

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

Questionnaire de suivi 2023

VOTRE SANTÉ

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

- ₁ très bonne
- ₂ bonne
- ₃ moyenne
- ₄ mauvaise
- ₅ très mauvaise

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

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

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

- 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

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

- traï001_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traï001_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- traï001_0003 ₃ pour le coeur
- traï001_0004 ₄ pour l'asthme
- traï001_0014 ₅ pour le diabète
- traï001_0007 ₆ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traï001_0008 ₇ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traï001_0009 ₈ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traï001_0010 ₉ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traï001_0011 ₁₀ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traï001_0012 ₁₁ pour d'autres problèmes : *préciser* traï001_0012_t1
- traï001_0013_none ₁₂ je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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, 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 ?

- ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

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

- ₁ meilleur ₂ moins bon ₃ pas de changement ₉ 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 ?**

₁ oui ₂ non ₉ 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

		Meilleure	Moins bonne	Pas de changement	Je ne sais pas
fonc015_a	a) Le salé dans les aliments comme les chips ou les bretzels	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_b	b) L'acidité dans les aliments comme le citron ou le vinaigre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_c	c) Le sucré dans les aliments comme les pêches ou la crème glacée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
fonc015_d	d) L'amertume dans les boissons comme le café noir non sucré	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

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 ?**

₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

comp008 **13. Vous arrive-t-il de fumer ?**

- ₁ je fume actuellement → *préciser ci-dessous la quantité*
comp008_0000_01_a_n _____ cigarettes / jour comp008_0000_01_b_n _____ pipes / jour comp008_0000_01_c_n _____ cigares / jour comp008_0000_01_d_n _____ cigarillos / jour
- ₂ je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a comp008_0000_02_n _____ ans
- ₃ je n'ai jamais fumé

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

sper003 **14. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**

- ₁ pas du tout → *passer à la question 16*
₂ un peu
₃ beaucoup

sper004 **15. Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**

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

sper005 **16. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**

- ₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup

psyc003 **17. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti-e triste, déprimé-e ou découragé-e ?**

- ₁ oui ₂ non

- psyc004 **18. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**
₁ oui ₂ non
- psyc005 **19. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti·e préoccupé·e et anxieux·se ?**
₁ oui ₂ non
- psyc006 **20. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti·e calme, équilibré·e, serein·e ?**
 toujours ₁ très souvent ₂ souvent ₃ parfois ₄ rarement ₅ jamais ₆
- soci001 **21. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment d'isolement ?**
 toujours ₁ très souvent ₂ souvent ₃ parfois ₄ rarement ₅ jamais ₆
- psyc007 **22. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti·e plein·e de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 toujours ₁ très souvent ₂ souvent ₃ parfois ₄ rarement ₅ jamais ₆

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

- 23. 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

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

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

- 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

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

- 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

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

- 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

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

- 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

cepe001 **31. 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 **32. Avez-vous peur de tomber ?**

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

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

- ₁ oui ₂ 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 cepe004_a000_p	a) Faire votre ménage (<i>par ex. balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_b cepe004_b000_p	b) Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_c cepe004_c000_p	c) Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_d cepe004_d000_p	d) Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_e cepe004_e000_p	e) Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_f cepe004_f000_p	f) Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_g cepe004_g000_p	g) Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_h cepe004_h000_p	h) Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_i cepe004_i000_p	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_j cepe004_j000_p	j) Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_k cepe004_k000_p	k) Marcher sur une surface glissante (<i>par ex. mouillée ou verglacée</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_l cepe004_l000_p	l) Rendre visite à un-e ami-e ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_m cepe004_m000_p	m) Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_n cepe004_n000_p	n) Marcher sur un terrain inégal (<i>par ex. sol caillouteux, trottoir non entretenu</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_o cepe004_o000_p	o) Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_p cepe004_p000_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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

