

Questionnaire de suivi 2007

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 ne s'aggrave ?

psyc001

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

3. 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_0022 ₄ une insuffisance cardiaque, une maladie des valves ou du muscle cardiaque
sant001_0006 ₅ une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
sant001_0007 ₆ du diabète
sant001_0008 ₇ une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)
sant001_0009 ₈ de l'asthme
sant001_0010 ₉ de l'ostéoporose
sant001_0011 ₁₀ des fractures osseuses: *préciser où* _____ sant001_0011_t#
sant001_0012 ₁₁ une arthrose ou une arthrite
sant001_0013 ₁₂ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* _____ sant001_0013_t#
sant001_0014 ₁₃ un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique
sant001_0015 ₁₄ une dépression
sant001_0016 ₁₅ la maladie de Parkinson
sant001_0017 ₁₆ la maladie d'Alzheimer
sant001_0019 ₁₇ une autre maladie chronique: *préciser* _____ sant001_0019_t#
sant001_0020_none ₁₈ aucune de ces maladies

4. 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 (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: *préciser* sper002_0015_t# _____
- sper002_0016_none ₁₆ je ne suis dérangé par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

5. 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: *préciser* traï001_0012_t# _____
- traï001_0012_none ₁₃ Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

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

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

7. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?

sper003

- ₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup

8. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?

sper005

- ₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup

9. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) triste, déprimé(e) ou découragé(e) ?

psyc003

- ₁ oui ₂ non

10. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?

psyc004

- ₁ oui ₂ Non

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

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

comp032

- ₁ oui
₂ non, rien n'a changé → [passer à la question 13](#)

12. Dans quel sens vos habitudes se sont-elles modifiées, par rapport à l'an dernier ?

comp033

- ₁ je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier
₂ je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier

13. 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

14. 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 → [passer à la question 16](#)

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

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

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

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

(répondre à chaque ligne)

		Aucune difficulté ▼	Quelques difficultés ▼	Beaucoup de difficultés ▼
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. Se 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 s'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 s'arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_f	f. Se pencher, s'agenouiller ou s'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

18. 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

19. Avez-vous peur de tomber ?

cepe002

- ₁ pas du tout
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

20. 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. S'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. Se coucher et se lever d'un lit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc002_f	f. Utiliser les toilettes, y compris s'asseoir et se 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. S'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

21. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure des douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?

- sper008
- ₁ pas du tout
 - ₂ un petit peu
 - ₃ moyennement
 - ₄ beaucoup
 - ₅ énormément

ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

22. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer à chaque ligne, par oui ou par non, si vous avez été confronté(e), au cours des 12 derniers mois, à ces événements. Il est important de répondre à TOUTES les questions.

Si vous n'êtes absolument pas concerné(e) par une rubrique, veuillez simplement cocher "Non".

AVEZ-VOUS ÉTÉ CONFRONTÉ(E) CES 12 DERNIERS MOIS À...		Oui ▼ <input type="checkbox"/> ₁	Non ▼ <input type="checkbox"/> ₂
even001_0001	a. Des difficultés financières majeures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0002	d. Des maladies nouvelles: <i>préciser</i> _____ <small>even001_0002_t#</small>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0003	e. Des maladies importantes que vous aviez déjà	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0004	f. Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0005	g. Un accident ou une blessure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0006	h. Une séparation de votre couple (marié ou non marié)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0007	i. D'autres difficultés dans votre couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0008	j. Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en-dehors de votre couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0009	k. Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0010	n. Le décès de votre conjoint ou partenaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0011	o. Le décès de l'un de vos enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0012	p. Le décès de votre père ou de votre mère	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0013	q. Le décès d'un frère ou d'une sœur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0014	r. Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0015	s. Le décès d'un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0016	t. Un déménagement forcé ou la perte de votre logement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0017	u. Un déménagement volontaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0018	x. Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0019	y. Une agression ou un vol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0020	z. Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

23. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement?

soci002

₁ je vis seul(e) → *passer à la question 25*

₂ je vis avec _____ autres personnes (*inscrire le nombre de personnes*)

soci002_0000_n

24. Comment se compose votre ménage ?

(cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles)

- soci026_0001 ₁ conjoint (marié ou non)
- soci026_0002 ₂ personnes de la génération précédente (ex. parents, beaux-parents...)
- soci026_0003 ₃ personnes de la même génération que vous (ex. frères, sœurs...)
- soci026_0004 ₄ personnes adultes de la génération suivante (ex. enfants majeurs...)
- soci026_0005 ₅ enfants mineurs, petits-enfants

VOS SOINS ET VOS ASSURANCES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

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

sdsa001_0000_n _____ consultations (si vous n'avez pas consulté, noter zéro et passer à la question 27)

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

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

27. 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), noter zéro)

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

tra003_a ₁ oui ₂ non

29. 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

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

sdsa006 ₁ oui ₂ non

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

econ014 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

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

econ002 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

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

econ003 ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

34. **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

35. **Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous ?** (par exemple: 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

36. **Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ?** (par exemple: 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

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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