

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

Questionnaire de suivi 2021

VOTRE SANTÉ

sperc001 **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 cœur
- 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_t1
- traï001_0013_none ₁₃ Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

- sant002 ₁ oui : *préciser combien* sant002_0000_n kilos perdus ₂ non
traï001_0012_t1

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 ?

- ₁ meilleur ₂ moins bon ₃ pas de changement ₉ je ne sais pas

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*
 _____ cigarettes / jour _____ pipes / j. _____ cigares / j. _____ cigarillos / j.
₂ je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a _____ 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. A quelle fréquence rencontrez-vous ces difficultés ?

Répondre à chaque ligne

		Jamais	Rarement	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

ACTIVITÉS 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

34. Nous aimerions encore vous demander si vous ressentez de **l'inquiétude face à la possibilité de tomber dans certaines circonstances**. A chaque ligne, répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement l'activité mentionnée. Si vous ne faites pas l'une de ces activités, répondez **d'abord** à la question en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez vraiment cette activité et **ensuite**, ajouter une deuxième croix, dans la colonne "*Je ne le fais pas*".

Répondre à chaque ligne

		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	<i>Je ne le fais pas</i>
cepe004_a	a) Faire votre ménage (<i>par ex. balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_b	b) Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_c	c) Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_d	d) Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_e	e) Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_f	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_g	g) Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_h	h) Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_i	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_j	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_k	k) Marcher sur une surface glissante (<i>par ex. mouillée ou verglacée</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_l	l) Rendre visite à un·e ami·e ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_m	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_n	n) Marcher sur un terrain inégal (<i>par ex. sol caillouteux, trottoir non entretenu</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_o	o) Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_p	p) Sortir (<i>par ex. pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

35. 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

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

36. 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 38)

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

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

38. 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 40)

39. Où avez-vous été hospitalisé-e ?

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

traio02 **40. Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 12 derniers mois ?**

₁ oui : préciser traio02_0000_t1 ₂ non

sdsa005 **41. 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 ?**

₁ oui, régulièrement ₂ oui, temporairement ₃ non

- sdsa006 **42. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?**
₁ oui ₂ non
- sdsa007 **43. 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 **44. 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 **45. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?**
₁ oui ₂ non
- econ001 **46. 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 **47. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ003 **48. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

- soci002 **49. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**
₁ je vis seul·e → *passer à la question 50*
₂ je vis avec 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) :
 Il s'agit : ₁ du conjoint ou de la conjointe (marié·e ou non)
₂ d'autre(s) personne(s)
- soci002_0001
 soci002_0002
- 50. Avec combien de membres de la famille (par ex. conjoint·e ou partenaire, enfants, etc.) ...**
- a) avez-vous des contacts, visuels ou téléphoniques, au moins une fois par mois ? avec membres de la famille
(si aucun, noter zéro)
- 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)
- c) vous sentez-vous à l'aise pour discuter d'affaires privées ? avec membres de la famille
(si aucun, noter zéro)

51. Avec combien d'ami·e·s ou voisin·e·s ...

- a) avez-vous des contacts, visuels ou téléphoniques, au moins une fois par mois ? avec ^{soci001_a000_n} _____ ami·e·s ou voisin·e·s
(si aucun, noter zéro)
- b) vous sentez-vous assez proche pour demander de l'aide, en cas de besoin ? avec ^{soci001_b000_n} _____ ami·e·s ou voisin·e·s
(si aucun, noter zéro)
- c) vous sentez-vous à l'aise pour discuter d'affaires privées ? avec ^{soci001_c000_n} _____ ami·e·s ou voisin·e·s
(si aucun, noter zéro)

soci030 **52. À quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un qui vous témoigne de l'amour ou de l'affection en cas de besoin ?**

toujours très souvent souvent parfois rarement jamais

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

soci003 **53. À quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un avec qui vous pouvez partager vos soucis intimes en cas de besoin ?**

toujours très souvent souvent parfois rarement jamais

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

soci004 **54. À quelle fréquence pouvez-vous compter sur quelqu'un que vous aimez et pour qui vous avez de l'importance ?**

toujours très souvent souvent parfois rarement jamais

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

55. 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)*

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

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

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

₁ oui, en moyenne ^{soci006_0000_n} _____ _{tra1001_0012_11} heures par semaine ₂ non

soci007 **57. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous ? (par ex. aide à des personnes malades, garde de petits-enfants, travail non rémunéré pour une église ou une association, etc.)**

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

₁ oui, en moyenne ^{soci007_0000_n} _____ _{tra1001_0012_11} heures par semaine ₂ non

soci008 **58. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ? (par ex. soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous)**

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

₁ oui, en moyenne ^{soci008_0000_n} _____ _{tra1001_0012_11} heures par semaine ₂ non

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

60. 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_t1
- even002_0005 _e L'évolution favorable de votre état de santé
- even002_0006 _f L'évolution favorable de la santé d'un-e 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-e proche
- even002_0011 _k D'autres événements positifs: *préciser* even002_0011_t1
- even002_0012_none _l **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

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·e de nous ; par exemple, être seul·e peut poser problème à certaines personnes et non à d'autres.

Dans les dernières pages de ce questionnaire, nous souhaitons connaître ce qui est important pour **vous** qualité de vie, et dans quelle mesure certains facteurs posent problème. Nous sommes aussi intéressé·e·s par ce qui, pour vous, pourrait être fait concrètement pour l'améliorer.

qdvi001 **61. Comment jugez-vous votre qualité de vie actuelle ?**

excellente ₁ très bonne ₂ bonne ₃ médiocre ₄ mauvaise ₅

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

Répondre à chaque ligne

		Très grande	Plutôt grande	Plutôt faible	Très faible
qdvi002_a	1. Les ressources financières	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_b	2. Le confort du logement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_d	4. L'ambiance conviviale des repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_e	5. Les relations de couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_f	6. Les relations familiales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_g	7. Les relations amicales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_h	8. Les relations entre générations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_j	10. L'estime de soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_k	11. Être écouté·e et respecté·e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_l	12. Les activités culturelles et de loisirs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_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
qdvi002_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
qdvi002_p	16. Pouvoir voyager	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_q	17. La santé physique et psychique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_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
qdvi002_t	20. La sécurité chez soi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_u	21. La sécurité dans la rue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_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
qdvi002_x	24. Pouvoir décider de sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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
qdvi002_z	26. Être utile aux autres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_aa	27. Pouvoir exprimer son opinion, voter, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
qdvi002_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

63. 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

qdvi004 **64. 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

qdvi005 **65. Au cours des 5 dernières années, comment votre qualité de vie a-t-elle évolué ?
Elle est aujourd'hui...**

meilleure
₁

moins bonne
₂

la même qu'il y a 5 ans
₃

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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