

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

QUESTIONNAIRE DE SUIVI 2025

Consignes pour remplir le questionnaire

Veillez lire attentivement chaque question et toutes les réponses proposées avant de cocher celle qui vous convient le mieux. Sauf indication contraire, une seule réponse doit être choisie !

Comme toute information recueillie dans le cadre de la Cohorte Lc65+, vos réponses seront traitées et analysées dans le plus strict respect de la confidentialité.

Nous vous serions reconnaissants de remplir à l'avance ce questionnaire chez vous, et de l'amener lors de votre rendez-vous.

VOTRE SANTÉ ACTUELLE

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. 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

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

sant002

₁ Oui : *préciser combien* __sant002_0000_n__ kilos perdus ₂ Non

4. 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
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

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

soci001

Toujours Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

6. 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 8*
₂ Un peu
₃ Beaucoup

7. 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

8. 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_0023 ₆ Une maladie du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire, arythmie, etc.)
- sant001_0006 ₇ Une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
- sant001_0007 ₈ Du diabète
- sant001_0027 ₉ Une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, asthme, etc.)
- 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_0024 ₁₄ Une maladie digestive (ulcère de l'estomac, affection du foie, etc.)
- sant001_0025 ₁₅ Une maladie des reins
- sant001_0015 ₁₆ Une dépression
- sant001_0026 ₁₇ Une maladie psychique ou cognitive (autre que la dépression) :
préciser ___ sant001_0026_t1 _____
- sant001_0016 ₁₈ La maladie de Parkinson
- sant001_0017 ₁₉ La maladie d'Alzheimer
- sant001_0019 ₂₀ Une autre maladie chronique : *préciser* ___ sant001_0019_t1 _____
- sant001_0020_none ₂₁ **Aucune** de ces maladies

9. 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

10. 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	
traio01_0001	a) pour baisser la tension artérielle (hypertension)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	traio01_b001
traio01_0002	b) pour baisser le cholestérol	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	traio01_b002
traio01_0003	c) pour le cœur	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	traio01_b003
traio01_0015	d) pour l'asthme ou la bronchite chronique	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	traio01_b015
traio01_0014	e) pour le diabète	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	traio01_b014
traio01_0007	f) pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	traio01_b007
traio01_0008	g) pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	traio01_b008
traio01_0009	h) pour les problèmes de sommeil (somnifères)	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	traio01_b009
traio01_0010	i) pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉	traio01_b010
traio01_0011	j) pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (œstrogènes)	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁₀	traio01_b011
traio01_0012	k) pour d'autres problèmes : <i>préciser</i> <u>traio01_0012_t1</u>	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₁	traio01_b012
traio01_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	traio01_b013 _none

11. Pour voir les choses à distance (par exemple reconnaître un·e ami·e de l'autre côté de la rue), diriez-vous que votre vue est...

(avec vos lunettes ou vos lentilles de contact si vous en portez habituellement)

- fonc016 ₁ excellente ₂ très bonne ₃ bonne ₄ médiocre ₅ mauvaise
₆ Je suis une personne non-voyante

12. Pour voir les choses de près (par exemple lire un journal), diriez-vous que votre vue est...

(avec vos lunettes ou vos lentilles de contact si vous en portez habituellement)

- fonc017 ₁ excellente ₂ très bonne ₃ bonne ₄ médiocre ₅ mauvaise
₆ Je suis une personne non-voyante

13. Avez-vous un appareil auditif ?

- fonc018 ₁ Oui, et je le porte habituellement ₂ Oui, mais habituellement je ne le porte pas ₃ Non

14. Comment jugez-vous votre audition actuellement ?

(avec votre appareil auditif si vous en portez un habituellement)

- fonc019 ₁ Excellente ₂ Très bonne ₃ Bonne ₄ Médiocre ₅ Mauvaise
₆ Je n'entends pas du tout / Je suis une personne sourde

15. 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 ?

- fonc012 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

16. 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 ?

- fonc014 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

17. 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

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

18. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la dernière semaine, veuillez indiquer à quelle fréquence vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste.

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

		Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnel- lement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
psyc022_a	a) J'ai été contrarié-e par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_b	b) J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_c	c) Je me suis senti-e déprimé-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_d	d) J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_e	e) J'ai été confiant-e en l'avenir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_f	f) Je me suis senti-e craintif-ve	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_g	g) Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_h	h) J'ai été heureux-se	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_i	i) Je me suis senti-e seul-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc022_j	j) J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

19. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé-e ?

