

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

### Questionnaire de suivi 2020

#### VOTRE SANTÉ

sper001 **1. Comment allez-vous en ce moment, comment jugez-vous votre santé ?**

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

psyc001 **2. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé s'aggrave ?**

- <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

psyc002 **3. Pensez-vous qu'en vieillissant, sur le plan de la santé, les choses vont...**

- <sub>1</sub> mieux que vous ne l'aviez imaginé
- <sub>2</sub> moins bien que vous ne l'aviez imaginé
- <sub>3</sub> 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 <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\_0004 <sub>4</sub> une insuffisance cardiaque
- sant001\_0005 <sub>5</sub> une maladie des valves ou du muscle cardiaque
- sant001\_0006 <sub>6</sub> une attaque cérébrale (ictus, accident vasculaire cérébral)
- sant001\_0007 <sub>7</sub> du diabète
- sant001\_0008 <sub>8</sub> une maladie pulmonaire chronique (bronchite chronique, emphysème, etc.)
- sant001\_0009 <sub>9</sub> de l'asthme
- sant001\_0010 <sub>10</sub> de l'ostéoporose
- sant001\_0011 <sub>11</sub> des fractures osseuses: *préciser où* sant001\_0011\_t1
- sant001\_0012 <sub>12</sub> une arthrose ou une arthrite
- sant001\_0013 <sub>13</sub> un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* sant001\_0013\_t1
- sant001\_0014 <sub>14</sub> un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique
- sant001\_0015 <sub>15</sub> une dépression
- sant001\_0016 <sub>16</sub> la maladie de Parkinson
- sant001\_0017 <sub>17</sub> la maladie d'Alzheimer
- sant001\_0018 <sub>18</sub> une infection par le VIH
- sant001\_0019 <sub>19</sub> une autre maladie chronique: *préciser* sant001\_0019\_t1
- sant001\_0020\_none <sub>20</sub> 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 <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\_0007 <sub>7</sub> des trous de mémoire qui affectent votre vie de tous les jours
- sper002\_0008 <sub>8</sub> des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites
- 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 (par 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\_t1
- sper002\_0016\_none <sub>16</sub> je ne suis dérangé·e par **aucun** problème depuis au moins 6 mois

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

*Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles*

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

- traï001\_0001 <sub>1</sub> pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001\_0002 <sub>2</sub> pour baisser le cholestérol
- traï001\_0003 <sub>3</sub> pour le coeur
- traï001\_0004 <sub>4</sub> pour l'asthme
- traï001\_0005 <sub>5</sub> pour le diabète, sous forme d'insuline
- traï001\_0006 <sub>6</sub> pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traï001\_0007 <sub>7</sub> pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001\_0008 <sub>8</sub> pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001\_0009 <sub>9</sub> pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001\_0010 <sub>10</sub> pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001\_0011 <sub>11</sub> pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001\_0012 <sub>12</sub> pour d'autres problèmes: *préciser* traï001\_0012\_t1
- traï001\_0013\_none <sub>13</sub> Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

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

fonc012

8. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu des problèmes avec votre odorat, comme ne pas être capable de percevoir des odeurs ou ne pas sentir des choses telles qu'elles sont supposées sentir ?

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

fonc013

9. Comment jugez-vous votre odorat **maintenant** par rapport à lorsque vous aviez 25 ans ?

<sub>1</sub> meilleur <sub>2</sub> moins bon <sub>3</sub> pas de changement <sub>9</sub> je ne sais pas

fonc014

10. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu des problèmes avec votre perception du goût sucré, acide, salé ou amer des aliments et des boissons ?

