

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

Questionnaire de suivi 2024

VOTRE SANTÉ

1. Comment allez-vous en ce moment, comment jugez-vous votre santé ?

- sper001
- ₁ Très bonne
 - ₂ Bonne
 - ₃ Moyenne
 - ₄ Mauvaise
 - ₅ Très mauvaise

2. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé s'aggrave ?

- psyc001
- ₁ Très peur
 - ₂ Assez peur
 - ₃ Un peu peur
 - ₄ À peine peur
 - ₅ Pas du tout peur

3. Pensez-vous qu'en vieillissant, sur le plan de la santé, les choses vont...

- psyc002
- ₁ mieux que vous ne l'aviez imaginé
 - ₂ moins bien que vous ne l'aviez imaginé
 - ₃ comme vous l'aviez imaginé

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement, ou avez-vous souffert des problèmes de santé suivants, diagnostiqués par un médecin ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- sant001_0001
- ₁ La tension artérielle trop élevée (hypertension)
 - ₂ Un taux de cholestérol trop élevé (hypercholestérolémie)
 - ₃ Une maladie coronarienne, une angine de poitrine, un infarctus du myocarde
 - ₄ Une insuffisance cardiaque
 - ₅ Une maladie des valves ou du muscle cardiaque
 - ₆ Une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
 - ₇ Du diabète
 - ₈ Une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)
 - ₉ De l'asthme
 - ₁₀ De l'ostéoporose
 - ₁₁ Des fractures osseuses : *préciser où* sant001_0011_t1 _____
 - ₁₂ Une arthrose ou une arthrite
 - ₁₃ Un cancer, une tumeur maligne, un lymphome : *préciser* sant001_0013_t1 _____
 - ₁₄ Un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique
 - ₁₅ Une dépression
 - ₁₆ La maladie de Parkinson
 - ₁₇ La maladie d'Alzheimer
 - ₁₈ Une infection par le VIH
 - ₁₉ Une autre maladie chronique : *préciser* sant001_0019_t1 _____
 - 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)

a) médicaments traditionnels **b) médicaments d'homéopathie ou de naturopathie**

- | | | | | |
|--------------|---|--|--|--------------|
| trai001_0001 | a) pour baisser la tension artérielle (hypertension) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | trai001_b001 |
| trai001_0002 | b) pour baisser le cholestérol | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₂ | trai001_b002 |
| trai001_0003 | c) pour le cœur | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₃ | trai001_b003 |
| trai001_0015 | d) pour l'asthme ou la bronchite chronique | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₄ | trai001_b015 |
| trai001_0014 | e) pour le diabète | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₅ | trai001_b014 |
| trai001_0007 | f) pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₆ | trai001_b007 |
| trai001_0008 | g) pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.) | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₇ | trai001_b008 |
| trai001_0009 | h) pour les problèmes de sommeil (somnifères) | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₈ | trai001_b009 |
| trai001_0010 | i) pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs) | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₉ | trai001_b010 |
| trai001_0011 | j) pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (œstrogènes) | <input type="checkbox"/> ₁₀ | <input type="checkbox"/> ₁₀ | trai001_b011 |
| trai001_0012 | k) pour d'autres problèmes : <i>préciser</i> <u>trai001_0012_t1</u> | <input type="checkbox"/> ₁₁ | <input type="checkbox"/> ₁₁ | trai001_b012 |
| trai001_0013 | l) il n'y a aucun médicament que je prenne au moins une fois par semaine | <input type="checkbox"/> ₁₂ | <input type="checkbox"/> ₁₂ | trai001_b013 |
| | | | | _none |

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

- ₁ Oui : *préciser combien* sant002_0000_n kilos perdus ₂ Non

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

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

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

9. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?

- sper003
- 1 Pas du tout → *passer à la question 11*
 - 2 Un peu
 - 3 Beaucoup

10. Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...

- sper004
- 1 physique 2 psychique (manque d'entrain, etc.) 3 à la fois physique et psychique

11. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?

- sper005
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Beaucoup

12. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti·e triste, déprimé·e ou découragé·e ?

- psyc003
- 1 Oui 2 Non

13. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?

- psyc004
- 1 Oui 2 Non

14. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti·e préoccupé·e et anxieux·se ?

- psyc005
- 1 Oui 2 Non

15. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti·e calme, équilibré·e, serein·e ?

- psyc006
- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Toujours | Très souvent | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

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

- soci001
- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Toujours | Très souvent | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

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

- psyc007
- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Toujours | Très souvent | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

18. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure des douleurs physiques vous ont-elles limité·e dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?

