

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

Questionnaire de suivi 2016

VOTRE SANTÉ

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

- sper001
- ₁ très bonne
 - ₂ bonne
 - ₃ moyenne
 - ₄ mauvaise
 - ₅ très mauvaise

2. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé s'aggrave ?

- psyc001
- ₁ très peur
 - ₂ assez peur
 - ₃ un peu peur
 - ₄ à peine peur
 - ₅ pas du tout peur

3. Pensez-vous qu'en vieillissant, sur le plan de la santé, les choses vont...

- psyc002
- ₁ mieux que vous ne l'aviez imaginé
 - ₂ moins bien que vous ne l'aviez imaginé
 - ₃ comme vous l'aviez imaginé

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement, ou avez-vous souffert des problèmes de santé suivants, diagnostiqués par un médecin ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- sant001_0001 ₁ la tension artérielle trop élevée (hypertension)
- sant001_0002 ₂ un taux de cholestérol trop élevé (hypercholestérolémie)
- sant001_0003 ₃ une maladie coronarienne, une angine de poitrine, un infarctus du myocarde
- sant001_0004 ₄ une insuffisance cardiaque
- sant001_0005 ₅ une maladie des valves ou du muscle cardiaque
- sant001_0006 ₆ une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
- sant001_0007 ₇ du diabète
- sant001_0008 ₈ une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)
- sant001_0009 ₉ de l'asthme
- sant001_0010 ₁₀ de l'ostéoporose
- sant001_0011 ₁₁ des fractures osseuses: *préciser où* sant001_0011_t# _____
- sant001_0012 ₁₂ une arthrose ou une arthrite
- sant001_0013 ₁₃ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* sant001_0013_t# _____
- sant001_0014 ₁₄ un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique
- sant001_0015 ₁₅ une dépression
- sant001_0016 ₁₆ la maladie de Parkinson
- sant001_0017 ₁₇ la maladie d'Alzheimer
- sant001_0018 ₁₈ une infection par le VIH sant001_0019_t#
- sant001_0019 ₁₉ une autre maladie chronique: *préciser* _____
- sant001_0020_none ₂₀ 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 ₁ des douleurs aux articulations des jambes, épaules, bras ou mains
- sper002_0002 ₂ des douleurs au dos
- sper002_0003 ₃ des douleurs à la poitrine lorsque vous faites des efforts
- sper002_0004 ₄ un essoufflement, une difficulté à respirer
- sper002_0005 ₅ une toux persistante
- sper002_0006 ₆ des jambes enflées
- sper002_0007 ₇ des trous de mémoire qui affectent votre vie de tous les jours
- sper002_0008 ₈ des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites
- sper002_0009 ₉ des difficultés à prendre des décisions dans votre vie de tous les jours
- sper002_0010 ₁₀ des vertiges ou des étourdissements
- sper002_0011 ₁₁ des problèmes de peau (par ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002_0012 ₁₂ des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002_0013 ₁₃ des problèmes de perte involontaire d'urine
- sper002_0014 ₁₄ des problèmes perturbant ou limitant les activités sexuelles (par ex. douleurs, diminution du désir, troubles de l'érection, etc.)
- sper002_0015 ₁₅ d'autres problèmes: sper002_0015_t# préciser _____
- sper002_0016_none ₁₆ 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

ATTENTION: Ne pas indiquer les médicaments d'homéopathie ou de naturopathie

- traï001_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- traï001_0003 ₃ pour le coeur
- traï001_0004 ₄ pour l'asthme
- traï001_0005 ₅ pour le diabète, sous forme d'insuline
- traï001_0006 ₆ pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traï001_0007 ₇ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001_0008 ₈ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001_0009 ₉ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001_0010 ₁₀ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001_0011 ₁₁ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001_0012 ₁₂ pour d'autres problèmes: traï001_0012_t# préciser _____
- traï001_0013_none ₁₃ Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

- sant002 ₁ oui: préciser combien _____ kilos perdus ₂ non
- sant002_0000_n

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

- comp001 ₁ oui, j'ai plus d'appétit que l'an dernier
- ₂ oui, j'ai moins d'appétit que l'an dernier
- ₃ non, mon appétit n'a pas changé

