

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 coeur
- 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, avez-vous eu des problèmes avec votre odorat, comme ne pas être capable de percevoir des odeurs ou ne pas sentir des choses telles qu'elles sont supposées sentir ?

- ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

9. Comment jugez-vous votre odorat maintenant par rapport à lorsque vous aviez 25 ans ?

- meilleur ₂ moins bon ₃ pas de changement ₉ je ne sais pas

1

fonc014 **10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes avec votre perception du goût sucré, acide, salé ou amer des aliments et des boissons ?**

₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

11. Comment jugez-vous votre perception des goûts suivants maintenant par rapport à lorsque vous aviez 25 ans ?

Répondre à chaque ligne

		Meilleure	Moins bonne	Pas de changement	Je ne sais pas
fonc015_a	a) Le salé dans les aliments comme les chips ou les bretzels	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_b	b) L'acidité dans les aliments comme le citron ou le vinaigre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_c	c) Le sucré dans les aliments comme les pêches ou la crème glacée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_d	d) L'amertume dans les boissons comme le café noir non sucré	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

fonc016 **12. Votre perception des saveurs telles que le chocolat, la vanille ou la fraise est-elle aussi bonne maintenant que lorsque vous aviez 25 ans ?**

₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

comp008 **13. Vous arrive-t-il de fumer ?**

- ₁ je fume actuellement → *préciser ci-dessous la quantité*
comp008_0000_01_a_n _____ cigarettes / jour comp008_0000_01_b_n _____ pipes / jour comp008_0000_01_c_n _____ cigares / jour comp008_0000_01_d_n _____ cigarillos / jour
- ₂ je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a comp008_0000_02_n _____ ans
- ₃ je n'ai jamais fumé

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

sper003 **14. 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 16*
₂ un peu
₃ beaucoup

sper004 **15. 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 **16. 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 **17. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**

- ₁ oui ₂ non

psyc004 **18. 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 **19. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e préoccupé-e et anxieux-se ?**

₁ oui ₂ non

psyc006 **20. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e calme, équilibré-e, serein-e ?**

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

soci001 **21. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**

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

psyc007 **22. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e plein-e de force, d'énergie et d'optimisme ?**

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

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

23. 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 **24. 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 **25. 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 **26. 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

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

comp006 **28. 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

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

30. 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 **31. 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 **32. Avez-vous peur de tomber ?**

- ₁ pas du tout → *passer à la question 34*
₂ un peu
₃ beaucoup

cepe003 **33. Cette peur vous a-t-elle amené·e à restreindre certaines de vos activités ?**

- ₁ oui ₂ non

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

34. 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 **35. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**

- ₁ je vis seul·e → *passer à la question 36*
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

36. 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)

37. 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 39)

38. Où avez-vous été hospitalisé·e ?

- ₁ au CHUV ₂ dans d'autres hôpitaux : préciser où sdsa004_0002_t1
- sdsa004_0001 sdsa004_0002

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

- ₁ oui : préciser traï002_0000_t1 ₂ non

40. 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

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

- ₁ oui ₂ non

42. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des 12 derniers mois ?

- ₁ oui ₂ non

43. 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

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

- ₁ oui ₂ non

- econ001 **45. 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 **46. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ003 **47. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

VOS CONTRÔLES PRÉVENTIFS

48. 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				Plus de 10 ans
		d'1 an	1-2 ans	3-5 ans	6-10 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.

49. 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

50. 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

51. 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

52. 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 **53. 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 57*
- soin023 **54. Cette personne est-elle aidée par un centre médico-social (CMS) ou d'autres organisations de soins à domicile ?**
₁ oui ₂ non
- soin024 **55. 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 **56. 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.

57. 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

58. 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

59. 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 **60. 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 **61. 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 **62. 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 **63. 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 66*
 → *préciser la date (mois / année) : _____ / _____ (si plusieurs infections, considérer la plus grave)*
covi021_0000_mm covi021_0000_aaaa
- covi022 **64. 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 **65. 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 **66. 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 **67. Vous êtes-vous fait vacciner contre le coronavirus (au moins une dose) ?**
₁ oui ₂ non ₃ je ne souhaite pas répondre
- covi026 **68. 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
- 69. 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