

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

**Questionnaire de suivi 2009**

**VOTRE SANTÉ**

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

sper005

- <sub>1</sub> très bonne
- <sub>2</sub> bonne
- <sub>3</sub> moyenne
- <sub>4</sub> mauvaise
- <sub>5</sub> très mauvaise

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

psyc001

- <sub>1</sub> très peur
- <sub>2</sub> assez peur
- <sub>3</sub> un peu peur
- <sub>4</sub> à peine peur
- <sub>5</sub> pas du tout peur

**3. 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

- <sub>1</sub> la tension artérielle trop élevée (hypertension)

sant001\_0002

- <sub>2</sub> un taux de cholestérol trop élevé (hypercholestérolémie)

sant001\_0003

- <sub>3</sub> une maladie coronarienne, une angine de poitrine, un infarctus du myocarde

sant001\_0022

- <sub>4</sub> une insuffisance cardiaque, une maladie des valves ou du muscle cardiaque

sant001\_0006

- <sub>5</sub> une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)

sant001\_0007

- <sub>6</sub> du diabète

sant001\_0008

- <sub>7</sub> une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)

sant001\_0009

- <sub>8</sub> de l'asthme

sant001\_0010

- <sub>9</sub> de l'ostéoporose

sant001\_0011

- <sub>10</sub> des fractures osseuses: *préciser où* \_\_\_\_\_

sant001\_0012

- <sub>11</sub> une arthrose ou une arthrite sant001\_001\_t#

sant001\_0013

- <sub>12</sub> un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* \_\_\_\_\_

sant001\_0014

- <sub>13</sub> un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique sant001\_0013\_t#

sant001\_0015

- <sub>14</sub> une dépression

sant001\_0016

- <sub>15</sub> la maladie de Parkinson

sant001\_0017

- <sub>16</sub> la maladie d'Alzheimer

sant001\_0019

- <sub>17</sub> une autre maladie chronique: *préciser* \_\_\_\_\_

sant001\_0020\_none

- <sub>18</sub> aucune de ces maladies sant001\_0019\_t#

#### 4. Êtes-vous dérangé(e), depuis au moins 6 mois, par...

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

- sper002\_0001 <sub>1</sub> des douleurs aux articulations des jambes, épaules, bras ou mains
- sper002\_0002 <sub>2</sub> des douleurs au dos
- sper002\_0003 <sub>3</sub> des douleurs à la poitrine lorsque vous faites des efforts
- sper002\_0004 <sub>4</sub> un essoufflement, une difficulté à respirer
- sper002\_0005 <sub>5</sub> une toux persistante
- sper002\_0006 <sub>6</sub> des jambes enflées
- sper002\_0009 <sub>9</sub> des difficultés à prendre des décisions dans votre vie de tous les jours
- sper002\_0010 <sub>10</sub> des vertiges ou des étourdissements
- sper002\_0011 <sub>11</sub> des problèmes de peau (ex. eczéma chronique, psoriasis)
- sper002\_0012 <sub>12</sub> des problèmes d'estomac ou intestinaux, y compris diarrhées, constipation
- sper002\_0013 <sub>13</sub> des problèmes de perte involontaire d'urine
- sper002\_0014 <sub>14</sub> des problèmes perturbant ou limitant les activités sexuelles (par ex. douleurs, diminution du désir, troubles de l'érection, etc.)
- sper002\_0015 <sub>15</sub> d'autres problèmes: *préciser* \_\_\_\_\_ sper002\_0015\_t#
- sper002\_0016\_none <sub>16</sub> je ne suis dérangé(e) par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

