

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

Questionnaire de suivi 2022

VOTRE SANTÉ

- sper001 **1. Comment allez-vous en ce moment, comment jugez-vous votre santé ?**
- ₁ très bonne
 - ₂ bonne
 - ₃ moyenne
 - ₄ mauvaise
 - ₅ très mauvaise
- psyc001 **2. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé s'aggrave ?**
- ₁ très peur
 - ₂ assez peur
 - ₃ un peu peur
 - ₄ à peine peur
 - ₅ pas du tout peur
- psyc002 **3. Pensez-vous qu'en vieillissant, sur le plan de la santé, les choses vont...**
- 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_t1
- sant001_0012 ₁₂ une arthrose ou une arthrite
- sant001_0013 ₁₃ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome : *préciser* sant001_0013_t1
- 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 ₁₉ une autre maladie chronique : *préciser* sant001_0019_t1
- 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 : *préciser* sper002_0015_t1
- 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

- 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_0014 ₅ pour le diabète
- tra001_0007 ₆ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- tra001_0008 ₇ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- tra001_0009 ₈ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- tra001_0010 ₉ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- tra001_0011 ₁₀ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- tra001_0012 ₁₁ pour d'autres problèmes : *préciser* tra001_0012_t1
- tra001_0013_none ₁₂ 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* sant002_0000_n kilos perdus ₂ non

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

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

- sper003 **9. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**
₁ pas du tout → *passer à la question 11*
₂ un peu
₃ beaucoup
- sper004 **10. Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**
₁ physique ₂ psychique (manque d'entrain, etc.) ₃ à la fois physique et psychique
- sper005 **11. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**
₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup
- psyc003 **12. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**
₁ oui ₂ non
- psyc004 **13. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**
₁ oui ₂ non
- psyc005 **14. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e préoccupé-e et anxieux-se ?**
₁ oui ₂ non
- psyc006 **15. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e calme, équilibré-e, serein-e ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- soci001 **16. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- psyc007 **17. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e plein-e de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 toujours très souvent souvent parfois rarement jamais
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆
- sper006 **18. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure des douleurs physiques vous ont-elles limité-e dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?**
 pas du tout un petit peu moyennement beaucoup énormément
 ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

19. Voici une liste de phrases décrivant des difficultés que chacun·e peut rencontrer dans la vie quotidienne. À 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

comp002 **20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié vos activités physiques ?**

- 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

comp003 **21. Quelle affirmation correspond-elle le mieux à votre activité quotidienne actuelle ?**

- 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

comp004 **22. À quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?**

- 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

- comp006 **24. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?**
(par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo, etc.)
- 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

- comp007_0000_m **25. Combien de temps consacrez-vous, en moyenne, à cette activité sportive ?**
_____ 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

- cepe001 **27. Êtes-vous tombé·e durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?**
- ₁ non
₂ oui, une fois
₃ oui, plusieurs fois

- cepe002 **28. Avez-vous peur de tomber ?**
- ₁ pas du tout → [passer à la question 30](#)
₂ un peu
₃ beaucoup

- cepe003 **29. Cette peur vous a-t-elle amené·e à restreindre certaines de vos activités ?**
- 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

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

soci002 **31. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**

₁ je vis seul·e → *passer à la question 32*

₂ je vis avec soci002_0000_n 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) :

soci002_0001 Il s'agit : ₁ du conjoint ou de la conjointe (marié·e ou non)

soci002_0002 ₂ d'autre(s) personne(s)

VOS SOINS ACTUELS

32. Au cours des **12 derniers mois**, **combien de consultations** (visites, séances, rencontres, au téléphone) avez-vous eues auprès ...

Répondre à chaque ligne

- a) de votre médecin-traitant ? soin007_a000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- b) de médecins spécialistes (autres que votre médecin traitant) ? soin007_b000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- c) de dentistes ou hygiénistes dentaires ? soin007_c000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- d) de physiothérapeutes ? soin007_d000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- e) de psychothérapeutes (autres que médecins psychiatres) ? soin007_e000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- f) de pharmacien·ne·s pour un conseil personnel ? soin007_f000_n consultations (*si aucune, noter zéro*)
- g) d'un centre de conseil médical téléphonique ? soin007_g000_n consultations (*si aucune, noter 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, noter zéro et passer à la question 35*)

34. Où avez-vous été hospitalisé·e ?

- ₁ au CHUV sdsa004_0001 ₂ dans d'autres hôpitaux : *préciser où* sdsa004_0002_t1

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

- ₁ oui : *préciser* traio02_0000_t1 ₂ non

36. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile **dispensés par des professionnel·le·s**, pour des raisons de santé, au cours des **12 derniers mois** ?

- 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** ?

- 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** ?