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

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

Répondre à chaque ligne

			Jamais	Rare- ment	Parfois	Souvent	Très souvent
sper007_a	a)	J'ai des difficultés à me souvenir de conversations quelques jours après	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_b	b)	J'ai des difficultés à apprendre à utiliser un nouveau gadget ou un nouvel appareil dans la maison	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_c	c)	Quand je suis interrompu-e dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_d	d)	J'ai des difficultés à me rappeler le nom de gens que je connais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_e	e)	J'ai des difficultés à me concentrer sur mon travail ou une occupation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_f	f)	J'ai des difficultés à raconter une émission que je viens de voir à la télévision	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_g	g)	J'ai besoin de me faire rappeler plusieurs fois les choses que je dois faire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_h	h)	J'ai du mal à calculer si on m'a rendu correctement la monnaie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sper007_i	i)	Je dois réfléchir plus longuement qu'autrefois pour être sûr-e de bien faire les choses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié vos activités physiques ?

- comp002
- ₁ oui, je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier
- ₂ oui, je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier
- ₃ non, rien n'a changé

21. Quelle affirmation correspond-elle le mieux à votre activité quotidienne actuelle ?

- comp003
- ₁ je suis le plus souvent assis-e ou couché-e et je ne me déplace que peu
- ₂ je marche souvent mais j'évite de monter des escaliers, de porter des charges
- ₃ je marche souvent et je monte des escaliers, je porte des charges légères
- ₄ je fournis un effort physique important, je porte souvent de lourdes charges

22. A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?

- comp004
- ₁ 5 à 7 jours par semaine
- ₂ 3 à 4 jours par semaine
- ₃ 1 à 2 jours par semaine
- ₄ je ne sors pratiquement pas de chez moi

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

24. A quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?
(par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo, etc.)

- comp006
- ₁ jamais, ou presque jamais
₂ moins d'une fois par mois
₃ moins d'une fois par semaine
₄ une fois par semaine
₅ deux fois par semaine
₆ 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. Avez-vous, pour des raisons de santé, des difficultés à...

Répondre à chaque ligne

		Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés ou impossible
fonc001_a	a) Marcher 100 mètres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_b	b) Rester assis-e environ deux heures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_c	c) Vous lever d'une chaise après être resté-e longtemps assis-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_d	d) Monter <u>plusieurs</u> étages par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_e	e) Monter <u>un</u> étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_f	f) Vous pencher, vous agenouiller ou vous accroupir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_g	g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_h	h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_i	i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_j	j) Attraper un petit objet du bout des doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

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

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

28. Avez-vous peur de tomber ?

- cepe002
- ₁ pas du tout → *passer à la question 30*
₂ un peu
₃ beaucoup

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

- cepe003
- ₁ oui ₂ non

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

30. 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 difficulté	Difficultés, mais pas d'aide	Je reçois de l'aide
fonc002_a	a) Vous habiller, y compris mettre chaussettes et chaussures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_b	b) Marcher à travers une pièce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_c	c) Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_d	d) Manger, y compris couper les aliments	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_e	e) Vous coucher et vous lever d'un lit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_f	f) Utiliser les toilettes, y compris vous asseoir, vous relever	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_g	g) Faire de petits travaux ménagers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_h	h) Faire de gros travaux ménagers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_i	i) Préparer un repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_j	j) Faire les courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_k	k) Téléphoner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_l	l) Préparer et prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_m	m) Vous occuper des affaires d'argent, comme payer les factures, garder trace des dépenses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_n	n) Utiliser une carte géographique pour se rendre dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

31. 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, notez zéro et passez à la question 33)

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

sdsa002_0000_n _____ consultations (si vous n'avez pas consulté en urgence, notez zéro)

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

sdsa003_0000_n _____ hospitalisations (si vous n'avez pas été hospitalisé-e, notez zéro et passez à la question 35)

34. Où avez-vous été hospitalisé-e ?

sdsa004_0001 ₁ au CHUV sdsa004_0002 ₂ dans d'autres hôpitaux : *préciser où* _____
sdsa004_0002_t#

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

traï002 ₁ oui : *préciser* _____ ₂ non
traï002_0000_t#

36. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile dispensés par des professionnels, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?
- sdsa005 ₁ oui, régulièrement ₂ oui, temporairement ₃ non
37. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?
- sdsa006 ₁ oui ₂ non
38. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des 12 derniers mois ?
- sdsa007 ₁ oui ₂ non
39. Vivez-vous actuellement dans un appartement protégé ?
Un logement protégé 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.
 Des aides (ménage, repas à domicile, etc.) et des soins peuvent y être fournis par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile.
- sdsa008 ₁ oui ₂ non
40. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée?
- econ001 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
41. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?
- econ002 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
42. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?
- econ003 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

43. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?
- soci002 ₁ je vis seul-e → *passer à la question 44*
₂ je vis avec autre-s personne-s
Inscrire d'abord sur la ligne le nombre de personnes vivant avec vous, puis préciser ci-dessous de qui il s'agit (plusieurs réponses possibles) :
 Il s'agit : ₁ du conjoint (marié ou non) soci002_0001
 soci002_0002 ₂ d'autre-s personne-s
44. Avec combien de membres de la famille (par ex. conjoint ou partenaire, enfants, etc.) ...
- soci003_a000_n a) avez-vous des contacts, visuels ou téléphoniques, au moins une fois par mois ? avec _____ membres de la famille
(si aucun, noter zéro)
- soci001_b000_n b) vous sentez-vous assez proche pour leur demander de l'aide, en cas de besoin ? avec _____ membres de la famille
(si aucun, noter zéro)
- soci001_c000_n c) vous sentez-vous à l'aise pour discuter d'affaires privées ? avec _____ membres de la famille
(si aucun, noter zéro)

45. Avec combien d'amis ou voisins ...

- soci001_a000_n a) avez-vous des contacts, visuels ou téléphoniques, au moins une fois par mois ? avec _____ amis ou voisins
(si aucun, noter zéro)
- soci001_b000_n b) vous sentez-vous assez proche pour demander de l'aide, en cas de besoin ? avec _____ amis ou voisins
(si aucun, noter zéro)
- soci001_c000_n c) vous sentez-vous à l'aise pour discuter d'affaires privées ? avec _____ amis ou voisins
(si aucun, noter zéro)

46. A quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un qui vous témoigne de l'amour ou de l'affection en cas de besoin ?

- toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- soci030

47. A quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un avec qui vous pouvez partager vos soucis intimes en cas de besoin ?

- toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- soci003

48. A quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un que vous aimez et pour qui vous avez de l'importance ?

- toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- soci004

49. Combien de fois par mois participez-vous à des activités en groupe ? (par ex. pour vos loisirs, dans des sociétés locales ou des associations caritatives, politiques ou religieuses)

- soci005_0000_n Environ _____ fois par mois *(si vous ne participez à aucune activité de groupe, noter zéro)*

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

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

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

- soci006 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
- soci006_0000_n

51. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous ? (par ex. aide à des personnes malades, garde de petits-enfants, travail non rémunéré pour une église ou une association, etc.)

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

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

52. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ? (par ex. soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous)

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

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

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

53. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer par des croix si vous avez été confronté-e, au cours des 12 derniers mois, à ces événements.

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- even001_0001 _a Des difficultés financières majeures
- even001_0002 _b Des maladies nouvelles: *préciser* even001_0002_t# _____
- even001_0003 _c Des maladies importantes que vous aviez déjà
- even001_0004 _d Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- even001_0005 _e Un accident ou une blessure
- even001_0006 _f Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- even001_0007 _g D'autres difficultés dans votre couple
- even001_0008 _h Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- even001_0009 _i Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis
- even001_0010 _j Le décès de votre conjoint ou partenaire
- even001_0011 _k Le décès de l'un de vos enfants
- even001_0012 _l Le décès de votre père ou de votre mère
- even001_0013 _m Le décès d'un frère ou d'une sœur
- even001_0014 _n Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche
- even001_0015 _o Le décès d'un animal de compagnie
- even001_0016 _p Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- even001_0017 _q Un déménagement volontaire
- even001_0018 _r Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- even001_0019 _s Une agression ou un vol
- even001_0020 _t Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou ami
- even001_0021_none _u **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

54. Voici une liste d'événements plus positifs. Veuillez indiquer par des croix si vous avez vécu, au cours des 12 derniers mois, de tels événements.