#### 5. Prenez-vous actuellement au moins une fois par semaine des médicaments...

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

**ATTENTION: Ne pas indiquer les médicaments d'homéopathie ou de naturopathie)**

- tra001\_0001 <sub>1</sub> pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- tra001\_0002 <sub>2</sub> pour baisser le cholestérol
- tra001\_0003 <sub>3</sub> pour le coeur
- tra001\_0004 <sub>4</sub> pour l'asthme
- tra001\_0005 <sub>5</sub> pour le diabète, sous forme d'insuline
- tra001\_0006 <sub>6</sub> pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- tra001\_0007 <sub>7</sub> pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- tra001\_0008 <sub>8</sub> pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- tra001\_0009 <sub>9</sub> pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- tra001\_0010 <sub>10</sub> pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- tra001\_0011 <sub>11</sub> pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- tra001\_0012 <sub>12</sub> pour d'autres problèmes: *préciser* \_\_\_\_\_ tra001\_0012\_t#
- tra001\_0013\_none <sub>13</sub> Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

- sant002 <sub>1</sub> oui: *préciser combien* \_\_\_\_\_ kilos perdus <sub>2</sub> non
- sant002\_0000\_n

## ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

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

- sper003
- <sub>1</sub> pas du tout  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup

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

- sper005
- <sub>1</sub> pas du tout  
<sub>2</sub> un peu  
<sub>3</sub> beaucoup

**9. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) triste, déprimé(e) ou découragé(e) ?**

- psyc003
- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

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

- psyc004
- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

## REVENONS SUR VOTRE SOMMEIL

**11. Au cours du dernier mois, en général... (répondre à chaque ligne)**

- sant032\_a000\_h  
sant032\_a000\_m a. À quelle heure vous êtes-vous couché(e) le soir ? à \_\_\_\_ heures \_\_\_\_ minutes
- sant032\_b000\_m b. Combien de temps avez-vous mis à vous endormir ? \_\_\_\_\_ minutes
- sant032\_c000\_h  
sant032\_c000\_m c. À quelle heure vous êtes-vous levé(e) le matin ? à \_\_\_\_ heures \_\_\_\_ minutes
- sant032\_d000\_h  
sant032\_d000\_m d. Combien d'heures avez-vous réellement dormi la nuit ? \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_ minutes

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

- sant016
- <sub>1</sub> très bonne <sub>2</sub> assez bonne <sub>3</sub> assez mauvaise <sub>4</sub> très mauvaise

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

*(répondre à chaque ligne)*

- |   |                                       | Jamais                                | Moins de<br>1 fois par<br>semaine     | 1 à 2<br>fois par<br>semaine          | 3 fois ou<br>plus par<br>semaine |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| sant017_a a. Pris des somnifères ?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |                                  |
| sant017_b b. Fait des siestes dans la journée ?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |                                  |
| sant017_c c. Eu de la peine à rester réveillé(e) lors d'une activité qui exigeait votre participation ?<br><i>(par ex. : en conduisant, mangeant, recevant des amis, en visite, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |                                  |

## MÉMOIRE ET CONCENTRATION

### 14. Voici une liste de phrases décrivant des difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. A 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_b	b. J'ai des difficultés à apprendre à utiliser un nouveau gadget ou un nouvel appareil dans la maison	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_c	c. Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_d	d. J'ai des difficultés à me rappeler le nom de gens que je connais	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_e	e. J'ai des difficultés à me concentrer sur mon travail ou une occupation	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_f	f. J'ai des difficultés à raconter une émission que je viens de voir à la télévision	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_g	g. J'ai besoin de me faire rappeler plusieurs fois les choses que je dois faire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_h	h. J'ai du mal à calculer si on m'a rendu correctement la monnaie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
sper007_i	i. Je dois réfléchir plus longuement qu'autrefois pour être sûr(e) de bien faire les choses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### 15. Voici maintenant une liste d'activités que vous pratiquez peut-être. A quelle fréquence ...

