



* G Z 0 2 1 0 1 *

Gazel

20 000 volontaires pour la recherche médicale

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

2021

Numéro Gazel

Important

Pour toute correspondance avec l'équipe Gazel, merci d'utiliser nos coordonnées (adresse postale ou e-mail) figurant dans le cadre ci-dessous.

Ce questionnaire de suivi passe dans un système de lecture automatisée. Seules les informations indiquées dans les cases prévues à cet effet seront prises en compte.

Toute annotation sur cette page ou les suivantes risque de ne pas nous parvenir.

Pour nous contacter

COHORTE GAZEL - UMS 011 INSERM-UVSQ
HÔPITAL PAUL BROUSSE BÂTIMENT 15/16
16 AVENUE PAUL VAILLANT-COUTURIER
94807 VILLEJUIF CEDEX

gazel@inserm.fr

ins^oerm



COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

- Utilisez un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases .

Répondez en faisant une croix dans une case.

Exemple: *Quel est votre sexe ?* Masculin ₁ Féminin ₂

- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES.

Exemple: C O N J O N C T I V I T E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le chiffre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple: *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?* 5

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix dans une case entre deux extrêmes.

Exemple: *Comment jugez-vous votre état de santé ?*

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir: JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple: Date de votre consultation médicale: / / 2 0 A A
jour mois année

Si la date est le 5 janvier 2021, remplissez : 5 / 1 / 2 0 2 0

- Enfin, vérifiez que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

! Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.

L'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout de la bonne qualité des informations recueillies. Il faut environ 25 à 30 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir de façon aussi précise que possible. Nous vous rappelons que votre participation n'a aucun caractère obligatoire. Vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès et de rectification au fichier informatique conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 auprès de l'Inserm UMS 011 «cohorte épidémiologiques en population»

CE QUESTIONNAIRE RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIEL



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire :

₁ Seul(e) ₂ Avec l'aide d'un proche

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

I. VOTRE BIEN-ÊTRE

1. Comment jugez-vous votre état de santé général ?

A B C D E F G H
Très bon Très mauvais

2. Quelle est votre satisfaction concernant :

- A B C D E F G H
- Votre logement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre quartier ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos relations avec vos proches, famille, amis et voisins ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Vos loisirs ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - La vie que vous menez actuellement ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
 - Votre travail ? Très satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)
- ₁ Je ne travaille pas actuellement

II. VOTRE SANTÉ

3. Quel est votre poids ? kg

4. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, ce souffle au cœur vous a-t-il été découvert au cours des **12 derniers mois** ? ₁ Oui ₂ Non

5. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été **hospitalisé(e)** pour un problème cardiaque, ou vous a-t-on découvert un problème cardiaque au cours d'une **hospitalisation** ? (exemples : infarctus, pontage, pose de stent, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, problème de valve, de rythme cardiaque, pose de pacemaker...)

₁ Oui ₂ Non

6. Êtes-vous limité(e) depuis **au moins 6 mois**, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

₁ Oui, fortement limité(e) ₂ Oui, limité(e) ₃ Oui, légèrement limité(e) ₄ Non

➔ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Accident (circulation routière, domestique, du travail, lié à une activité sportive, chute...)

₁ Autre(s) raison(s) de santé

7. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? ₁ Oui ₂ Non



III. QUESTIONS SUR LA COVID-19 ET VOTRE VÉCU DE LA CRISE SANITAIRE

Sauf indication contraire, les questions qui suivent concernent votre situation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, c'est-à-dire depuis mars 2020.

9. Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, avez-vous présenté les symptômes suivants (que vous n'avez pas habituellement):

	Ce symptôme est-il encore présent aujourd'hui ?		Combien de temps environ a-t-il duré ?				
			Moins d'1 jour	1 à 3 jours	4 à 7 jours	8 à 14 jours	Plus de 2 semaines
<input type="checkbox"/> ₁ Fièvre	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Maux de tête inhabituels	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Toux	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Perte de l'odorat ou du goût	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Symptômes digestifs	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<input type="checkbox"/> ₁ Autre symptôme, précisez:	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



10. Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, pensez-vous avoir été infecté(e) par le coronavirus (que cela ait été confirmé ou non, par un médecin ou un test) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas

➔ Si oui:

• Cela a-t-il été confirmé ?

₁ Oui, par un test (PCR, sérologique...) ou un scanner pulmonaire ₂ Oui, par un médecin mais sans réalisation de test ₃ Non, mais je pense l'avoir eu ₄ Je ne sais pas

• À quelle période de l'année avez-vous eu le coronavirus ?