- 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.

- ₁ oui ₂ non

40. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?

- ₁ oui ₂ non

- econ001 **41. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ002 **42. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ003 **43. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

VOS CONTRÔLES PRÉVENTIFS

44. Quand avez-vous eu pour la dernière fois ...

Répondre à chaque ligne, merci de ne pas tenir compte des examens faits pour l'étude Lc65+ !

		Moins d'1 an	1-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	Plus de 10 ans ou jamais
soin012_a	a) un contrôle de votre tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_b	b) un contrôle de votre cholestérol sanguin ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_c	c) un contrôle de votre glycémie (sucre dans le sang) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_d	d) un contrôle de la vue ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_e	e) un contrôle de la tension oculaire (dépistage du glaucome) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_f	f) un contrôle de l'ouïe ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_g	g) un test de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_h	h) une vaccination contre la grippe ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_i	i) une vaccination contre le pneumocoque (pneumonie) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_j	j) une recherche de sang dans les selles ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_k	k) une colonoscopie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_l	l) <i>Pour les hommes</i> : un dépistage du cancer de la prostate ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_m	m) <i>Pour les femmes</i> : une mammographie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soin012_n	n) <i>Pour les femmes</i> : un contrôle gynécologique ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

AIDES ET SOINS À DOMICILE

Les maladies chroniques, qui augmentent avec l'âge, rendent parfois nécessaire l'aide des proches ou de professionnel-le-s dans la vie courante. Afin de soutenir la vie quotidienne au domicile malgré les problèmes de santé, des structures d'aide et de soins ont été mises en place dans le canton.

Pour commencer, nous cherchons à déterminer dans quelle mesure ces nouvelles structures sont connues du public.

45. Savez-vous ce qu'est, et ce que peut offrir...

Répondre à chaque ligne

		Oui, très bien	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
soin013_a	a) un appartement protégé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
soin013_b	b) un centre d'accueil temporaire (CAT) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
soin013_c	c) un centre médico-social (CMS) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
soin013_d	d) un court séjour médico-social ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
soin013_e	e) une clinique de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

46. Recourez-vous actuellement à ...

Répondre à chaque ligne

		Oui, fourni par un CMS	Oui, fourni par une autre organisation	Non
soin017_a	a) des moyens auxiliaires (cannes, chaise roulante, lit médical, etc.) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
soin017_b	b) un système de télé-alarme pour appeler en cas de chute ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
soin017_c	c) une aide pour des démarches administratives ou sociales ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
soin017_d	d) une présence continue de jour (veilles de jour) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
soin017_e	e) une présence continue de nuit (veilles de nuit) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
soin017_f	f) de l'ergothérapie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

47. En cas de problèmes de santé temporaires, par quels proches pourriez-vous probablement être aidé-e ?

Plusieurs réponses possibles

soin020 ₁ Conjoint-e (marié-e ou non) ₂ Autres parents ₃ Voisin·e·s ₄ Ami·e·s ₅ Autres : soin020_0000_t1 ₆ Personne

48. En cas de problèmes de santé de longue durée, par quels proches pourriez-vous probablement être aidé-e ?

Plusieurs réponses possibles

soin021 ₁ Conjoint-e (marié-e ou non) ₂ Autres parents ₃ Voisin·e·s ₄ Ami·e·s ₅ Autres : soin021_0000_t1 ₆ Personne

soin022 **49. Vivez-vous avec une personne nécessitant de l'aide à cause d'une maladie, d'un handicap ou de l'âge ?**

₁ oui ₂ non → *passer à la question 53*

soin023 **50. Cette personne est-elle aidée par un centre médico-social (CMS) ou d'autres organisations de soins à domicile ?**

₁ oui ₂ non

soin024 **51. De combien d'aide cette personne a-t-elle besoin ?**

Merci de choisir une seule réponse

₁ Elle a besoin d'aide ou de surveillance de façon permanente (jour et nuit)

₂ Elle ne peut pas être laissée seule plus d'une heure

₃ Elle peut être laissée seule plusieurs heures, mais elle doit être accompagnée pour sortir

₄ Elle a besoin d'un peu d'aide à la maison, et elle doit parfois être accompagnée pour sortir

soin025 **52. Vous arrive-t-il d'éprouver un sentiment d'épuisement ou de détresse en raison de cette situation ?**

₁ oui, très souvent ₂ oui, souvent ₃ oui, parfois ₄ non, jamais

LOGEMENT

Le confort du logement peut contribuer à la santé et à la qualité de vie. Il permet parfois d'éviter une hospitalisation.

