

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

### Questionnaire de suivi 2017

#### 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\_t#

sant001\_0011

- <sub>11</sub> des fractures osseuses: *préciser où* \_\_\_\_\_

sant001\_0012

- <sub>12</sub> une arthrose ou une arthrite sant001\_0013\_t#

sant001\_0013

- <sub>13</sub> un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* \_\_\_\_\_

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\_t#

sant001\_0019

- <sub>19</sub> une autre maladie chronique: *préciser* \_\_\_\_\_

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\_t# \_\_\_\_\_
- 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*

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

- traï001\_0001 <sub>1</sub> pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001\_0002 <sub>2</sub> pour baisser le cholestérol
- traï001\_0003 <sub>3</sub> pour le coeur
- traï001\_0004 <sub>4</sub> pour l'asthme
- traï001\_0005 <sub>5</sub> pour le diabète, sous forme d'insuline
- traï001\_0006 <sub>6</sub> pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traï001\_0007 <sub>7</sub> pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001\_0008 <sub>8</sub> pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001\_0009 <sub>9</sub> pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001\_0010 <sub>10</sub> pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001\_0011 <sub>11</sub> pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001\_0012 <sub>12</sub> pour d'autres problèmes: *préciser* traï001\_0012\_t# \_\_\_\_\_
- traï001\_0013\_none <sub>13</sub> Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

- sant002 <sub>1</sub> oui: *préciser combien* \_\_\_\_\_ kilos perdus <sub>2</sub> non  
sant002\_0000\_n

## 8. Vous arrive-t-il de fumer ?

- comp008 <sub>1</sub> je fume actuellement → *préciser ci-dessous la quantité* \_\_\_\_\_ cigarettes / jour \_\_\_\_\_ pipes / j. \_\_\_\_\_ cigares / j. \_\_\_\_\_ cigarillos / j. comp008\_0000\_01\_c\_n comp008\_0000\_01\_d\_n
- comp008\_0000\_01\_a\_n <sub>2</sub> je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a \_\_\_\_\_ ans comp008\_0000\_01\_b\_n
- <sub>3</sub> je n'ai jamais fumé comp008\_0000\_02\_n

## ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

9. **Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**  
sper003  
<sub>1</sub> pas du tout → *passer à la question 11*  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup
10. **Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**  
sper004  
<sub>1</sub> physique      <sub>2</sub> psychique (manque d'entrain, etc.)      <sub>3</sub> à la fois physique et psychique
11. **Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**  
sper005  
<sub>1</sub> pas du tout  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup
12. **Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**  
psyc003  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
13. **Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**  
psyc004  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
14. **Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e préoccupé-e et anxieux-se ?**  
psyc005  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
15. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e calme, équilibré-e, serein-e ?**  
psyc006  
         toujours      très souvent      souvent      parfois      rarement      jamais  
<sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>      <sub>6</sub>
16. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**  
soci001  
         toujours      très souvent      souvent      parfois      rarement      jamais  
<sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>      <sub>6</sub>
17. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e plein-e de force, d'énergie et d'optimisme ?**  
psyc007  
         toujours      très souvent      souvent      parfois      rarement      jamais  
<sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>      <sub>6</sub>

## MÉMOIRE ET CONCENTRATION

**18. 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"/> <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

**19. 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

**20. 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

**21. A 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

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

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

**23. A 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

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

comp007\_0000\_m \_\_\_\_\_ minutes par semaine

**25. 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"/> <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>

**26. Etes-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

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

- cepe002
- <sub>1</sub> pas du tout → [passer à la question 29](#)  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup

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

- cepe003
- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

**29.** Nous aimerions encore vous demander si vous ressentez de **l'inquiétude face à la possibilité de tomber dans certaines circonstances**. A chaque ligne, répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement l'activité mentionnée. Si vous ne faites pas l'une de ces activités, répondez **d'abord** à la question en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez vraiment cette activité et **ensuite**, ajouter une deuxième croix, dans la colonne "*Je ne le fais pas*".

Répondre à [chaque ligne](#)

		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	Je ne le fais pas
cepe004_a	a) Faire votre ménage ( <i>par ex. balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i> )	<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"/> cepe004_a000_p
cepe004_b	b) Vous habiller et vous déshabiller	<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"/> cepe004_b000_p
cepe004_c	c) Préparer des repas simples	<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"/> cepe004_c000_p
cepe004_d	d) Prendre une douche ou un bain	<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"/> cepe004_d000_p
cepe004_e	e) Aller faire des courses	<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"/> cepe004_e000_p
cepe004_f	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<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"/> cepe004_f000_p
cepe004_g	g) Monter ou descendre des escaliers	<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"/> cepe004_g000_p
cepe004_h	h) Vous promener dehors dans le quartier	<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"/> cepe004_h000_p
cepe004_i	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<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"/> cepe004_i000_p
cepe004_j	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<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"/> cepe004_j000_p
cepe004_k	k) Marcher sur une surface glissante ( <i>par ex. mouillée ou verglacée</i> )	<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"/> cepe004_k000_p
cepe004_l	l) Rendre visite à un ami ou une connaissance	<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"/> cepe004_l000_p
cepe004_m	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<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"/> cepe004_m000_p
cepe004_n	n) Marcher sur un terrain inégal ( <i>par ex. sol caillouteux, trottoir non entretenu</i> )	<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"/> cepe004_n000_p
cepe004_o	o) Descendre ou monter une pente	<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"/> cepe004_o000_p
cepe004_p	p) Sortir ( <i>par ex. pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative</i> )	<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"/> cepe004_p000_p

## 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"/> <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>

## ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

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

- soci002 <sub>1</sub> je vis seul-e → *passer à la question 32*  
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) :*  
 Il s'agit : <sub>1</sub> du conjoint (marié ou non)soci002\_0001  
soci002\_0002 <sub>2</sub> d'autre-s personne-s

## COUVERTURES D'ASSURANCE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

**32. 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

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

- econ002 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

**34. 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

## ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

**35. 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 <sub>a</sub> Des difficultés financières majeures
- even001\_0002 <sub>b</sub> Des maladies nouvelles: *préciser* even001\_0002\_t# \_\_\_\_\_
- even001\_0003 <sub>c</sub> Des maladies importantes que vous aviez déjà
- even001\_0004 <sub>d</sub> Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- even001\_0005 <sub>e</sub> Un accident ou une blessure
- even001\_0006 <sub>f</sub> Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- even001\_0007 <sub>g</sub> D'autres difficultés dans votre couple
- even001\_0008 <sub>h</sub> Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- even001\_0009 <sub>i</sub> Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis
- even001\_0010 <sub>j</sub> Le décès de votre conjoint ou partenaire
- even001\_0011 <sub>k</sub> Le décès de l'un de vos enfants
- even001\_0012 <sub>l</sub> Le décès de votre père ou de votre mère
- even001\_0013 <sub>m</sub> Le décès d'un frère ou d'une sœur
- even001\_0014 <sub>n</sub> Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche
- even001\_0015 <sub>o</sub> Le décès d'un animal de compagnie
- even001\_0016 <sub>p</sub> Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- even001\_0017 <sub>q</sub> Un déménagement volontaire
- even001\_0018 <sub>r</sub> Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- even001\_0019 <sub>s</sub> Une agression ou un vol
- even001\_0020 <sub>t</sub> Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou ami
- even001\_0021\_none <sub>u</sub> **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

## ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

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

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

- soci006 <sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non  
soci006\_0000\_n

**37. 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 <sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non  
soci007\_0000\_n

**38. 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 <sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non  
soci008\_0000\_n

**NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION**

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