Répondre à chaque ligne

		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
psyc023_a	a) Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_b	b) Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_c	c) Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_d	d) Des difficultés à se détendre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_e	e) Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_f	f) Une tendance à être facilement contrarié-e ou irritable	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc023_g	g) Un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VOTRE MODE DE VIE ET VOTRE QUALITÉ DE VIE

20. 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

21. 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

22. 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

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

24. À quelle fréquence pratiquez-vous des formes de mouvements moins intensifs, c'est-à-dire des activités au cours desquelles vous êtes au moins un peu essoufflé-e, mais qui ne vous font pas nécessairement transpirer ?

(par ex. marche rapide, excursions à pied, danse, jardinage)

comp036_0000_n _____ jours par semaine (si aucune activité moins intensive, noter zéro et passer à la question 26)

25. Les jours où vous pratiquez des activités physiques moins intensives, quelle est en moyenne la durée ?

comp037_0000_m _____ minutes par jour

26. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?

Répondre à chaque ligne

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
qdv020_a	a) En général, ma vie correspond de près à mes idéaux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
qdv020_b	b) Mes conditions de vie sont excellentes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
qdv020_c	c) Je suis satisfait-e de ma vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
qdv020_d	d) Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
qdv020_e	e) Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

27. 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

28. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités suivantes : *prendre une douche ou un bain, vous habiller, entrer/sortir du lit ou du fauteuil, utiliser les toilettes, manger ?*

- fonc010
- ₁ Non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ J'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités mais n'ai pas été aidé-e
- ₃ J'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

29. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés pour faire vos achats ou pour accomplir vos tâches courantes à la maison ?

- fonc011
- ₁ Non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ J'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités mais n'ai pas été aidé-e
- ₃ J'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

- cepe001 **30. 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 **31. Avez-vous peur de tomber ?**
- ₁ Pas du tout → *passer à la question 33*
₂ Un peu
₃ Beaucoup

- cepe003 **32. Cette peur vous a-t-elle amené-e à restreindre certaines de vos activités ?**
- ₁ Oui ₂ Non

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- 33. Au cours des 12 derniers mois, combien de consultations (visites, séances, rencontres, au téléphone) avez-vous eues auprès... Répondre à chaque ligne**

- soin007_a000_n a) de votre médecin traitant ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_b000_n b) de médecins spécialistes (autres que votre médecin traitant) ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_b000_n c) de dentistes ou hygiénistes dentaires ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_d000_n d) de physiothérapeutes ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_e000_n e) de psychothérapeutes (autres que médecins psychiatres) ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_f000_n f) de pharmaciens pour un conseil personnel ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)
- soin007_g000_n g) d'un centre de conseil médical téléphonique ? _____ consultations (*si aucune, noter zéro*)

- 34. 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 professionnel·les** **b) Dispensés par vos proches**
- sdsa022_b ₁ Oui, régulièrement ₁ Oui, régulièrement
₂ Oui, temporairement ₂ Oui, temporairement
₃ Non ₃ Non

- 35. 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.*

- sdsa008 ₁ Oui ₂ Non

RESSOURCES ÉCONOMIQUES

- econ002 **36. Recevez-vous actuellement des subsides du canton pour vos primes d'assurance maladie ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

- econ003 **37. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
- ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas

38. Si votre ménage devait faire face à une dépense inattendue d'environ 2500 francs, serait-il capable de la financer en un mois par ses propres moyens, c'est-à-dire sans l'aide financière de tiers et sans détériorer sa situation financière ? (par ex. grâce à des économies)
- econ020 ₁ Oui ₂ Non ₉ Je ne sais pas
39. Compte tenu du revenu mensuel total de votre ménage, diriez-vous que vous arrivez à joindre les deux bouts...
- econ019 ₁ très difficilement ₂ assez difficilement ₃ assez facilement ₄ facilement
40. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage ? (par ex. impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.)
- econ021 ₁ Oui ₂ Non
41. Au cours des **12 derniers mois**, quelqu'un dans votre ménage a-t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent ? (par ex. dentiste, médecin, achat de médicaments, etc.)
- econ022 ₁ Oui ₂ Non
42. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous-même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin ?
- econ023 ₁ Oui ₂ Non
43. Durant **le dernier mois**, est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage ?
- econ024 ₁ Oui ₂ Non
44. **Actuellement**, le remboursement d'argent vous pose-t-il un problème important ? (par ex. à la banque, à votre famille, à vos proches, etc.)
- econ025 ₁ Oui ₂ Non

