

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

Questionnaire de suivi 2014

VOTRE SANTÉ

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

- sper001
- ₁ très bonne
 - ₂ bonne
 - ₃ moyenne
 - ₄ mauvaise
 - ₅ très mauvaise

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

- psyc001
- ₁ très peur
 - ₂ assez peur
 - ₃ un peu peur
 - ₄ à peine peur
 - ₅ pas du tout peur

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

- psyc002
- ₁ mieux que vous ne l'aviez imaginé
 - ₂ moins bien que vous ne l'aviez imaginé
 - ₃ comme vous l'aviez imaginé

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_t#
- sant001_0011 ₁₁ des fractures osseuses: *préciser où* _____
- sant001_0012 ₁₂ une arthrose ou une arthrite sant001_0013_t#
- sant001_0013 ₁₃ un cancer, une tumeur maligne, un lymphome: *préciser* _____
- 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_t#
- sant001_0019 ₁₉ une autre maladie chronique: *préciser* _____
- 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: sper002_0015_t# préciser _____
- 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

- tra001_0001 ₁ pour baisser la tension artérielle (hypertension)
- tra001_0002 ₂ pour baisser le cholestérol
- tra001_0003 ₃ pour le coeur
- tra001_0004 ₄ pour l'asthme
- tra001_0005 ₅ pour le diabète, sous forme d'insuline
- tra001_0006 ₆ pour le diabète, sous forme de pilules (antidiabétiques oraux)
- tra001_0007 ₇ pour les douleurs ou l'inflammation dans les articulations, les rhumatismes
- tra001_0008 ₈ pour d'autres douleurs (maux de tête, du dos, etc.)
- tra001_0009 ₉ pour les problèmes de sommeil (somnifères)
- tra001_0010 ₁₀ pour l'anxiété ou la dépression (calmants, tranquillisants, antidépresseurs)
- tra001_0011 ₁₁ pour la ménopause ou l'ostéoporose, sous forme d'hormones (oestrogènes)
- tra001_0012 ₁₂ pour d'autres problèmes: tra001_0012_t# préciser _____
- tra001_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 _____ kilos perdus ₂ non
- sant002_0000_n

8. Fumez-vous actuellement ?

- comp008 ₁ oui → 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 non

ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

- 9. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie ?**
 sper003 ₁ pas du tout → *passer à la question 11*
₂ un peu
₃ beaucoup
- 10. Pensez-vous qu'il s'agissait surtout d'une fatigue...**
 sper004 ₁ physique ₂ psychique (manque d'entrain, etc.) ₃ à la fois physique et psychique
- 11. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies ?**
 sper005 ₁ pas du tout
₂ un peu
₃ beaucoup
- 12. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) triste, déprimé(e) ou découragé(e) ?**
 psyc003 ₁ oui ₂ non
- 13. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir pour vos activités habituelles ?**
 psyc004 ₁ oui ₂ non
- 14. Durant les quatre dernières semaines, vous êtes-vous souvent senti(e) préoccupé(e) et anxieux(se) ?**
 psyc005 ₁ oui ₂ non
- 15. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) calme, équilibré(e), serein(e) ?**
 psyc006

toujours	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
- 16. Durant les quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) plein(e) de force, d'énergie et d'optimisme ?**
 psyc007

toujours	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

REVENONS SUR VOTRE SOMMEIL

- 17. Au cours du dernier mois, en général... Répondre à chaque ligne**

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

sasnt016 **18. 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

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

Répondre à chaque ligne

		Jamais	Moins de 1 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
sant017_a	a) Pris des somnifères ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
sant017_b	b) Fait des siestes dans la journée ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
sant017_c	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

20. 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"/> 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

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

- comp002
- 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

22. Quelle affirmation correspond-elle le mieux à votre activité quotidienne actuelle ?

comp003

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

23. A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ?

comp004

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

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

comp005_0000_m _____ minutes par jour

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

comp006

- ₁ jamais, ou presque jamais
- ₂ moins d'une fois par mois
- ₃ moins d'une fois par semaine
- ₄ une fois par semaine
- ₅ deux fois par semaine
- ₆ trois fois par semaine ou plus

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

comp007_0000_m _____ minutes par semaine

27. Avez-vous, pour des raisons de santé, des difficultés à...

Répondre à chaque ligne

		Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés ou impossible
fonc001_a	a) Marcher 100 mètres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_b	b) Rester assis(e) environ deux heures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_c	c) Vous lever d'une chaise après être resté(e) longtemps assis(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_d	d) Monter <u>plusieurs</u> étages par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_e	e) Monter <u>un</u> étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_f	f) Vous pencher, vous agenouiller ou vous accroupir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_g	g) Attraper un objet les bras tendus plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_h	h) Tirer ou pousser de gros objets, comme un fauteuil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_i	i) Soulever ou porter plus de 5 kilos, par ex. un lourd sac de commissions	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
fonc001_j	j) Attraper un petit objet du bout des doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

CHUTES ET PEUR DE CHUTER

28. Etes-vous tombé(e) durant les 12 derniers mois, en dehors d'activités sportives ?

- cepe001
- ₁ non
₂ oui, une fois
₃ oui, plusieurs fois

29. Avez-vous peur de tomber ?

- cepe002
- ₁ pas du tout → *passer à la question 31*
₂ un peu
₃ beaucoup

30. Cette peur vous a-t-elle amené(e) à restreindre certaines de vos activités ?

- cepe003
- ₁ oui ₂ non

31. 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, actuellement, vous ne faites pas l'une des activités mentionnées, 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".

<i>Répondre à chaque ligne</i>		Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	Je ne le fais pas
cepe004_a	a) Faire votre ménage (<i>par exemple: 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	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	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	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	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	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	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	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	i) Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou parlerre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
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_k	k) Marcher sur une surface glissante (<i>par exemple: 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	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_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_n	n) Marcher sur un terrain inégal (<i>par exemple: 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	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	p) Sortir (<i>par exemple: 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

32. 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

VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

33. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement ?

- ₁ je vis seul(e) → *passer à la question 34*
soci002_0000_n
- ₂ je vis avec _____ autre(s) personne(s)
Inscrire d'abord sur la ligne le nombre de personnes vivant avec vous, puis préciser ci-dessous de qui il s'agit (plusieurs réponses possibles) :
- Il s'agit : ₁ du conjoint (marié ou non) soci002_0001
soci002_0002 ₂ d'autre(s) personne(s)

VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE ACTUELLE

34. 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

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

- ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

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

- ₁ oui ₂ non ₉ je ne sais pas

ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

37. 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_t# _____
- 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

38. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité rémunérée ?

Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne

- soci006 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine soci006_0000_n ₂ non

39. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité bénévole pour des personnes ne vivant pas sous le même toit que vous ? (par ex. aide à des personnes malades, garde de petits-enfants, travail non rémunéré pour une église ou une association, etc.)

Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne

- soci007 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine soci007_0000_n ₂ non

40. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide non rémunérée à des personnes vivant avec vous ? (par ex. soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous)

Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne

- soci008 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine soci008_0000_n ₂ non

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION

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