

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

Questionnaire de suivi 2019

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

- traio01_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- traio01_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- traio01_0003 ₃ pour le coeur
- traio01_0004 ₄ pour l'asthme
- traio01_0005 ₅ pour le diabète, sous forme d'insuline
- traio01_0006 ₆ pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- traio01_0007 ₇ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- traio01_0008 ₈ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- traio01_0009 ₉ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- traio01_0010 ₁₀ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- traio01_0011 ₁₁ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- traio01_0012 ₁₂ pour d'autres problèmes: *préciser* traio01_0012_t1
- traio01_0013_none ₁₃ 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

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 ?**

₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

fonc013 **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 / j. comp008_0000_01_c_n _____ cigares / j. comp008_0000_01_d_n _____ cigarillos / j.
- ₂ je ne fume plus, j'ai arrêté de fumer il y a comp008_0000_02_n _____ ans
- ₃ je n'ai jamais fumé

REVENONS SUR VOTRE SOMMEIL

23. Au cours du dernier mois, en général... Répondre à chaque ligne

- a) À quelle heure vous êtes-vous couché-e le soir ? à ^{sant032_a000_h} _____ heures ^{sant032_a000_m} _____ minutes
- b) Combien de temps avez-vous mis à vous endormir ? _____ ^{sant032_b000_m} minutes
- c) À quelle heure vous êtes-vous levé-e le matin ? à ^{sant032_c000_h} _____ heures ^{sant032_c000_m} _____ minutes
- d) Combien d'heures avez-vous réellement dormi la nuit ? ^{sant032_d000_h} _____ heures ^{sant032_d000_m} _____ minutes

sant016 **24. Au cours du dernier mois, en général, quelle a été la qualité de votre sommeil ?**

- ₁ très bonne ₂ assez bonne ₃ assez mauvaise ₄ très mauvaise

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

Répondre à chaque ligne

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

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

26. 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

		Rare- ment	Parfois	Souvent	Très souvent
		Jamais			
<small>sper007_a</small> 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
<small>sper007_b</small> 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
<small>sper007_c</small> 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
<small>sper007_d</small> 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
<small>sper007_e</small> 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
<small>sper007_f</small> 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
<small>sper007_g</small> 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
<small>sper007_h</small> 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
<small>sper007_i</small> 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

27. Dans quelle mesure chacune des affirmations suivantes vous correspond-elle ?

Répondre à chaque ligne

		Pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Tout à fait
psyc014_a	a) J'aime gérer une situation qui demande beaucoup de réflexion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
psyc014_b	b) J'apprécie beaucoup les tâches qui consistent à trouver de nouvelles solutions à des problèmes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
psyc014_c	c) Réfléchir d'une manière abstraite me plaît	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
psyc014_d	d) Je préfère une activité qui demande peu de réflexion plutôt qu'une activité qui met à l'épreuve mes capacités de réflexion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
psyc014_e	e) J'essaie d'anticiper et d'éviter les situations qui demandent une réflexion en profondeur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
psyc014_f	f) Je ne réfléchis jamais davantage que ce qui est nécessaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

comp002 **28. 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 **29. 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 **30. A 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

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

comp006 **32. A 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

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

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

- ₁ non
- ₂ oui, une fois
- ₃ oui, plusieurs fois

cepe002 **36. Avez-vous peur de tomber ?**

- ₁ pas du tout → [passer à la question 38](#)
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

cepe003 **37. Cette peur vous a-t-elle amené-e à restreindre certaines de vos activités ?**

- ₁ oui
- ₂ non

38. 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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> cepe004_a_p
cepe004_b	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_b_p
cepe004_c	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_c_p
cepe004_d	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_d_p
cepe004_e	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_e_p
cepe004_f	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_f_p
cepe004_g	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_g_p
cepe004_h	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_h_p
cepe004_i	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_i_p
cepe004_j	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_j_p
cepe004_k	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_k_p
cepe004_l	l) Rendre visite à un ami ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> cepe004_l_p
cepe004_m	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_m_p
cepe004_n	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_n_p
cepe004_o	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_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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> cepe004_p_p

39. Voici une liste de lieux où on a parfois besoin de se rendre. Veuillez indiquer à quel point il est facile pour vous de vous rendre à ces endroits en utilisant vos moyens de transport habituels.

