche de faire ce que je veux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| g) J'aborde chaque nouvelle journée avec impatience | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| h) Je trouve que ma vie a un sens | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| i) Au total, je repense à l'ensemble de mon existence avec bonheur | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| j) Ces jours-ci, je me sens plein d'énergie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| k) Je trouve que la vie offre plein de possibilités | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| l) Je pense que l'avenir se présente bien pour moi | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |

3. Voici encore d'autres expressions que les gens utilisent pour décrire leur vie et la façon dont ils se sentent. Indiquez-nous à quel point vous approuvez ou désapprouvez ces expressions pour ce qui vous concerne.

(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 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a) Je poursuis mes objectifs avec beaucoup d'énergie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) En cas d'incertitude, je m'attends toujours au meilleur | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Je suis toujours optimiste quant à mon avenir | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent comme je le voudrais | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Je continue à trouver des réponses aux problèmes là où les autres ont renoncé | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Je m'attends rarement à ce qu'il m'arrive de bonnes choses | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| g) Compte tenu de mes expériences passées, je me sens bien armé(e) face à l'avenir | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| | Strongly agree | Agree | Neither agree nor disagree | Disagree | Strongly disagree |

4. A quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants au cours de la semaine écoulée

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

| | Presque tout le temps ▼ | La plupart du temps ▼ | De temps en temps ▼ | Presque jamais ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Je me suis senti(e) déprimé(e) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| b) J'ai eu l'impression que tout me demandait un effort | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| c) Mon sommeil était agité | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| d) Je me suis senti(e) heureux(se) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| e) Je me suis senti(e) seul(e) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| f) J'ai eu l'impression que les gens étaient inamicaux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| g) J'ai profité de la vie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| h) Je me suis senti(e) triste | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| i) J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| j) Je n'en pouvais plus | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| k) Je n'avais pas envie de manger : j'avais mauvais appétit | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| l) J'avais plein d'énergie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| m) Je me suis senti(e) fatigué(e) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| n) Je me sentais reposé(e) en me réveillant le matin | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | ▲ Presque tout le temps | ▲ La plupart du temps | ▲ De temps en temps | ▲ Presque jamais |

5. Les affirmations suivantes concernent les attentes que les individus ont les uns vis-à-vis des autres. Dites-nous à quel point vous approuvez ou désapprouvez ces affirmations pour ce qui vous concerne

a) J'ai toujours été satisfait de l'équilibre entre ce que j'ai donné à mon conjoint ou partenaire et ce que j'ai reçu en retour

₁ Tout à fait d'accord

₈ Sans objet

₂ D'accord

₃ Ni d'accord ni pas d'accord

₄ Pas d'accord

₅ Pas du tout d'accord

b) L'aide que j'ai fournie à ma famille a toujours été appréciée à sa juste valeur

₁ Tout à fait d'accord

₈ Sans objet

₂ D'accord

₃ Ni d'accord ni pas d'accord

₄ Pas d'accord

₅ Pas du tout d'accord

c) Dans mon activité principale actuelle (métier, travail domestique, bénévolat) j'ai toujours été satisfait de la façon dont mes efforts ont été récompensés

₁ Tout à fait d'accord

₂ D'accord

₃ Ni d'accord ni pas d'accord

₄ Pas d'accord

₅ Pas du tout d'accord

d) J'ai été fortement déçu ou blessé par quelqu'un en qui j'avais mis ma confiance

₁ Tout à fait d'accord

₂ D'accord

₃ Ni d'accord ni pas d'accord

₄ Pas d'accord

₅ Pas du tout d'accord

6. Les énoncés suivants concernent les devoirs que les gens peuvent avoir vis-à-vis de leur famille. Indiquez-nous à quel point vous êtes d'accord ou pas d'accord 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 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a) Les parents doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour leurs enfants, même si c'est au détriment de leur propre bien-être. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Le devoir des grands-parents est d'être là pour leurs petits-enfants en cas de difficultés (par exemple le divorce des parents ou la maladie) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Le devoir des grands-parents est de contribuer à la sécurité économique de leurs petits-enfants et de leurs familles | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Le devoir des grands-parents est d'aider leurs enfants à prendre soin de leurs petits-enfants quand ils sont jeunes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

7. Qui selon vous - de l'État ou de la famille- devrait assumer chacune des responsabilités suivantes :

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

| | Seulement la famille | Surtout la famille | Les deux à égalité | Surtout l'État | Seulement l'État |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a) L'aide financière pour les personnes âgées qui sont dans le besoin | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) L'aide ménagère aux personnes âgées qui en ont besoin, telle que l'aide pour le ménage, le lavage du linge. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) L'aide personnelle aux personnes âgées qui en ont besoin, telles qu'une aide pour se soigner, se laver ou s'habiller | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

