

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

Questionnaire de suivi 2023

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

- 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_0014 ₅ pour le diabète
- traï001_0007 ₆ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001_0008 ₇ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001_0009 ₈ pour les problèmes de sommeil (sommifères)
- traï001_0010 ₉ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001_0011 ₁₀ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001_0012 ₁₁ pour d'autres problèmes : *préciser* traï001_0012_t1
- traï001_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

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

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

comp007_0000_m _____ 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

ENTOURAGE ET SITUATION D'HABITATION

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

₁ je vis seul·e → *passer à la question 33*

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)

32. Comment se compose votre ménage ?

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

soci026_0001 ₁ conjoint·e (marié·e ou non) : *préciser son année de naissance* 19 soci026_0001_aaaa

soci026_0002 ₂ personnes de la génération précédente (par ex. parents, beaux-parents...)

soci026_0003 ₃ personnes de la même génération que vous (par ex. frères, sœurs...)

soci026_0004 ₄ personnes adultes de la génération suivante (par ex. enfants majeurs...)

soci026_0005 ₅ enfants mineurs, petits-enfants

soci039 **33. Quel est le statut d'occupation de votre logement actuel ? Êtes-vous...**

- ₁ locataire ou sous-locataire
₂ propriétaire ou co-propriétaire
₃ occupant-e à titre gratuit
₄ autre situation : *préciser (par exemple : coopérative d'habitation, usufruit, etc.)* soci039_0000_t1

34. Depuis quelle année occupez-vous ce logement ?

soci040_0000_aaaa _____ (*inscrire l'année d'emménagement dans votre logement actuel*)

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

35. 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 37*)

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

sdsa002_0000_n _____ consultations (*si vous n'avez pas consulté en urgence, 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

traï002 **39. Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 12 derniers mois ?**

- ₁ oui : *préciser* traï002_0000_t1 ₂ non

sdsa005 **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

sdsa006 **41. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?**

- ₁ oui ₂ non

sdsa007 **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

sdsa008 **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

- sdsa021 **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 ?**
oui ₂ non ₉ je ne sais pas

DERNIÈRE ÉTAPE DE VIE

La dernière étape de vie peut concerner tous les âges dans des circonstances très variables. C'est un sujet délicat souvent difficile à évoquer. Les gens ont des opinions différentes sur ce qu'ils considèrent être important pour que la fin de vie se passe bien. Dans cette section, nous souhaitons connaître votre ressenti et votre avis sur quelques aspects liés à cette phase importante de l'existence.

48. Veuillez indiquer à quel point les éléments qui suivent sont importants pour vous lorsque vous pensez aux derniers six mois de vie.

Répondre à chaque ligne

		Très important	Plutôt important	Plutôt pas important	Pas important
psyc015_a	a) Se sentir utile aux autres (offrir du temps, partager son savoir, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_b	b) Ne pas être une charge pour la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_c	c) Organiser les événements qui suivront son décès (funérailles, annonce mortuaire, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_d	d) Choisir le lieu de sa mort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_e	e) Ne pas mourir seul·e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_f	f) Pouvoir discuter de ses peurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_g	g) Bénéficier d'un soutien spirituel ou religieux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_h	h) Éviter l'acharnement thérapeutique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_i	i) Avoir du contact physique (comme tenir la main)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_j	j) Être capable de parler ou communiquer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_k	k) Être capable de se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_l	l) Recevoir, jusqu'à la fin, tous les traitements disponibles pour prolonger la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_m	m) Ne pas avoir de douleurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_n	n) Être pleinement conscient·e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

49. Certaines personnes accordent une grande confiance à leur entourage, aux institutions et à leurs représentant·e·s, d'autres personnes se montrent plus méfiantes à leur égard. En ce qui vous concerne, pour la fin de vie, dans quelle mesure faites-vous confiance