Répondre à [chaque ligne](#)

		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Je n'ai pas à m'y rendre
envi001_a	a) À la banque ou au distributeur de billets	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_b	b) À la poste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_c	c) Au magasin du coin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_d	d) Au supermarché le plus proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_e	e) Au centre commercial le plus proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_f	f) Chez votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_g	g) Chez le physiothérapeute ou l'ostéopathe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_h	h) Chez le dentiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_i	i) Chez l'opticien ou l'oculiste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_j	j) À l'hôpital le plus proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
envi001_k	k) À la pharmacie la plus proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

40. 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 ACTIVITÉS SOCIALES

soci002 **41. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?**

- ₁ je vis seul-e → *passer à la question 42*
- 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) :
- Il s'agit : ₁ du conjoint (marié ou non)
₂ d'autre-s personne-s

soci002_0001

soci002_0002

42. Actuellement, à quelle fréquence apportez-vous de l'aide dans les activités suivantes ?

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins de 1 fois par mois	Jamais
soci031_a	a) Prodiguer des soins à une personne malade ou handicapée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci031_b	b) S'occuper de vos petits-enfants ou d'enfants du voisinage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci031_c	c) Faire du bénévolat auprès d'enfants ou de jeunes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci031_d	d) Faire d'autres activités bénévoles ou caritatives	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

43. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous engagé-e dans les activités bénévoles suivantes pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous, quel que soit leur âge ?

Répondre à chaque ligne

		Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins de 1 fois par mois	Jamais
soci032_a	a) Assister quelqu'un pour l'utilisation d'appareils (par ex. téléphone, ordinateur, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_b	b) Faire des achats pour quelqu'un	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_c	c) Assister quelqu'un dans ses démarches administratives (par ex. remplir des formulaires, régler ses factures, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_d	d) Assister quelqu'un dans des travaux ménagers (par ex. lessive, préparation des repas, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_e	e) Assister quelqu'un dans des travaux en-dehors du ménage (par ex. jardinage, entretien de la voiture, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_f	f) Veiller sur le domicile ou les animaux de quelqu'un en son absence	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_g	g) Représenter quelqu'un (par ex. tutelle, curatelle, représentation thérapeutique, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
soci032_h	h) Conduire ou accompagner quelqu'un	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

COUVERTURES D'ASSURANCE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- econ001 **44. 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 **45. Recevez-vous actuellement des subventions du canton pour vos primes d'assurance-maladie ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas
- econ003 **46. Recevez-vous actuellement des prestations complémentaires (PC) de l'AVS ?**
₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS

- 47. 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 _a Des difficultés financières majeures
- even001_0002 _b Des maladies nouvelles: *préciser* even001_0002_t1
- even001_0003 _c Des maladies importantes que vous aviez déjà
- even001_0004 _d Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche
- even001_0005 _e Un accident ou une blessure
- even001_0006 _f Une séparation de votre couple (marié ou non marié)
- even001_0007 _g D'autres difficultés dans votre couple
- even001_0008 _h Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en dehors de votre couple
- even001_0009 _i Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis
- even001_0010 _j Le décès de votre conjoint ou partenaire
- even001_0011 _k Le décès de l'un de vos enfants
- even001_0012 _l Le décès de votre père ou de votre mère
- even001_0013 _m Le décès d'un frère ou d'une sœur
- even001_0014 _n Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche
- even001_0015 _o Le décès d'un animal de compagnie
- even001_0016 _p Un déménagement forcé ou la perte de votre logement
- even001_0017 _q Un déménagement volontaire
- even001_0018 _r Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats
- even001_0019 _s Une agression ou un vol
- even001_0020 _t Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou ami
- even001_0021_none _u **Aucun** des événements mentionnés ci-dessus

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

- soci006 **48. 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 ^{soci006_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non
- soci007 **49. 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 ^{soci007_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non
- soci008 **50. 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 ^{soci008_0000_n} _____ heures par semaine ₂ non

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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