

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

Questionnaire de suivi 2011

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_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_t#
- sant001_0011 ₁₀ des fractures osseuses: *préciser où* _____
- 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# _____
- ₁₈ aucune de ces maladies

sant001_0020_none

5. Êtes-vous dérangé(e), depuis au moins 6 mois, par...

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- sper002_0001
- sper002_0002 1 des douleurs aux articulations des jambes, épaules, bras ou mains
- sper002_0003 2 des douleurs au dos
- sper002_0004 3 des douleurs à la poitrine lorsque vous faites des efforts
- sper002_0005 4 un essoufflement, une difficulté à respirer
- sper002_0006 5 une toux persistante
- sper002_0007 6 des jambes enflées
- sper002_0008 7 des trous de mémoire qui affectent votre vie de tous les jours
- sper002_0009 8 des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites
- sper002_0010 9 des difficultés à prendre des décisions dans votre vie de tous les jours
- sper002_0011 10 des vertiges ou des étourdissements
- sper002_0012 11 des problèmes de peau (par ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002_0013 12 des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002_0014 13 des problèmes de perte involontaire d'urine
- sper002_0015 14 des problèmes perturbant ou limitant les activités sexuelles (par ex. douleurs, diminution du désir, troubles de l'érection, etc.)
- sper002_0016_none 15 d'autres problèmes: *préciser* _____
- 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

- tra001_0001 1 pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- tra001_0002 2 pour baisser le cholestérol
- tra001_0003 3 pour le cœur
- tra001_0004 4 pour l'asthme
- tra001_0005 5 pour le diabète, sous forme d'insuline
- tra001_0006 6 pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- tra001_0007 7 pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- tra001_0008 8 pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- tra001_0009 9 pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- tra001_0010 10 pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- tra001_0011 11 pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- tra001_0012 12 pour d'autres problèmes: *préciser* ^{tra001_0012_#} _____
- tra001_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. Vous arrive-t-il de fumer ?

- comp008 1 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 comp008_0000_01_b_n
- 2 je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a _____ ans
- 3 je n'ai jamais fumé comp008_0000_02_n

9. **Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**
 sper003 ₁ pas du tout → *passer à la question 11*
₂ un peu
₃ beaucoup
10. **Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**
 sper004 ₁ physique
₂ psychique (manque d'entrain, etc.)
₃ à la fois physique et psychique
11. **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
12. **Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) triste, déprimé(e) ou découragé(e) ?**
 psych003 ₁ oui ₂ non
13. **Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**
 psych004 ₁ oui ₂ non
14. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) calme, équilibré(e), serein(e) ?**
 psych006

toujours	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
15. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**
 soci001

toujours	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
16. **Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) plein(e) de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 psych007

toujours	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

17. 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 ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

18. 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

19. 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

20. 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

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

22. 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

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

24. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités suivantes: prendre une douche ou un bain, vous habiller, manger, entrer/sortir du lit ou du fauteuil, utiliser les toilettes ?

fonc010

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

25. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés pour faire vos achats ou pour accomplir vos tâches courantes à la maison ?

fonc011

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

CHUTES ET PEUR DE TOMBER

26. 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

27. Avez-vous peur de tomber ?

cepe002

- ₁ pas du tout → *passer à la question 29*
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

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

cepe003

- ₁ oui
- ₂ 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

cepe004_[a-p]000_p

cepe004_[a-p]		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	Je ne le fais pas
a.	Faire votre ménage (<i>par ex. balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
b.	Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
c.	Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
d.	Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
e.	Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
f.	Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
g.	Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
h.	Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
i.	Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
j.	Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
k.	Marcher sur une surface glissante (<i>par ex. mouillée ou verglacée</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
l.	Rendre visite à un ami ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
m.	Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
n.	Marcher sur un terrain inégal (<i>par ex. sol caillouteux, trottoir non entretenu</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
o.	Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

30. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002

- ₁ je vis seul(e) → *passer à la question 31*
- ₂ je vis avec _____ autre(s) personne(s) soci002_0000_n
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
₂ d'autre(s) personne(s) soci002_0002

31. 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)

soci003_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)

soci003_c000_n

c. vous sentez-vous à l'aise pour discuter d'affaires privées ? avec _____ membres de la famille
(si aucun, noter zéro)

32. 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)

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

soci030

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

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

soci003

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

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

soci004

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

36. 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)*

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

37. 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

38. 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 _i De nouvelles aides pour vos soins personnels (bain/douche, vous habiller, etc.)
- even002_0010 _i De nouvelles aides pour vous occuper d'un proche
- even002_0011 _j D'autres événements positifs: *préciser* even002_0011_t# _____
- even002_0012_none _k **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

39. 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

40. 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

41. 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

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.

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

	exce llent e	très bonne	bonne	médiocre	mauvaise
qdv001	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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

Répondre à chaque ligne

		Très grande	Plutôt grande	Plutôt faible	Très faible
qdv002_a	1. Les ressources financières	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_b	2. Le confort du logement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_c	3. Une alimentation de qualité et en suffisance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_d	4. L'ambiance conviviale des repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_e	5. Les relations de couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_f	6. Les relations familiales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_g	7. Les relations amicales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_h	8. Les relations entre générations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_i	9. L'intégration à un groupe, une association, une société	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_j	10. L'estime de soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_k	11. Être écouté(e) et respecté(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_l	12. Les activités culturelles et de loisirs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_m	13. Ne pas dépendre d'aide dans sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_n	14. La mobilité, pouvoir se déplacer seul(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_o	15. Pouvoir utiliser les transports publics seul(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_p	16. Pouvoir voyager	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_q	17. La santé physique et psychique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_r	18. L'accès aux soins et à la prévention	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_s	19. Avoir une bonne assurance pour les frais de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_t	20. La sécurité chez soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_u	21. La sécurité dans la rue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_v	22. La religion, la philosophie, la vie spirituelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_w	23. Pouvoir exercer sa créativité, partager des idées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_x	24. Pouvoir décider de sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_y	25. Pouvoir gérer seul(e) ses affaires d'argent	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_z	26. Être utile aux autres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_aa	27. Pouvoir exprimer son opinion, voter, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdv002_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	<input type="checkbox"/> ₄

44. 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

45. Certains facteurs importants pour la qualité de vie manquent-ils, de votre point de vue, dans la liste de la question précédente ?

Décrire ci-dessous ce qui vous paraît manquer

qdvi019_0000_t1

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

meilleure

moins bonne

la même qu'aujourd'hui

₁

₂

₃

qdvi004

47. 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_0000_t1

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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