8. Il y a parfois des questions importantes à propos desquelles nous sommes en désaccord avec des personnes qui nous sont proches, et qui peuvent donc mener à des conflits. Indiquez nous avec quelle fréquence vous vous trouvez en conflit avec les personnes suivantes :

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

| | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais | Sans objet |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 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) Mon conjoint, mon compagnon ou ma compagne | <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 ma 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 |

9. A quelle fréquence vous trouvez-vous en conflit avec vos enfants ou beaux-enfants au sujet de l'éducation de vos petits-enfants ?

(Ne cochez qu'une seule case)

| | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais | Sans objet |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |

10. Partagez-vous ou avez-vous partagé votre existence avec un conjoint, un compagnon ou une compagne ?

₁ *Oui*

₅ *Non*



Allez à la question 12.



11. Qui, dans le couple, assure ou assurait la plus grande part des tâches suivantes ? (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

| | Seulement moi-même | Surtout moi-même | Les deux à égalité | Surtout mon/ma conjoint(e)/partenaire | Seulement mon/ma conjoint(e)/partenaire | Sans Objet |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 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 |

12. Dans les questions suivantes, nous nous intéressons au thème de la prévention médicale. Avez-vous un médecin généraliste (un médecin vers lequel vous vous tournez habituellement pour vos problèmes de santé courants) ?

₁ Oui

₅ Non

➔ **Allez à la question 14.**



13. A quelle fréquence votre généraliste...

| | A chaque visite ▼ | Parfois ▼ | Jamais ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ...vous demande-t-il 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) ...vérifie votre poids | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f) ...vous interroge sur les médicaments que vous prenez hors prescription ou sur prescription d'un autre médecin | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

14. L'an dernier, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?

₁ Oui



Allez à la question 16.

₅ Non



15. L'an dernier, un médecin vous avait-il néanmoins conseillé de vous faire vacciner contre la grippe ?

₁ Oui

₅ Non

16. Au cours des deux dernières années, avez vous eu un examen des yeux réalisé par un spécialiste tel qu'un ophtalmologiste ou un optométriste ?

₁ Oui

₅ Non

17. **Si vous êtes une femme : au cours des deux dernières années, avez-vous eu une mammographie (radiographie des seins).**

₁ Oui

₈ Sans objet (pour les hommes)

₅ Non

18. **Il arrive que l'on fasse des examens tels qu'une sigmoïdoscopie ou une coloscopie, pour le dépistage du cancer du colon. Au cours des dix dernières années, un médecin vous a-t-il déjà recommandé l'un de ces examens ?**

₁ Oui

₅ Non

19. **Avez-vous déjà eu une sigmoïdoscopie ou une coloscopie ? Si oui, à quand remonte la plus récente ?**

₁ Oui, j'ai eu l'un de ces examens au cours des dix dernières années

₂ Oui, j'ai eu l'un de ces examens il y a plus de dix ans

₃ Non, je n'ai jamais eu aucun de ces examens

20. **Un autre examen consiste à détecter la présence de sang dans les selles. Pour ce test, on dépose un prélèvement des selles sur une carte spéciale. Au cours des dix dernières années, avez vous eu un tel examen ?**

₁ Oui → Allez à la question 22.

₅ Non



21. **Au cours des dix dernières années, un médecin vous a-t-il recommandé cet examen ?**

₁ Oui

₅ Non

22. Les questions suivantes concernent les douleurs articulaires. Avez-vous souffert de douleurs aux hanches, aux genoux ou à d'autres articulations (membres supérieurs ou inférieurs) au cours des six derniers mois ?

₁ Oui

₅ Non →

Allez à la question 30.



23. Pouvez-vous préciser l'endroit où vous souffrez des articulations ?
(Cochez tous les cases qui s'appliquent)

a) Douleurs aux hanches

b) Douleurs aux genoux

c) Douleurs à d'autres articulations (membres supérieurs ou inférieurs)

24. Ces douleurs articulaires sont-elles quotidiennes ou presque ?

₁ Oui

₅ Non

25. Prenez-vous actuellement des médicaments pour ces douleurs ?

₁ Oui

₅ Non →

Allez à la question 27.



26. Ces médicaments soulagent-ils ces douleurs ?

₁ Oui

₂ Plus ou moins

₃ Non

27. Avez-vous parlé de ces douleurs à votre généraliste ou à un autre médecin ?

₁ Oui

₅ Non →

Allez à la question 30.