- sper006
- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout | Un petit peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

REVENONS SUR VOTRE SOMMEIL

19. Au cours du dernier mois, en général...

(Répondre à chaque ligne, indiquer les heures au format 24H)

- sant032_a000_h
sant032_a000_m
sant032_b000_m
sant032_c000_h
sant032_c000_m
sant032_d000_h
sant032_d000_m
- a) À quelle heure vous êtes-vous couché·e le soir ? À _____ heures _____ minutes
- b) Combien de temps avez-vous mis à vous endormir ? _____ minutes
- c) À quelle heure vous êtes-vous levé·e le matin ? À _____ heures _____ minutes
- d) Combien d'heures avez-vous réellement dormi la nuit ? _____ heures _____ minutes

20. Au cours du dernier mois, en général, quelle a été la qualité de votre sommeil ?

- sant016
- 1 Très bonne 2 Assez bonne 3 Assez mauvaise 4 Très mauvaise

21. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous ...

Répondre à chaque ligne

		Moins de 1 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
	Jamais			
a)	pris des somnifères ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b)	fait des siestes dans la journée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c)	eu de la peine à rester réveillé·e lors d'une activité qui exigeait votre participation ? (par ex. en conduisant, mangeant, recevant des amis, en visite, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
				<input type="checkbox"/> 4

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

22. 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

		Rare- ment	Parfois	Très souvent
	Jamais			
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
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
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"/> 4
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"/> 4
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"/> 4
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"/> 4
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"/> 4
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"/> 4
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"/> 4
				<input type="checkbox"/> 5

23. Dans quelle mesure chacune des affirmations suivantes vous correspond-elle ?

Répondre à chaque ligne

Pas du tout Plutôt non Neutre Plutôt oui Tout à fait

psyc014_a	a) J'aime gérer une situation qui demande beaucoup de réflexion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
psyc014_b	b) J'apprécie beaucoup les tâches qui consistent à trouver de nouvelles solutions à des problèmes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
psyc014_c	c) Réfléchir d'une manière abstraite me plaît	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
psyc014_d	d) Je préfère une activité qui demande peu de réflexion plutôt qu'une activité qui met à l'épreuve mes capacités de réflexion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
psyc014_e	e) J'essaie d'anticiper et d'éviter les situations qui demandent une réflexion en profondeur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
psyc014_f	f) Je ne réfléchis jamais davantage que ce qui est nécessaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

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

comp002

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

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

comp003

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

26. À quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?

comp004

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

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

comp005_0000_m

_____ minutes par jour

28. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?

(*par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo, etc.*)

comp006

- 1 Jamais, ou presque jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Moins d'une fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Deux fois par semaine
- 6 Trois fois par semaine ou plus

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 plusieurs étages par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
fonc001_e	e) monter un 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

31. Êtes-vous tombé·e durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?

cepe001

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, plusieurs fois

32. Avez-vous peur de tomber ?

cepe002

- 1 Pas du tout → *passer à la question 34*
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup

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

cepe003

- 1 Oui
- 2 Non

- 34. Voici une liste de lieux où on a parfois besoin de se rendre. Veuillez indiquer à quel point il est facile pour vous de vous rendre à ces endroits en utilisant vos moyens de transport habituels.**

Répondre à chaque ligne

		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Je n'ai pas à m'y rendre
envi001_a	a) À la banque ou au distributeur de billets	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_b	b) À la poste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_c	c) Au magasin du coin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_d	d) Au supermarché le plus proche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_e	e) Au centre commercial le plus proche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_f	f) Chez votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_g	g) Chez le physiothérapeute ou l'ostéopathe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_h	h) Chez le dentiste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_i	i) Chez l'opticien ou l'oculiste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_j	j) À l'hôpital le plus proche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
envi001_k	k) À la pharmacie la plus proche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

VOS COMPÉTENCES EN SANTÉ (LITTÉRATIE EN SANTÉ)

- 35. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous de....**

Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Répondre à chaque ligne

		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
isan004_a	a) ... savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
isan004_b	b) ... utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
isan004_c	c) ... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques ? (par ex. stress, dépression ou anxiété)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
isan004_d	d) ... évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ? (par ex. journaux, télévision ou internet)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
isan004_e	e) ... vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre santé et votre bien être ? (par ex. relaxation, exercice physique, yoga)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
isan004_f	f) ... comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

36. 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

		Difficultés, Aucune 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
fonc002_b	b) Marcher à travers une pièce	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_c	c) Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_d	d) Manger, y compris couper les aliments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_e	e) Vous coucher et vous lever d'un lit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_f	f) Utiliser les toilettes, y compris vous asseoir, vous relever	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_g	g) Faire de petits travaux ménagers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_h	h) Faire de gros travaux ménagers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_i	i) Préparer un repas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_j	j) Faire les courses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_k	k) Téléphoner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fonc002_l	l) Préparer et prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
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
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

37. Utilisez-vous internet pour échanger des courriels, rechercher des informations, faire des achats ou pour toutes autres raisons ?

