

## Questionnaire de suivi 2007

### VOTRE SANTÉ

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

sper001

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

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

psyc001

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

#### 3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement, ou avez-vous souffert des problèmes de santé suivants, diagnostiqués par un médecin ?

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

sant001\_0001

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

sant001\_0002

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

sant001\_0003

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

sant001\_0022

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

sant001\_0006

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

sant001\_0007

- <sub>6</sub> du diabète

sant001\_0008

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

sant001\_0009

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

sant001\_0010

- <sub>9</sub> de l'ostéoporose

sant001\_0011

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

sant001\_0011\_t#

sant001\_0012

- <sub>11</sub> une arthrose ou une arthrite

sant001\_0013

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

sant001\_0013\_t#

sant001\_0014

- <sub>13</sub> un ulcère de l'estomac, du duodénum, un ulcère peptique

sant001\_0015

- <sub>14</sub> une dépression

sant001\_0016

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

sant001\_0017

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

sant001\_0019

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

sant001\_0019\_t#

sant001\_0020\_none

- <sub>18</sub> aucune de ces maladies

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

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

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

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

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

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

- 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\_t# \_\_\_\_\_
- traï001\_0012\_none <sub>13</sub> Je ne prends **aucun** médicament au moins une fois par semaine

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

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

## ÉNERGIE ET BIEN-ÊTRE ACTUELS

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

sper003

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

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

sper005

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

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

psyc003

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

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

psyc004

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

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MOBILITÉ

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

comp032

- <sub>1</sub> oui  
<sub>2</sub> non, rien n'a changé → [passer à la question 13](#)

12. Dans quel sens vos habitudes se sont-elles modifiées, par rapport à l'an dernier ?

comp033

- <sub>1</sub> je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier  
<sub>2</sub> je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier

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

comp003

- <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

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

comp004

- <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 → [passer à la question 16](#)

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

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

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

- comp006
- <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

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

*(répondre à chaque ligne)*

		Aucune difficulté ▼	Quelques difficultés ▼	Beaucoup de difficultés ▼
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. Se 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 s'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 s'arrêter	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc001_f	f. Se pencher, s'agenouiller ou s'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>

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

- cepe001
- <sub>1</sub> non
  - <sub>2</sub> oui, une fois
  - <sub>3</sub> oui, plusieurs fois

**19. Avez-vous peur de tomber ?**

- cepe002
- <sub>1</sub> pas du tout
  - <sub>2</sub> un peu
  - <sub>3</sub> beaucoup

## ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

**20. Avez-vous des difficultés, ou recevez-vous en général de l'aide, pour les activités suivantes à cause de problèmes physiques, psychiques, émotionnels ou de mémoire ?**

*(répondre à chaque ligne)*

		Aucune difficulté ▼	Difficultés, mais pas d'aide ▼	Je reçois de l'aide ▼
fonc002_a	a. S'habiller, y compris mettre chaussettes et chaussures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_b	b. Marcher à travers une pièce	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_c	c. Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_d	d. Manger, y compris couper les aliments	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_e	e. Se coucher et se lever d'un lit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_f	f. Utiliser les toilettes, y compris s'asseoir et se relever	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_g	g. Faire de petits travaux ménagers	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_h	h. Faire de gros travaux ménagers	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_i	i. Préparer un repas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_j	j. Faire les courses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_k	k. Téléphoner	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_l	l. Préparer et prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_m	m. S'occuper des affaires d'argent, comme payer les factures, garder trace des dépenses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
fonc002_n	n. Utiliser une carte géographique pour se rendre dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

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

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

## ÉVÉNEMENTS STRESSANTS RÉCENTS

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

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

<b>AVEZ-VOUS ÉTÉ CONFRONTÉ(E) CES 12 DERNIERS MOIS À...</b>		Oui ▼ <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non ▼ <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0001	a. Des difficultés financières majeures	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0002	d. Des maladies nouvelles: <i>préciser</i> _____ <small>even001_0002_t#</small>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0003	e. Des maladies importantes que vous aviez déjà	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0004	f. Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0005	g. Un accident ou une blessure	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0006	h. Une séparation de votre couple (marié ou non marié)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0007	i. D'autres difficultés dans votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0008	j. Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en-dehors de votre couple	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0009	k. Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0010	n. Le décès de votre conjoint ou partenaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0011	o. Le décès de l'un de vos enfants	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0012	p. Le décès de votre père ou de votre mère	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0013	q. Le décès d'un frère ou d'une sœur	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0014	r. Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0015	s. Le décès d'un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0016	t. Un déménagement forcé ou la perte de votre logement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0017	u. Un déménagement volontaire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0018	x. Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0019	y. Une agression ou un vol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
even001_0020	z. Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## VOTRE ENTOURAGE ACTUEL

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

soci002

<sub>1</sub> je vis seul(e) → *passer à la question 25*

<sub>2</sub> je vis avec \_\_\_\_\_ autres personnes (*inscrire le nombre de personnes*)

soci002\_0000\_n

## 24. Comment se compose votre ménage ?

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

- soci026\_0001 <sub>1</sub> conjoint (marié ou non)
- soci026\_0002 <sub>2</sub> personnes de la génération précédente (ex. parents, beaux-parents...)
- soci026\_0003 <sub>3</sub> personnes de la même génération que vous (ex. frères, sœurs...)
- soci026\_0004 <sub>4</sub> personnes adultes de la génération suivante (ex. enfants majeurs...)
- soci026\_0005 <sub>5</sub> enfants mineurs, petits-enfants

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

### 25. Au total, combien de consultations ou visites de médecin avez-vous eues au cours des 12 derniers mois ?

sdsa001\_0000\_n \_\_\_\_\_ consultations (si vous n'avez pas consulté, noter zéro et passer à la question 27)

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

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

### 27. Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ?

sdsa003\_0000\_n \_\_\_\_\_ hospitalisations (si vous n'avez pas été hospitalisé(e), noter zéro)

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

traio03\_a <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

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

sdsa005 <sub>1</sub> oui, régulièrement <sub>2</sub> oui, temporairement <sub>3</sub> non

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

sdsa006 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

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

econ014 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

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

econ002 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

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

econ003 <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non <sub>9</sub> je ne sais pas

## ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET BÉNÉVOLES

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

soci006

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

soci006\_0000\_n

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

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

soci007

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

soci007\_0000\_n

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

soci008

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

soci008\_0000\_n

**NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT DE VOTRE PARTICIPATION**

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