Répondre à chaque ligne

		Très confiance	Plutôt confiance	Plutôt pas confiance	Pas du tout confiance
psyc016_a	a) à votre famille proche ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_b	b) aux médecins ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_c	c) aux assurances maladie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_d	d) au système de soins vaudois dans son ensemble ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_e	e) au système légal suisse (justice) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_f	f) aux autorités religieuses ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

psyc017 **50. Avez-vous désigné un représentant thérapeutique ?**
Un représentant thérapeutique est une personne de confiance (par ex. une personne de votre famille ou parmi vos proches) qui pourra vous représenter dans les décisions médicales futures, si vous deveniez incapable de discernement.
₁ oui ₂ non mais j'envisage de le faire ₃ non et je ne l'envisage pas

psyc018 **51. Avez-vous rédigé des directives anticipées ?**
Les directives anticipées permettent de fixer à l'avance les mesures médicales (par ex. réanimation, alimentation artificielle, soins palliatifs de confort, etc.) que vous approuvez et celles que vous refusez en cas de perte soudaine de discernement.
₁ oui ₂ non mais j'envisage de le faire ₃ non et je ne l'envisage pas

psyc019 **52. Selon vous, est-ce une bonne chose que l'aide au suicide soit autorisée en Suisse ?**
Par exemple « Exit » ou « Dignitas »
₁ oui ₂ non

psyc020 **53. Pourriez-vous imaginer avoir recours, dans certaines circonstances, à l'aide au suicide ?**
₁ oui ₂ non

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

54. 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_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 **55. 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 **56. 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 **57. 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

RELATIONS ENTRE GÉNÉRATIONS

- soci033 **58. Avez-vous des enfants ?**
₁ oui : *préciser combien* ^{soci033_0000_n} _____ ₂ non → *passer à la question 61*
- 59. Actuellement, à quelle fréquence avez-vous les contacts suivants avec vos enfants, sans considérer ceux vivant sous le même toit que vous ?**
Répondre à chaque ligne
- | | | Au moins
trois fois
par
semaine | Une à
deux fois
par
semaine | Une à
deux fois
par
mois | Tous les
quelques
mois | Une à deux
fois par
année | Moins
d'une fois
par année
ou jamais |
|-----------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| soci034_a | a) Se rencontrer (de façon organisée ou fortuite) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_b | b) Se parler au téléphone ou par appel vidéo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_c | c) S'écrire une lettre ou un courriel | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_d | d) S'envoyer des textos (sms) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
- 60. Avec combien de vos enfants diriez-vous que vous avez une relation proche ?**
Considérer la qualité du lien affectif (par ex. sentiment d'importance, de confiance, etc.)
 soci035_0000_n _____ enfant(s)
- soci036 **61. Avez-vous des petits-enfants ?**
₁ oui : *préciser combien* ^{soci036_0000_n} _____ ₂ non → *passer à la question 64*

62. Actuellement, à quelle fréquence avez-vous les contacts suivants avec vos petits-enfants, sans considérer ceux vivant sous le même toit que vous ?

Répondre à chaque ligne

		Au moins trois fois par semaine	Une à deux fois par semaine	Une à deux fois par mois	Tous les quelques mois	Une à deux fois par année	Moins d'une fois par année ou jamais
soci037_a	a) Se rencontrer (de façon organisée ou fortuite)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_b	b) Se parler au téléphone ou par appel vidéo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_c	c) S'écrire une lettre ou un courriel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_d	d) S'envoyer des textos (sms)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

63. Avec combien de vos petits-enfants diriez-vous que vous avez une relation proche ?

Considérer la qualité du lien affectif (par ex. sentiment d'importance, de confiance, etc.)

soci038_0000_n _____ petit(s)-enfant(s)

64. Les affirmations suivantes concernent les relations entre les personnes âgées et les plus jeunes. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec ces affirmations.

Répondre à chaque ligne

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
psyc021_a	a) Les personnes âgées ne se préoccupent pas assez de l'avenir des jeunes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_b	b) Les jeunes ne se préoccupent pas assez des besoins des personnes âgées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_c	c) Il est temps que davantage de jeunes accèdent aux fonctions de direction politique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_d	d) Les personnes âgées devraient libérer leur emploi au profit des jeunes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_e	e) Pour les décisions importantes, on devrait s'appuyer sur les conseils des personnes âgées expérimentées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_f	f) Les aîné·e·s ont construit ce dont les jeunes bénéficient aujourd'hui	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_g	g) Les aîné·e·s ont négligé l'environnement au détriment des générations suivantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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