

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 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# _____
- ₁₈ 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_00011 ₁₁ des problèmes de peau (par ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002_0012 ₁₂ des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002_00013 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_non ₁₆ je ne suis dérangé(e) par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

6. Prenez-vous actuellement au moins une fois par semaine des médicaments...

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

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

- traï001_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- traï001_0003 ₃ pour le coeur
- traï001_0004 ₄ pour l'asthme
- traï001_0005 ₅ pour le diabète, sous forme d'insuline
- traï001_0006 ₆ pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traï001_0007 ₇ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001_0008 ₈ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001_0009 ₉ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001_0010 ₁₀ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001_0011 ₁₁ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001_0012 ₁₂ pour d'autres problèmes: *préciser* traï001_0012_t#
- traï001_0013_non ₁₃ Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

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

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

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

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 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) ?

- psyc003 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 ?

- psyc004 ₁ oui ₂ non

14. 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
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 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
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

16. 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
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

17. 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 ?

- sper006 pas du tout un petit peu moyennement beaucoup énormément
₁ ₂ ₃ ₄ ₅

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

19. Voici maintenant une liste d'activités que vous pratiquez peut-être. A quelle fréquence ...

Répondre à chaque ligne

			Chaque jour ou presque	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par année	Une fois par année ou moins
comp031_a	a.	Regardez-vous la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_b	b.	Écoutez-vous la radio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_c	c.	Lisez-vous le journal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_d	d.	Lisez-vous des magazines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_e	e.	Lisez-vous des livres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_f	f.	Jouez-vous aux cartes, échecs, mots-croisés, puzzles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_g	g.	Visitez-vous des musées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_h	h.	« Surfez »-vous sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_i	i.	Participez-vous à des cours ou assistez-vous à des conférences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comp031_j	j.	Participez-vous activement à des groupes, associations, clubs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITÉ PHYSIQUE

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

comp002

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

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

comp003

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

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

comp004

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

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

comp005_0000_m

_____ minutes par jour

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

comp006

- ₁ jamais, ou presque jamais
₂ moins d'une fois par mois
₃ moins d'une fois par semaine
₄ une fois par semaine
₅ deux fois par semaine
₆ trois fois par semaine ou plus

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

comp007_0000_m

_____ minutes par semaine

26. 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

MOBILITÉ ET ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

29. 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. 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

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

ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

31. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002 ₁ je vis seul(e) → *passer à la question 32*

- 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

32. 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)

33. 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)

34. 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

35. 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

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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 j De nouvelles aides pour vous occuper d'un proche
- even002_0011 k D'autres événements positifs: *préciser* even002_0011_t# _____
- even002_0012_none k **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

40. 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 42)

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

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

42. 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 44)

43. Où avez-vous été hospitalisé(e) ?

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

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

traï003_a ₁ oui : préciser _____ traï003_a000_t# ₂ non

45. 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

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

sdsa006 ₁ oui
₂ non

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

47. 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 soci006_0000_n ₂ non

48. 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 soci007_0000_n ₂ non

49. 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 soci008_0000_n ₂ non

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 cette dernière partie du 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.

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

	exc elle nte	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

51. 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

52. 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

53. 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

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

meilleure
₁

moins bonne
₂

la même qu'aujourd'hui
₃

qdvi004

55. 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