35. 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

ENTOURAGE ET SITUATION D'HABITATION

soci002 **36. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**

₁ je vis seul·e → *passer à la question 38*

₂ 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) :

soci002_0001 Il s'agit : ₁ du conjoint ou de la conjointe (marié·e ou non)

soci002_0002 ₂ d'autre(s) personne(s)

37. Comment se compose votre ménage ?

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

soci026_0001 ₁ conjoint·e (marié·e ou non) : *préciser son année de naissance* 19 soci026_0001_aaaa

soci026_0002 ₂ personnes de la génération précédente (par ex. parents, beaux-parents...)

soci026_0003 ₃ personnes de la même génération que vous (par ex. frères, sœurs...)

soci026_0004 ₄ personnes adultes de la génération suivante (par ex. enfants majeurs...)

soci026_0005 ₅ enfants mineurs, petits-enfants

soci039 **38. 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 exemple : coopérative d'habitation, usufruit, etc.)* soci039_0000_t1

39. Depuis quelle année occupez-vous ce logement ?

_____ *(inscrire l'année d'emménagement dans votre logement actuel)*

soci040_0000_aaaa

VOS SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

40. 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 42*)

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

sdsa002_0000_n consultations (*si vous n'avez pas consulté en urgence, noter zéro*)

42. 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 44*)

43. Où avez-vous été hospitalisé·e ?

₁ au CHUV

₂ dans d'autres hôpitaux : *préciser où* sdsa004_0002_t1 _____

sdsa004_0001

sdsa004_0002

traï002 44. Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des **12 derniers mois** ?

₁ oui : *préciser* traï002_0000_t1 _____

₂ non

sdsa005 45. Avez-vous reçu des soins ou des aides à domicile **dispensés par des professionnel·le·s**, pour des raisons de santé, au cours des **12 derniers mois** ?

₁ oui, régulièrement

₂ oui, temporairement

₃ non

sdsa006 46. Avez-vous passé une ou plusieurs nuits dans un home médicalisé (type EMS) au cours des **12 derniers mois** ?

₁ oui

₂ non

sdsa007 47. Avez-vous fréquenté un centre de jour ou un CAT (centre d'accueil temporaire) au cours des **12 derniers mois** ?

₁ oui

₂ non

sdsa008 48. 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.

₁ oui

₂ non

sdsa021 49. Vivez-vous actuellement dans une institution médico-sociale (EMS ou hôpital long séjour) ?

₁ oui

₂ non

econ001 50. Aviez-vous, au cours des **12 derniers mois**, une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée ?

₁ oui

₂ non

₉ je ne sais pas

econ002 51. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?

₁ oui

₂ non

₉ je ne sais pas

econ003 52. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?

₁ oui

₂ non

₉ je ne sais pas

DERNIÈRE ÉTAPE DE VIE

La dernière étape de vie peut concerner tous les âges dans des circonstances très variables. C'est un sujet délicat souvent difficile à évoquer. Les gens ont des opinions différentes sur ce qu'ils considèrent être important pour que la fin de vie se passe bien. Dans cette section, nous souhaitons connaître votre ressenti et votre avis sur quelques aspects liés à cette phase importante de l'existence.

53. Veuillez indiquer à quel point les éléments qui suivent sont importants pour vous lorsque vous pensez aux derniers six mois de vie.

Répondre à chaque ligne

		Très important	Plutôt important	Plutôt pas important	Pas important
psyc015_a	a) Se sentir utile aux autres (offrir du temps, partager son savoir, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_b	b) Ne pas être une charge pour la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_c	c) Organiser les événements qui suivront son décès (funérailles, annonce mortuaire, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_d	d) Choisir le lieu de sa mort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_e	e) Ne pas mourir seul-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_f	f) Pouvoir discuter de ses peurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_g	g) Bénéficier d'un soutien spirituel ou religieux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_h	h) Éviter l'acharnement thérapeutique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_i	i) Avoir du contact physique (comme tenir la main)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_j	j) Être capable de parler ou communiquer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_k	k) Être capable de se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_l	l) Recevoir, jusqu'à la fin, tous les traitements disponibles pour prolonger la vie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_m	m) Ne pas avoir de douleurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc015_n	n) Être pleinement conscient-e	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