*(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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_b	b. Écoutez-vous la radio ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_c	c. Lisez-vous le journal ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_d	d. Lisez-vous des magazines ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_e	e. Lisez-vous des livres ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_f	f. Jouez-vous aux cartes, échecs, mots-croisés, puzzles ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_g	g. Visitez-vous des musées ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_h	h. « Surfez »-vous sur Internet ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_i	i. Participez-vous à des cours ou assistez-vous à des conférences ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
comp031_j	j. Participez-vous activement à des groupes, associations, clubs ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>



## ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

21. **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. S'habiller, y compris mettre chaussettes et chaussures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_b	b. Marcher à travers une pièce	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_c	c. Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_d	d. Manger, y compris couper les aliments	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_e	e. Se coucher et se lever d'un lit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_f	f. Utiliser les toilettes, y compris s'asseoir et se relever	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_g	g. Faire de petits travaux ménagers	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_h	h. Faire de gros travaux ménagers	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_i	i. Préparer un repas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_j	j. Faire les courses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_k	k. Téléphoner	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_l	l. Préparer et prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_m	m. S'occuper des affaires d'argent, comme payer les factures, garder trace des dépenses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_n	n. Utiliser une carte géographique pour se rendre dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

22. **Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure des douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?**

- sper008
- <sub>1</sub> pas du tout  
<sub>2</sub> un petit peu  
<sub>3</sub> moyennement  
<sub>4</sub> beaucoup  
<sub>5</sub> énormément

## VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

23. **Avec combien de personnes vivez-vous actuellement?**

- soci002
- <sub>1</sub> je vis seul(e) → *passer à la question 24*  
<sub>2</sub> je vis avec  autres personnes  
*inscrire d'abord sur la ligne le nombre de personnes vivant avec vous, puis préciser ci-dessous de qui il s'agit (plusieurs réponses possibles) :*  
Il s'agit : <sub>1</sub> du conjoint (marié ou non) soci002\_0001  
<sub>2</sub> d'autre(s) personne(s) soci002\_0002

## ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

**24. Voici une liste d'événements stressants. Veuillez indiquer à chaque ligne, par oui ou par non, si vous avez été confronté(e), au cours des 12 derniers mois, à ces événements. Il est important de répondre à TOUTES les questions.**

*Si vous n'êtes absolument pas concerné(e) par une rubrique, veuillez simplement cocher "Non".*

### AVEZ-VOUS ÉTÉ CONFRONTÉ(E) CES 12 DERNIERS MOIS À...

		Oui	Non
even001_0001	a. Des difficultés financières majeures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0002	b. Des maladies nouvelles: <i>préciser</i> _____ <small>even001_0002_t#</small>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0003	c. Des maladies importantes que vous aviez déjà	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0004	d. Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0005	e. Un accident ou une blessure	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0006	f. Une séparation de votre couple (marié ou non marié)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0007	g. D'autres difficultés dans votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0008	h. Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0009	i. Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0010	j. Le décès de votre conjoint ou partenaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0011	k. Le décès de l'un de vos enfants	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0012	l. Le décès de votre père ou de votre mère	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0013	m. Le décès d'un frère ou d'une sœur	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0014	n. Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0015	o. Le décès d'un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0016	p. Un déménagement forcé ou la perte de votre logement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0017	q. Un déménagement volontaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0018	r. Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0019	s. Une agression ou un vol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0020	t. Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## VOS SOINS ET VOS ASSURANCES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

**25. 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 27*)

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

sdsa002\_0000\_n \_\_\_\_\_ consultations (*si vous n'avez pas consulté en urgence, noter zéro*)

**27. 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)

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

tra1003\_a

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

**29. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile dispensés par des professionnels, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?**

sdsa005

<sub>1</sub> oui, régulièrement <sub>2</sub> oui, temporairement <sub>3</sub> non

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

sdsa006

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

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

econ014

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

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

econ002

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

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

econ003

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

**ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES**

**34. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ? Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne.**

soci006

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non

soci006\_0000\_n

**35. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous (par exemple: 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

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non

soci007\_0000\_n

**36. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ? (par exemple: soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous) ? Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne.**

soci008

<sub>1</sub> oui, en moyenne \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non

soci008\_0000\_n

**NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION**

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