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

11. Comment jugez-vous votre perception des goûts suivants **maintenant** par rapport à lorsque vous aviez 25 ans ?

*Répondre à chaque ligne*

fonc015\_a

a) Le salé dans les aliments comme les chips ou les bretzels

**Meilleure** **Moins bonne** **Pas de changement** **Je ne sais pas**

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>9</sub>

fonc015\_b

b) L'acidité dans les aliments comme le citron ou le vinaigre

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>9</sub>

fonc015\_c

c) Le sucré dans les aliments comme les pêches ou la crème glacée

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>9</sub>

fonc015\_d

d) L'amertume dans les boissons comme le café noir non sucré

<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>9</sub>

fonc016

12. Votre perception des saveurs telles que le chocolat, la vanille ou la fraise est-elle aussi bonne **maintenant** que lorsque vous aviez 25 ans ?

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

comp008

13. Vous arrive-t-il de fumer ?

- <sub>1</sub> je fume actuellement → *préciser ci-dessous la quantité*  
 comp008\_0000\_01\_a\_n cigarettes / jour  comp008\_0000\_01\_b\_n pipes / j.  comp008\_0000\_01\_c\_n cigares / j.  comp008\_0000\_01\_d\_n cigarillos / j.
- <sub>2</sub> je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a  comp008\_0000\_02\_n ans
- <sub>3</sub> je n'ai jamais fumé



## MÉMOIRE ET CONCENTRATION

**23. 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>

## ACTIVITÉS PHYSIQUE ET MOBILITÉ

comp002 **24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié vos activités physiques ?**

- <sub>1</sub> oui, je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier  
<sub>2</sub> oui, je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier  
<sub>3</sub> non, rien n'a changé

comp003 **25. Quelle affirmation correspond-elle le mieux à votre activité quotidienne actuelle ?**

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

comp004 **26. A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?**

- <sub>1</sub> 5 à 7 jours par semaine  
<sub>2</sub> 3 à 4 jours par semaine  
<sub>3</sub> 1 à 2 jours par semaine  
<sub>4</sub> je ne sors pratiquement pas de chez moi

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

comp005\_0000\_m \_\_\_\_\_ minutes par jour

comp006 **28. A quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive durant 20 minutes au moins ?**  
(par ex. gymnastique, tennis, course à pied, football, vélo, etc.)

- <sub>1</sub> jamais, ou presque jamais
- <sub>2</sub> moins d'une fois par mois
- <sub>3</sub> moins d'une fois par semaine
- <sub>4</sub> une fois par semaine
- <sub>5</sub> deux fois par semaine
- <sub>6</sub> 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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_b	b) Rester assis·e environ deux heures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_c	c) Vous lever d'une chaise après être resté·e longtemps assis·e	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_d	d) Monter <u>plusieurs</u> étages par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_e	e) Monter <u>un</u> étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_f	f) Vous pencher, vous agenouiller ou vous accroupir	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_g	g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_h	h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_i	i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_j	j) Attraper un petit objet du bout des doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

cepe001 **31. Etes-vous tombé·e durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?**

- <sub>1</sub> non
- <sub>2</sub> oui, une fois
- <sub>3</sub> oui, plusieurs fois

cepe002 **32. Avez-vous peur de tomber ?**

- <sub>1</sub> pas du tout → *passer à la question 34*
- <sub>2</sub> un peu
- <sub>3</sub> beaucoup

cepe003 **33. Cette peur vous a-t-elle amené·e à restreindre certaines de vos activités ?**