53. Selon vous, votre logement présente-t-il les problèmes suivants :

Cocher tout ce qui concerne votre logement, plusieurs réponses possibles

soci042_0001 ₁ Il est trop petit

soci042_0002 ₂ Il est trop grand

soci042_0003 ₃ Il vous revient trop cher

soci042_0004 ₄ Il n'est pas assez lumineux

soci042_0005 ₅ Il manque de chauffage

soci042_0006 ₆ Il est isolé (pas de voisinage)

soci042_0007 ₇ Il n'offre pas suffisamment de facilités à une distance raisonnable (pharmacie, services médicaux, commerces, etc.)

soci042_0008 ₈ Il n'est pas suffisamment proche des transports publics

soci042_0009 ₉ Il est pollué, bruyant, ou il présente d'autres problèmes d'environnement

soci042_0010 ₁₀ Il se trouve dans un environnement qui souffre de vandalisme ou délinquance

soci042_0011 ₁₁ Il poserait des problèmes d'accès (escaliers sans ascenseur) si vous ne pouviez pas marcher

soci042_0012 ₁₂ Il présente d'autres problèmes : soci042_0012_t1

soci042_0013_none ₁₃ Il ne présente aucun problème

54. Quels équipements trouve-t-on dans votre logement ?

Cocher tout ce qui concerne votre logement, plusieurs réponses possibles

soci043_0001 ₁ Une douche

soci043_0002 ₂ Une baignoire

soci043_0003 ₃ Des aménagements légers, comme par exemple : des barres de douche, wc surélevé, etc.

soci043_0004 ₄ Des aménagements lourds, comme par exemple : des rampes d'accès pour chaise roulante, portes larges, etc.

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

55. 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_t1 _____
- 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 voisin·e·s ou des ami·e·s
- even001_0010 _j Le décès de votre conjoint·e 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·e ami·e 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 un·e ami·e
- even001_0021_none _u **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

soci006 56. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?

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

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

soci007 57. 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

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

soci008 58. 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

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

VOTRE VÉCU DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

- covi021 **59. Depuis le début de la pandémie, avez-vous vécu une infection par le coronavirus, confirmée par un test positif ?**
₁ oui, une fois ₂ oui, plusieurs fois ₃ non → *passer à la question 62*
 → *préciser la date (mois / année) : _____ / _____ (si plusieurs infections, considérer la plus grave)*
covi021_0000_mm covi021_0000_aaaa
- covi022 **60. Cette infection a-t-elle nécessité une hospitalisation ?**
₁ oui, sans passage aux soins intensifs ₂ oui, avec passage aux soins intensifs ₃ non
- covi023 **61. Pendant combien de temps avez-vous ressenti des symptômes de cette infection ?**
₁ quelques jours ₂ quelques semaines ₃ plusieurs mois ₄ je ressens des symptômes encore aujourd'hui
- covi024 **62. Avez-vous vécu le décès de personnes proches suite à une infection par le coronavirus ?**
₁ oui : *préciser le lien (par exemple : conjoint-e, ami-e, etc.)* _____ ₂ non
covi024_0000_t1
- covi025 **63. Vous êtes-vous fait vacciner contre le coronavirus (au moins une dose) ?**
₁ oui ₂ non ₃ je ne souhaite pas répondre
- covi026 **64. Si une vaccination annuelle contre le coronavirus vous était recommandée (un vaccin injecté chaque année aux personnes qui le souhaitent), quelle serait la probabilité que vous vous fassiez vacciner ?**
₁ très peu probable ₂ peu probable ₃ plutôt probable ₄ très probable
- 65. Les stratégies de nos autorités pour protéger les personnes vulnérables et limiter la propagation du virus ont varié au cours des différentes phases de la pandémie. Globalement, comment jugez-vous les mesures ou recommandations suivantes depuis le début de la pandémie ?**

Répondre à chaque ligne

		Largement insuffisant	Plutôt insuffisant	Bien adapté	Plutôt excessif	Largement excessif
covi027_a	a) Garder ses distances	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_b	b) Éviter les contacts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_c	c) Rester chez soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_d	d) Se désinfecter les mains	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_e	e) Porter un masque	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_f	f) Restriction des visites dans les EMS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_g	g) Fermeture des frontières	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_h	h) Fermeture des écoles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_i	i) Interdiction des grandes manifestations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_j	j) Fermeture des restaurants, cafés, tea-rooms	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_k	k) Fermeture des commerces	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_l	l) Fermeture des lieux de loisir, culture, sport	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_m	m) Fermeture des lieux de culte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_n	n) Tests, traçage, isolement, quarantaine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_o	o) Vaccination des personnes âgées (ou vulnérables)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_p	p) Vaccination des adultes de moins de 65 ans	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
covi027_q	q) Vaccination des enfants ou adolescents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

Veuillez prendre ce questionnaire complété avec vous lors de votre rendez-vous