ENTOURAGE ET SITUATION D'HABITATION

45. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?
- soci002 ₁ Je vis seul·e → *passer à la question 46*
- 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)
46. Dans quelle mesure chacune des déclarations ci-dessous s'applique-t-elle à votre situation, selon ce que vous ressentez actuellement ?
- Répondre à chaque ligne*
- | | Oui | Plus ou moins | Non |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| soci053_a a) Je peux m'appuyer sur suffisamment de personnes en cas de problème | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| soci053_b b) J'éprouve un sentiment général de vide | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| soci053_c c) Je regrette de ne pas avoir plus de monde autour de moi | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| soci053_d d) Il y a beaucoup de personnes sur lesquelles je peux vraiment compter | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| soci053_e e) J'ai souvent l'impression d'être tenu·e à l'écart | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| soci053_f f) Il y a suffisamment de personnes dont je me sens proche | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

soci039

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

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

SEXE ET GENRE

Les questions suivantes portent de manière large sur des aspects personnels et sociaux liés au sexe, à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle. Elles nous permettront de mieux comprendre la diversité des expériences et des besoins au sein de la population.

sege001

48. À la naissance, un sexe est déterminé pour chaque personne. Quel sexe vous a-t-on attribué à la naissance ?

- ₁ Féminin
- ₂ Masculin
- ₃ Intersexe
- ₉ Je ne souhaite pas répondre

49. L'identité de genre correspond au genre auquel une personne s'identifie. Par exemple, une personne peut se voir attribuer le sexe masculin à la naissance et continuer à s'identifier au genre masculin plus tard dans la vie, ou se sentir femme plus tard et s'identifier ainsi au genre féminin.

À quel genre vous identifiez-vous actuellement, selon votre ressenti profond ?

sege002

- ₁ Féminin
- ₂ Masculin
- ₃ Autre : *préciser (par ex. non-binaire, agendre, genre fluide, etc.)* _____ sege002_0000_t1 _____
- ₉ Je ne souhaite pas répondre

sege003

50. Les personnes diffèrent en termes d'attirance sexuelle pour les autres. Parmi les options ci-dessous, laquelle correspond le mieux à votre situation actuelle ?

- ₁ Je suis attiré-e uniquement par les femmes
- ₂ Je suis attiré-e surtout par les femmes
- ₃ Je suis autant attiré-e par les femmes que par les hommes
- ₄ Je suis attiré-e surtout par les hommes
- ₅ Je suis attiré-e uniquement par les hommes
- ₆ Je ne ressens pas d'attirance sexuelle pour les autres
- ₉ Je ne souhaite pas répondre

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

51. 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

52. 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

53. 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

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

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

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

even001_0001

₁ Des difficultés financières majeures

even001_0002

₂ Des maladies nouvelles : *préciser* _____ even001_0002_t1 _____

even001_0003

₃ Des maladies importantes que vous aviez déjà

even001_0004

₄ Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche

even001_0005

₅ Un accident ou une blessure

even001_0006

₆ Une séparation de votre couple (marié ou non marié)

even001_0007

₇ D'autres difficultés dans votre couple

even001_0008

₈ Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple

even001_0009

₉ Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisin-es ou des ami-es

even001_0010

₁₀ Le décès de votre conjoint-e ou partenaire

even001_0011

₁₁ Le décès de l'un de vos enfants

even001_0012

₁₂ Le décès de votre père ou de votre mère

even001_0013

₁₃ Le décès d'un frère ou d'une sœur

even001_0014

₁₄ Le décès d'un autre parent ou d'un-e ami-e proche

even001_0015

₁₅ Le décès d'un animal de compagnie

even001_0016

₁₆ Un déménagement forcé ou la perte de votre logement

even001_0017

₁₇ Un déménagement volontaire

even001_0018

₁₈ Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats

even001_0019

₁₉ Une agression ou un vol

even001_0020

₂₀ Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un-e ami-e

even001_0021_none

₂₁ **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

55. Face aux événements stressants auxquels vous pouvez être confronté-e en général, quelle est pour vous l'importance de la spiritualité, de la religion ou de la réflexion philosophique ?