lois020

- 1 Oui, au moins 1 fois par jour
- 2 Oui, au moins 1 fois par semaine (mais pas tous les jours)
- 3 Oui, au moins 1 fois par mois (mais pas chaque semaine)
- 4 Oui, moins de 1 fois par mois
- 5 Non

ENTOURAGE ET ACTIVITÉS SOCIALES

38. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

soci002

- 1 Je vis seul·e → *passer à la question 39*

soci002_0000_n

- 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) :

soci002_0001

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

soci002_0002

2 d'autre(s) personne(s)

39. Actuellement, à quelle fréquence apportez-vous de l'aide dans les activités suivantes ?

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	1 fois par mois	Moins de	Jamais
soci031_a	a) Prodiger des soins à une personne malade ou handicapée	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci031_b	b) S'occuper de vos petits-enfants ou d'enfants du voisinage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci031_c	c) Faire du bénévolat auprès d'enfants ou de jeunes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci031_d	d) Faire d'autres activités bénévoles ou caritatives	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

40. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous engagé·e dans les activités bénévoles suivantes pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous, quel que soit leur âge ?

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	1 fois par mois	Moins de	Jamais
soci032_a	a) Assister quelqu'un pour l'utilisation d'appareils (par ex. téléphone, ordinateur, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_b	b) Faire des achats pour quelqu'un	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_c	c) Assister quelqu'un dans ses démarches administratives (par ex. remplir des formulaires, régler ses factures, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_d	d) Assister quelqu'un dans des travaux ménagers (par ex. lessive, préparation des repas, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_e	e) Assister quelqu'un dans des travaux en-dehors du ménage (par ex. jardinage, entretien de la voiture, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_f	f) Veiller sur le domicile ou les animaux de quelqu'un en son absence	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_g	g) Représenter quelqu'un (par ex. tutelle, curatelle, représentation thérapeutique, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
soci032_h	h) Conduire ou accompagner quelqu'un	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

41. Au total, combien de consultations ou visites de médecin avez-vous eues au cours des 12 derniers mois ?

_____ consultations (*si vous n'avez pas consulté, noter zéro et passer à la question 43*)

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

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

43. Combien de fois avez-vous été hospitalisé·e au cours des 12 derniers mois ?

sds003_0000_n _____ hospitalisations (*si vous n'avez pas été hospitalisé·e, noter zéro et passer à la question 45*)

44. Où avez-vous été hospitalisé·e ?

sds004_0001 ₁ Au CHUV ₂ Dans d'autres hôpitaux : *préciser où* _____
sds004_0002

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

trai002 ₁ Oui : *préciser* _____ ₂ Non

46. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?

sds022_a **a) Dispensés par des professionnels** **b) Dispensés par vos proches**
sds022_b ₁ Oui, régulièrement ₁ Oui, régulièrement
 ₂ Oui, temporairement ₂ Oui, temporairement
 ₃ Non ₃ Non

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

sds006 ₁ Oui ₂ Non

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

sds007 ₁ Oui ₂ Non

49. Vivez-vous actuellement dans un appartement adapté ?

Un logement adapté 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.

sds008 ₁ Oui ₂ Non

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

sds021 ₁ Oui ₂ Non

51. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?

econ001 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

52. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?

econ002 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

53. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?

econ003 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

54. Compte tenu du revenu mensuel total de votre foyer, diriez-vous que vous arrivez à joindre les deux bouts...

econ019 ₁ très difficilement ₂ assez difficilement ₃ assez facilement ₄ facilement

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

55. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer par des croix si vous avez été confronté·e, au cours des 12 derniers mois, à ces événements.

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

- ₁ Des difficultés financières majeures
- ₂ Des maladies nouvelles : *préciser* _____
- ₃ Des maladies importantes que vous aviez déjà
- ₄ Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- ₅ Un accident ou une blessure
- ₆ Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- ₇ D'autres difficultés dans votre couple
- ₈ Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- ₉ Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisin·e·s ou des ami·e·s
- ₁₀ Le décès de votre conjoint·e ou partenaire
- ₁₁ Le décès de l'un de vos enfants
- ₁₂ Le décès de votre père ou de votre mère
- ₁₃ Le décès d'un frère ou d'une sœur
- ₁₄ Le décès d'un autre parent ou d'un·e ami·e proche
- ₁₅ Le décès d'un animal de compagnie
- ₁₆ Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- ₁₇ Un déménagement volontaire
- ₁₈ Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- ₁₉ Une agression ou un vol
- ₂₀ Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un·e ami·e
- ₂₁ **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

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

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

soci006
soci006_0000_n

- ₁ Oui, en moyenne _____ heures par semaine
- ₂ Non

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

soci007
soci007_0000_n

- ₁ Oui, en moyenne _____ heures par semaine
- ₂ Non

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

soci008
soci008_0000_n

- ₁ Oui, en moyenne _____ heures par semaine
- ₂ Non

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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