28. Lorsque-vous avez parlé de ces douleurs à ce médecin, a-t-il ou a-t-elle...

| | Oui ▼ | Non ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ... examiné vos articulations ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ... des médicaments pour ces douleurs ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ... parlé des effets secondaires ou des risques associés aux anti-inflammatoires ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

29. Vous êtes-vous déjà....

| | Oui ▼ | Non ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ... fait prescrire de la kinésithérapie ou des exercices musculaires pour traiter ces douleurs articulaires ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ... entendu dire par un médecin que vous devriez avoir une intervention chirurgicale ou vous devriez vous faire poser une prothèse pour ces douleurs dont vous souffrez actuellement ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ... fait adresser par un médecin à un chirurgien orthopédique pour ces douleurs articulaires dont vous souffrez actuellement ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

30. Les questions suivantes concernent votre logement. Merci de répondre à chaque question en cochant « oui » ou « non. Est-ce que votre logement dispose ... ?

| | Oui ▼ | Non ▼ |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ...d'une baignoire ou une douche, à l'intérieur du logement, réservée à l'usage privé de votre ménage | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ...de toilettes avec évacuation, à l'intérieur du logement, réservées à l'usage privé de votre ménage | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ...du chauffage central | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) ...de l'air conditionné | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) ...d'un ascenseur | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) ...d'un balcon, d'une terrasse ou d'un jardin | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

31. Toujours à propos de votre logement, diriez-vous...

| | Oui ▼ | Non ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ...qu'il n'est pas assez grand | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ...qu'il vous revient trop cher | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ...qu'il n'est pas assez lumineux | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) ...qu'il manque de chauffage ou de climatisation | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

32. Et pour ce qui concerne l'endroit où vous habitez, diriez-vous...

| | Oui ▼ | Non ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ...qu'il offre suffisamment de facilités telles que pharmacie, services médicaux, commerces et autres facilités à une distance raisonnable | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ...qu'il offre suffisamment de facilités en matière de transports publics | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ...qu'il est pollué, bruyant ou qu'il présente d'autres problèmes d'environnement | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) ...qu'il souffre de problèmes de vandalisme ou de délinquance | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

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

(cochez toutes les cases nécessaires)

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Chien | <input type="checkbox"/> | f) Pas d'animaux domestiques dans le ménage | <input type="checkbox"/> |
| b) Chat | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Oiseau | <input type="checkbox"/> | | |
| d) Poisson | <input type="checkbox"/> | | |
| e) Autres animaux domestiques | <input type="checkbox"/> | | |

34. Pour finir, nous avons quelques questions relatives à vos convictions personnelles. A laquelle des religions qui suivent appartenez-vous ou vous identifiez-vous le plus ?

(Ne cochez qu'une seule case)

| | | |
|---|--------------------------|----|
| Protestante (par ex., Luthérien or église Anglicane) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Protestante (évangéliste) église non-conformiste / autre protestant | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Catholique | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Orthodoxe | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Juive | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Musulmane | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hindouiste | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Bouddhiste | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Ésotérique ou New Age | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Autre (Précisez): _____ | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Je n'appartiens ni ne m'identifie à aucune religion | <input type="checkbox"/> | 96 |

35. En ce moment, à quelle fréquence diriez-vous qu'il vous arrive de prier ?

(Ne cochez qu'une seule case)

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Une fois par jour ou presque tous les jours | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Quelques fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Moins d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 6 |

36. Avez-vous été éduqué religieusement par vos parents ?
(Ne cochez qu'une seule case)

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Non | <input type="checkbox"/> | 5 |

37. La plupart des personnes en Belgique ont une préférence pour un parti politique, même s'il leur arrive de voter occasionnellement pour un autre parti. Vers quel parti penchez-vous ?
(Ne cochez qu'une seule case)

| | | |
|------------------------|--------------------------|----|
| PS | <input type="checkbox"/> | 1 |
| MR (PRL-FDF-MCC) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| CDH (ex-PSC) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ecolo | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Un autre parti : _____ | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Aucun | <input type="checkbox"/> | 96 |

38. Pour finir, merci de rappeler votre sexe et votre année de naissance :

a) Je suis...

| | | |
|-------|--------------------------|---|
| Homme | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Femme | <input type="checkbox"/> | 2 |

b) Je suis né(e) en **(année)**

Nous vous remercions vivement d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Merci de redonner ce questionnaire à l'enquêteur ou de le retourner par la poste dans l'enveloppe fournie. Toutes vos réponses resteront strictement confidentielles.

Adresse de contact et de retour du courrier :

Panel Démographie Familiale

Université de Liège – B13

Chemin du Trèfle, 1

4000 Liège