

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)

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)

		a) médicaments traditionnels	b) médicaments d'homéopathie ou de naturopathie	
tra001_0001	a) pour baisser la tension artérielle (hypertension)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	tra001_b001
tra001_0002	b) pour baisser le cholestérol	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	tra001_b002
tra001_0003	c) pour le cœur	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	tra001_b003
tra001_0015	d) pour l'asthme ou la bronchite chronique	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	tra001_b015
tra001_0014	e) pour le diabète	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	tra001_b014
tra001_0007	f) pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	tra001_b007
tra001_0008	g) pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	tra001_b008
tra001_0009	h) pour les problèmes de sommeil (somnifères)	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	tra001_b009
tra001_0010	i) pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉	tra001_b010
tra001_0011	j) pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (œstrogènes)	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁₀	tra001_b011
tra001_0012	k) pour d'autres problèmes : <i>préciser</i> ___ tra001_0012_t1 ___	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₁	tra001_b012
tra001_0013 _none	l) il n'y a aucun médicament que je prenne au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₂	tra001_b013 _none

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

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

- sper003

☐₂ Un peu

sper004

sper005

☐₂ Un peu

psyc003

☐ Non

- psvc004

\square_2 Non

- pssc005

☐ Non

- psyc006

Jamais

□₆

- soci001

Jamais

□ 6

- psvc007

Jamais

□₆

- sper006

Énormément

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

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

- | | Jamais | Moins de
1 fois par
semaine | 1 à 2
fois par
semaine | 3 fois ou
plus par
semaine |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| sant017_a a) pris des somnifères ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| sant017_b b) fait des siestes dans la journée ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| sant017_c 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

- | | 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 |

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 <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

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 ? (<i>par ex. stress, dépression ou anxiété</i>)	<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 ? (<i>par ex. journaux, télévision ou internet</i>)	<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 ? (<i>par ex. relaxation, exercice physique, yoga</i>)	<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

		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

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	Moins de 1 fois par mois	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	Moins de 1 fois par mois	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 ?

sdsa001_0000_n _____ 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 ?

sdsa002_0000_n _____ 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** ?
 sdsa003_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 ?
 sdsa004_0001 ☐₁ Au CHUV ☐₂ Dans d'autres hôpitaux : *préciser où* sdsa004_0002_t1 _____
 sdsa004_0002
45. Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 12 derniers mois ?
 trai002 ☐₁ Oui : *préciser* trai002_0000_t1 _____ ☐₂ Non
46. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile, pour des raisons de santé, au cours des **12 derniers mois** ?
 sdsa022_a **a) Dispensés par des professionnels** **b) Dispensés par vos proches**
 sdsa022_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** ?
 sdsa006 ☐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** ?
 sdsa007 ☐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.
 sdsa008 ☐₁ Oui ☐₂ Non
50. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?
 sdsa021 ☐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

- | | | |
|-------------------|--|---|
| even001_0001 | <input type="checkbox"/> ₁ | Des difficultés financières majeures |
| even001_0002 | <input type="checkbox"/> ₂ | Des maladies nouvelles : <i>préciser</i> _____ |
| even001_0003 | <input type="checkbox"/> ₃ | Des maladies importantes que vous aviez déjà |
| even001_0004 | <input type="checkbox"/> ₄ | Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche |
| even001_0005 | <input type="checkbox"/> ₅ | Un accident ou une blessure |
| even001_0006 | <input type="checkbox"/> ₆ | Une séparation de votre couple (marié ou non marié) |
| even001_0007 | <input type="checkbox"/> ₇ | D'autres difficultés dans votre couple |
| even001_0008 | <input type="checkbox"/> ₈ | Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple |
| even001_0009 | <input type="checkbox"/> ₉ | Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisin-e-s ou des ami-e-s |
| even001_0010 | <input type="checkbox"/> ₁₀ | Le décès de votre conjoint-e ou partenaire |
| even001_0011 | <input type="checkbox"/> ₁₁ | Le décès de l'un de vos enfants |
| even001_0012 | <input type="checkbox"/> ₁₂ | Le décès de votre père ou de votre mère |
| even001_0013 | <input type="checkbox"/> ₁₃ | Le décès d'un frère ou d'une sœur |
| even001_0014 | <input type="checkbox"/> ₁₄ | Le décès d'un autre parent ou d'un-e ami-e proche |
| even001_0015 | <input type="checkbox"/> ₁₅ | Le décès d'un animal de compagnie |
| even001_0016 | <input type="checkbox"/> ₁₆ | Un déménagement forcé ou la perte de votre logement |
| even001_0017 | <input type="checkbox"/> ₁₇ | Un déménagement volontaire |
| even001_0018 | <input type="checkbox"/> ₁₈ | Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats |
| even001_0019 | <input type="checkbox"/> ₁₉ | Une agression ou un vol |
| even001_0020 | <input type="checkbox"/> ₂₀ | Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un-e ami-e |
| even001_0021_none | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ₁ | Oui, en moyenne _____ heures par semaine | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ₁ | Oui, en moyenne _____ heures par semaine | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ₁ | Oui, en moyenne _____ heures par semaine | <input type="checkbox"/> ₂ | Non |
|---------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-----|

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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