psyc010

₁ Aucune importance

₂ Peu d'importance

₃ Une importance modérée

₄ Une grande importance

₅ Une très grande importance

ACTIVITÉS GÉNÉRALES

56. Parmi les activités suivantes, lesquelles pratiquez-vous au moins une fois par semaine ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

Indiquer aussi les activités que vous ne pratiquez que lorsque la saison/la météo le permet

- lois001_0001 ₁ Gymnastique, aquagym, yoga, Tai Chi Chuan
- lois001_0002 ₂ Autres sports (sauf la danse), par ex. vélo, natation, balades/ronde/ Nordic Walking, etc.
- lois001_0003 ₃ Danse
- lois001_0004 ₄ Jardinage
- lois001_0005 ₅ Bricolage, travaux de réparation ou d'installation dans la maison
- lois001_0006 ₆ Peinture, dessin, sculpture, photographie
- lois001_0007 ₇ Couture, tricot, crochet
- lois001_0008 ₈ Jeux de société (échecs, cartes, scrabble, etc.)
- lois001_0009 ₉ Mots croisés, mots fléchés, sudokus, puzzles, etc.
- lois001_0010 ₁₀ Écoute de musique à votre domicile
- lois001_0011 ₁₁ Fréquentation de concerts, théâtres, cinémas, visites de musées, d'expositions
- lois001_0012 ₁₂ Pratique d'un instrument de musique ou du chant
- lois001_0013 ₁₃ Pratique du théâtre ou d'autres activités de spectacle
- lois001_0014 ₁₄ Ecriture
- lois001_0015 ₁₅ Lecture
- lois001_0016 ₁₆ Utilisation d'un ordinateur
- lois001_0017 ₁₇ Communication informatique, fréquentation de réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, etc.)
- lois001_0018 ₁₈ Rencontre d'ami-es ou de proches (visites, invitations, restaurants, clubs)
- lois001_0019 ₁₉ Fréquentation de lieux de culte
- lois001_0020 ₂₀ Méditation, prière, réflexion sur soi, tenue de journal intime, etc.
- lois001_0021 ₂₁ Massages, bains, soins de bien-être
- lois001_0022 ₂₂ Transmission de connaissances et d'expérience, enseignement, coaching
- lois001_0023 ₂₃ Autres activités : *préciser* _____ lois001_0023_t1 _____

57. A quelle fréquence pratiquez-vous en particulier les activités suivantes :

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour ou presque	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par année	Une fois par année ou moins
comp031_a	a) Regardez-vous la télévision ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_b	b) Écoutez-vous la radio ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_c	c) Lisez-vous le journal ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_d	d) Lisez-vous des magazines ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_e	e) Lisez-vous des livres ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_f	f) Jouez-vous aux cartes, échecs, mots-croisés, puzzles ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_g	g) Visitez-vous des musées ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_h	h) Surfez-vous sur Internet ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_i	i) Participez-vous à des cours ou assistez-vous à des conférences ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
comp031_j	j) Participez-vous activement à des groupes, associations, clubs ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

58. Conduisez-vous une voiture ?

lois010

₁ Oui ₂ Non

59. Devez-vous renoncer à certaines activités en raison...

Répondre à chaque ligne

lois021_a

	Oui, souvent	Oui, parfois	Non, jamais
a) de leur coût ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) de douleurs ou d'une mobilité limitée ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) du manque de temps libre ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) du manque de familiarité avec les technologies ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) de la crainte de « ne pas y arriver » ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) du fait que vous ne conduisez pas de voiture ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

lois021_b

lois021_c

lois021_d

lois021_e

lois021_f

60. Vivez-vous avec un ou des animaux domestiques ?

lois017

₁ Oui, un animal ₂ Oui, plusieurs animaux ₃ Non → *FIN DU QUESTIONNAIRE*

61. Avec quel(s) animal(aux) vivez-vous ?

Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles

lois018_0001

₁ chat(s)

lois018_0002

₂ chien(s)

lois018_0003

₃ autre(s) : *préciser* _____ lois018_0003_t1 _____

62. A quelle fréquence sortez-vous pour promener un ou des animaux ?

lois019

₁ 3 fois par jour ou plus

₂ 2 fois par jour

₃ 1 fois par jour

₄ parfois, mais moins d'une fois par jour

₅ jamais ou presque

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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