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

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

Répondre à chaque ligne

		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	<i>Je ne le fais pas</i>
cepe004_a	a) Faire votre ménage ( <i>par ex. balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> cepe004_a_p
cepe004_b	b) Vous habiller et vous déshabiller	<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"/> cepe004_b_p
cepe004_c	c) Préparer des repas simples	<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"/> cepe004_c_p
cepe004_d	d) Prendre une douche ou un bain	<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"/> cepe004_d_p
cepe004_e	e) Aller faire des courses	<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"/> cepe004_e_p
cepe004_f	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<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"/> cepe004_f_p
cepe004_g	g) Monter ou descendre des escaliers	<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"/> cepe004_g_p
cepe004_h	h) Vous promener dehors dans le quartier	<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"/> cepe004_h_p
cepe004_i	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<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"/> cepe004_i_p
cepe004_j	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<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"/> cepe004_j_p
cepe004_k	k) Marcher sur une surface glissante ( <i>par ex. mouillée ou verglacée</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>	<input type="checkbox"/> cepe004_k_p
cepe004_l	l) Rendre visite à un ami ou une connaissance	<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"/> cepe004_l_p
cepe004_m	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<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"/> cepe004_m_p
cepe004_n	n) Marcher sur un terrain inégal ( <i>par ex. sol caillouteux, trottoir non entretenu</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>	<input type="checkbox"/> cepe004_n_p
cepe004_o	o) Descendre ou monter une pente	<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"/> cepe004_o_p
cepe004_p	p) Sortir ( <i>par ex. pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> cepe004_p_p



- sdsa005 **41. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile dispensés par des professionnels, pour des raisons de santé, au cours des 12 derniers mois ?**  
<sub>1</sub> oui, régulièrement      <sub>2</sub> oui, temporairement      <sub>3</sub> non
- sdsa006 **42. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des 12 derniers mois ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
- sdsa007 **43. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des 12 derniers mois ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
- sdsa008 **44. Vivez-vous actuellement dans un appartement protégé ?**  
*Un logement protégé est un appartement privé offrant :*  
 1) *une architecture adaptée permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite,*  
 2) *un système d'alarme avec un système de réponse aux appels, par exemple en cas de chute, et*  
 3) *des espaces communautaires, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, qui permettent des échanges ou des animations diverses.*  
*Des aides (ménage, repas à domicile, etc.) et des soins peuvent y être fournis par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile.*  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
- sdsa021 **45. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non
- econ001 **46. Aviez-vous, au cours des 12 derniers mois, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non      <sub>9</sub> je ne sais pas
- econ002 **47. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non      <sub>9</sub> je ne sais pas
- econ003 **48. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**  
<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non      <sub>9</sub> je ne sais pas

## VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

- soci002 **49. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**  
<sub>1</sub> je vis seul·e → *passer à la question 50*  
<sub>2</sub> je vis avec soci002\_0000\_n autre(s) personne(s)  
*Inscrire d'abord sur la ligne le nombre de personnes vivant avec vous, puis préciser ci-dessous de qui il s'agit (plusieurs réponses possibles) :*  
 Il s'agit : <sub>1</sub> du conjoint (marié ou non)  
<sub>2</sub> d'autre(s) personne(s)
- soci002\_0001
- soci002\_0002

## ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

- soci006 **50. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?**  
*Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne*  
<sub>1</sub> oui, en moyenne <sup>soci006\_0000\_n</sup> \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non
- soci007 **51. 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*  
<sub>1</sub> oui, en moyenne <sup>soci007\_0000\_n</sup> \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non
- soci008 **52. 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*  
<sub>1</sub> oui, en moyenne <sup>soci008\_0000\_n</sup> \_\_\_\_\_ heures par semaine <sub>2</sub> non

## ATTITUDES PERSONNELLES

Quels que soient les événements qui surviennent dans notre vie, ce que nous ressentons, en fonction de notre personnalité, influence notre bien-être et notre santé.

Pour cette raison, nous souhaitons que vous vous exprimiez à ce sujet. Même si certaines questions peuvent vous paraître difficiles, il est important de répondre le mieux possible à chaque ligne, en pensant de façon générale à votre vie actuelle.