54. Certaines personnes accordent une grande confiance à leur entourage, aux institutions et à leurs représentant-e-s, d'autres personnes se montrent plus méfiantes à leur égard. En ce qui vous concerne, pour la fin de vie, dans quelle mesure faites-vous confiance

Répondre à chaque ligne

		Très confiance	Plutôt confiance	Plutôt pas confiance	Pas du tout confiance
psyc016_a	a) à votre famille proche ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_b	b) aux médecins ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_c	c) aux assurances maladie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_d	d) au système de soins vaudois dans son ensemble ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_e	e) au système légal suisse (justice) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc016_f	f) aux autorités religieuses ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

- soci006 **60. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?**
Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne
₁ oui, en moyenne heures par semaine ₂ non
- soci007 **61. 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
₁ oui, en moyenne heures par semaine ₂ non
- soci008 **62. 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
₁ oui, en moyenne heures par semaine ₂ non

RELATIONS ENTRE GÉNÉRATIONS

- soci033 **63. Avez-vous des enfants ?**
₁ oui : *préciser combien* ₂ non → *passer à la question 66*
- 64. Actuellement, à quelle fréquence avez-vous les contacts suivants avec vos enfants, sans considérer ceux vivant sous le même toit que vous ?**
Répondre à chaque ligne
- | | Au moins
trois fois
par
semaine | Une à
deux fois
par
semaine | Une à
deux fois
par
mois | Tous les
quelques
mois | Une à deux
fois par
année | Moins
d'une fois
par année
ou jamais |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| soci034_a a) Se rencontrer (de façon organisée ou fortuite) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_b b) Se parler au téléphone ou par appel vidéo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_c c) S'écrire une lettre ou un courriel | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| soci034_d d) S'envoyer des textos (sms) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
- 65. Avec combien de vos enfants diriez-vous que vous avez une relation proche ?**
Considérer la qualité du lien affectif (par ex. sentiment d'importance, de confiance, etc.)
 enfant(s)
- soci036 **66. Avez-vous des petits-enfants ?**
₁ oui : *préciser combien* ₂ non → *passer à la question 69*

67. Actuellement, à quelle fréquence avez-vous les contacts suivants avec vos petits-enfants, sans considérer ceux vivant sous le même toit que vous ?

Répondre à chaque ligne

		Au moins trois fois par semaine	Une à deux fois par semaine	Une à deux fois par mois	Tous les quelques mois	Une à deux fois par année	Moins d'une fois par année ou jamais
soci037_a	a) Se rencontrer (de façon organisée ou fortuite)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_b	b) Se parler au téléphone ou par appel vidéo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_c	c) S'écrire une lettre ou un courriel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
soci037_d	d) S'envoyer des textos (sms)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

68. Avec combien de vos petits-enfants diriez-vous que vous avez une relation proche ?

Considérer la qualité du lien affectif (par ex. sentiment d'importance, de confiance, etc.)

soci038_0000_n _____ petit(s)-enfant(s)

69. Les affirmations suivantes concernent les relations entre les personnes âgées et les plus jeunes. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec ces affirmations.

Répondre à chaque ligne

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
psyc021_a	a) Les personnes âgées ne se préoccupent pas assez de l'avenir des jeunes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_b	b) Les jeunes ne se préoccupent pas assez des besoins des personnes âgées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_c	c) Il est temps que davantage de jeunes accèdent aux fonctions de direction politique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_d	d) Les personnes âgées devraient libérer leur emploi au profit des jeunes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_e	e) Pour les décisions importantes, on devrait s'appuyer sur les conseils des personnes âgées expérimentées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_f	f) Les aîné·e·s ont construit ce dont les jeunes bénéficient aujourd'hui	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc021_g	g) Les aîné·e·s ont négligé l'environnement au détriment des générations suivantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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