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- even002_0001 _a La naissance de petits-enfants
- even002_0002 _b De nouvelles relations affectives
- even002_0003 _c La réalisation d'un projet de voyage
- even002_0004 _d La réalisation d'un autre projet personnel : *préciser* even002_0004_t# _____
- even002_0005 _e L'évolution favorable de votre état de santé
- even002_0006 _f L'évolution favorable de la santé d'un proche
- even002_0007 _g Un enrichissement de votre entourage, davantage de contacts
- even002_0008 _h De nouvelles aides pour votre vie quotidienne (ménage, achats, transports, etc.)
- even002_0009 _{i1} De nouvelles aides pour vos soins personnels (bain/douche, vous habiller, etc.)
- even002_0010 _{i2} De nouvelles aides pour vous occuper d'un proche
- even002_0011 _j D'autres événements positifs: *préciser* even002_0011_t# _____
- even002_0012 _k **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

VOTRE AVIS SUR LA QUALITÉ DE VIE

Les facteurs qui déterminent la qualité de vie sont nombreux. Par exemple la santé, mais aussi les liens sociaux ou les moyens financiers peuvent l'influencer. Tout n'a pas la même importance pour chacun de nous ; par exemple, être seul-e peut poser problème à certaines personnes et non à d'autres.

Dans les dernières pages de ce questionnaire, nous souhaitons connaître ce qui est important pour votre qualité de vie, et dans quelle mesure certains facteurs posent problème. Nous sommes aussi intéressés par ce qui, pour vous, pourrait être fait concrètement pour l'améliorer.

55. Comment jugez-vous votre qualité de vie actuelle ?

excellente
très bonne
bonne
médiocre
mauvaise
₁
₂
₃
₄
₅

56. Quelle importance accordez-vous aux facteurs suivants, pour votre qualité de vie ?

Répondre à chaque ligne

		Très grande	Plutôt grande	Plutôt faible	Très faible
qdvi002_a	1.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_b	2.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_c	3.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_d	4.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_e	5.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_f	6.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_g	7.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_h	8.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_i	9.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_j	10.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_k	11.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_l	12.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_m	13.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_n	14.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_o	15.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_p	16.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_q	17.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_r	18.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_s	19.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_t	20.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_u	21.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_v	22.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_w	23.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_x	24.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_y	25.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_z	26.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_aa	27.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_ab	28.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

57. Ressentez-vous actuellement une gêne ou une insatisfaction sur les plans suivants ?

Répondre à chaque ligne

			Beaucoup	Un peu	Pas du tout
qdvi003_a	1.	Les ressources financières	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_b	2.	Le confort du logement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_c	3.	Une alimentation de qualité et en suffisance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_d	4.	L'ambiance conviviale des repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_e	5.	Les relations de couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_f	6.	Les relations familiales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_g	7.	Les relations amicales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_h	8.	Les relations entre générations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_i	9.	L'intégration à un groupe, une association, une société	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_j	10.	L'estime de soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_k	11.	Être écouté-e et respecté-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_l	12.	Les activités culturelles et de loisirs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_m	13.	Ne pas dépendre d'aide dans sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_n	14.	La mobilité, pouvoir se déplacer seul-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_o	15.	Pouvoir utiliser les transports publics seul-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_p	16.	Pouvoir voyager	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_q	17.	La santé physique et psychique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_r	18.	L'accès aux soins et à la prévention	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_s	19.	Avoir une bonne assurance pour les frais de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_t	20.	La sécurité chez soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_u	21.	La sécurité dans la rue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_v	22.	La religion, la philosophie, la vie spirituelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_w	23.	Pouvoir exercer sa créativité, partager des idées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_x	24.	Pouvoir décider de sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_y	25.	Pouvoir gérer seul-e ses affaires d'argent	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_z	26.	Être utile aux autres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_aa	27.	Pouvoir exprimer son opinion, voter, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
qdvi003_ab	28.	Être bien informé-e pour faire face à ses besoins et décider	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

58. Comment imaginez-vous votre qualité de vie dans un an, par rapport à aujourd'hui ?

qdvi004	meilleure	moins bonne	la même qu'aujourd'hui
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

**59. Au cours des 5 dernières années, comment votre qualité de vie a-t-elle évolué ?
Elle est aujourd'hui...**

qdvi005

meilleure

₁

moins bonne

₂

la même qu'il y a 5 ans

₃

60. Des mesures concrètes pourraient-elles améliorer votre qualité de vie ?

Inscrire ci-dessous vos suggestions sur ce qui devrait être entrepris ou développé. Vos réponses peuvent concerner tous les domaines y compris, par exemple, des modifications de votre environnement physique, social, sanitaire, etc. Même des propositions qui paraissent « de détail » peuvent parfois changer la qualité de vie, n'hésitez pas à les inscrire.

qdvi006

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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