- 53. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes ?**  
*Répondre à chaque ligne*

		Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout-à-fait d'accord
psyc009_a	a) J'ai peu de contrôle sur ce qui m'arrive	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_b	b) Il n'y a vraiment aucun moyen pour moi de résoudre certains de mes problèmes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_c	c) Je ne peux pas changer grand chose en ce qui concerne certains aspects importants de ma vie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_d	d) Je me sens souvent impuissant·e face aux problèmes de la vie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_e	e) Quelquefois, j'ai l'impression de me faire « marcher sur les pieds » dans la vie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_f	f) Ce qui m'arrivera dans le futur dépend surtout de moi	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
psyc009_g	g) Je peux faire pratiquement tout ce que je veux lorsque j'ai vraiment décidé de le 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>

## 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 <sub>a</sub> Des difficultés financières majeures
- even001\_0002 <sub>b</sub> Des maladies nouvelles: *préciser* even001\_0002\_t1
- even001\_0003 <sub>c</sub> Des maladies importantes que vous aviez déjà
- even001\_0004 <sub>d</sub> Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- even001\_0005 <sub>e</sub> Un accident ou une blessure
- even001\_0006 <sub>f</sub> Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- even001\_0007 <sub>g</sub> D'autres difficultés dans votre couple
- even001\_0008 <sub>h</sub> Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- even001\_0009 <sub>i</sub> Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis
- even001\_0010 <sub>j</sub> Le décès de votre conjoint ou partenaire
- even001\_0011 <sub>k</sub> Le décès de l'un de vos enfants
- even001\_0012 <sub>l</sub> Le décès de votre père ou de votre mère
- even001\_0013 <sub>m</sub> Le décès d'un frère ou d'une sœur
- even001\_0014 <sub>n</sub> Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche
- even001\_0015 <sub>o</sub> Le décès d'un animal de compagnie
- even001\_0016 <sub>p</sub> Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- even001\_0017 <sub>q</sub> Un déménagement volontaire
- even001\_0018 <sub>r</sub> Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- even001\_0019 <sub>s</sub> Une agression ou un vol
- even001\_0020 <sub>t</sub> Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou ami
- even001\_0021\_none <sub>u</sub> **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

psyc010 **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 ?**

- <sub>1</sub> aucune importance
- <sub>2</sub> peu d'importance
- <sub>3</sub> une importance modérée
- <sub>4</sub> une grande importance
- <sub>5</sub> une très grande importance

## ACTIVITÉS GÉNÉRALES

lois010 **56. Conduisez-vous une voiture ?**

- <sub>1</sub> oui → *passer à la question 58* <sub>2</sub> non

lois011 **57. Devez-vous renoncer à certaines activités parce que vous ne conduisez pas ?**

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

**58. 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"/> <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>

lois015 **59. Un manque de familiarité avec les technologies vous fait-elle renoncer à certaines activités ?**

<sub>1</sub> oui

<sub>2</sub> non → [passer à la question 61](#)

**60. La maîtrise de quelle(s) technologie(s) vous manque-t-elle ?**

[Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles](#)

lois016\_0001 <sub>a</sub> ordinateurs

lois016\_0002 <sub>b</sub> "smartphones"

lois016\_0003 <sub>c</sub> autre(s) : [préciser](#) lois016\_0003\_t1

lois017 **61. Vivez-vous avec un ou des animaux domestiques ?**

<sub>1</sub> oui, un animal

<sub>2</sub> oui, plusieurs animaux

<sub>3</sub> non → [FIN DU QUESTIONNAIRE](#)

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

[Cocher tout ce qui vous concerne, plusieurs réponses possibles](#)

lois018\_0001 <sub>a</sub> chat(s)

lois018\_0002 <sub>b</sub> chien(s)

lois018\_0003 <sub>c</sub> autre(s) : [préciser](#) lois018\_0003\_t1

lois019 **63. A quelle fréquence sortez-vous pour promener un ou des animaux ?**

<sub>1</sub> 3 fois par jour ou plus

<sub>2</sub> 2 fois par jour

<sub>3</sub> 1 fois par jour

<sub>4</sub> parfois, mais moins d'une fois par jour

<sub>5</sub> jamais ou presque

**NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION**

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