₁ Entre mars et juin 2020 ₂ En juillet ou août 2020 ₃ Entre septembre et décembre 2020 ₄ Entre janvier 2021 et aujourd'hui ₅ Je ne m'en souviens pas

• Avez-vous reçu de l'oxygène à cause de votre infection au coronavirus (à l'hôpital ou à domicile) ?

₁ Oui ₂ Non

• Êtes-vous resté(e) plus d'une nuit à l'hôpital à cause de votre infection au coronavirus ?

₁ Oui ₂ Non

• Avez-vous été admis en réanimation ?

₁ Oui ₂ Non

• Avez-vous été admis en rééducation / soins de suite / convalescence ?

₁ Oui ₂ Non



11. *Au cours des 15 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants:*

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Difficulté à se détendre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

12. *Depuis le début de l'épidémie, avez-vous évité de voir (consultation en présentiel) votre médecin traitant à cause de l'épidémie?*

₁ Oui ₂ Non

13. *Depuis le début de l'épidémie, avez-vous annulé ou reporté des examens, rendez-vous médicaux, ou des interventions chirurgicales?*

₁ Oui ₂ Non

14. *Avant le début de l'épidémie, bénéficiez-vous de prises en charge (soins, services à domicile...)?*

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, indiquez si elles ont été interrompues (totalement ou en partie) du fait de l'épidémie, et si vous en bénéficiez toujours aujourd'hui:

Type de prise en charge dont vous bénéficiez avant le début de l'épidémie :	Ces soins ont-ils été interrompus ?	Aujourd'hui, en bénéficiez-vous ?			
		Oui, comme avant	Oui, mais pas encore comme avant	Non, à cause du COVID	Non, car je n'en ai plus besoin
<input type="checkbox"/> ₁ Soins infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ En partie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁ Séances de kinésithérapeute (en cabinet ou à domicile)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ En partie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁ Séances d'orthophonie (en cabinet ou à domicile)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ En partie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁ Service de portage des repas à domicile	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ En partie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<input type="checkbox"/> ₁ Aide d'un autre professionnel	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ En partie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

15. *Depuis le début de l'épidémie, y a-t-il eu des personnes qui n'habitaient pas avec vous et sur lesquelles vous pouviez compter pour vous aider? (plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Non, aucune
- ₁ Oui, des membres de ma famille
- ₁ Oui, des ami(e) s
- ₁ Oui, des voisin(e) s
- ₁ Oui, un(e) professionnel (le) intervenant à mon domicile (infirmier/ère, aide-ménagère, etc.)
- ₁ Autre(s)



16. **Actuellement**, parlez-vous ou échangez-vous (contacts téléphoniques ou présentiels) avec les personnes de votre entourage proche ?

	Chaque jour ou presque	Chaque semaine ou presque	Chaque mois ou presque	Jamais	Non concerné(e)
Avec mes parents ou mes enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec d'autres membres de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec mes ami(e) s	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec mon/ma conjoint(e) ou partenaire qui n'habite pas avec moi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Avec mes voisin (es)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

17. **Depuis le début de l'épidémie**, avez-vous utilisé d'autres moyens que les appels téléphoniques ou les contacts en présentiel pour communiquer avec vous proches (Skype ou autre application, appel avec vision simultanée de personnes...)?

₁ Oui ₂ Non

➔ **Si oui:**

- Ces appels vous ont-ils aidé(e) à traverser cette crise ? ₁ Oui ₂ Non
- Les utilisez-vous encore actuellement ? ₁ Oui ₂ Non

18. **Depuis le début de l'épidémie**, y a-t-il eu des personnes qui comptaient sur vous pour les aider ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Non, aucune
- ₁ Oui, un membre de mon foyer souffrant d'une maladie invalidante
- ₁ Oui, un (des) membre(s) de ma famille
- ₁ Oui, un (des) amie(s), voisin(s)
- ₁ Autres

19. **Depuis le début de l'épidémie**, certains de vos proches (famille, amis) ont-ils été personnellement concernés par les situations suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Perte d'emploi, problèmes financiers
- ₁ Anxiété importante, humeur dépressive en lien avec la situation sanitaire
- ₁ Pour un proche âgé ou en institution, manque de contacts
- ₁ Pour un proche souffrant de handicap ou maladie chronique, difficultés spécifiques
- ₁ Problème concernant une prise en charge médicale hors Covid
- ₁ Difficulté d'accès au vaccin pour Covid -19
- ₁ Covid -19 avec symptômes mais sans hospitalisation
- ₁ Hospitalisation pour Covid -19
- ₁ Décès lié à la Covid-19

₁ Autre, précisez:



Les questions suivantes portent sur le logement que vous avez occupé le plus souvent depuis le début de l'épidémie (en confinement ou hors confinement).

20. Depuis le début de l'épidémie, avez-vous vécu le plus souvent :

₁ À domicile, que ce soit votre logement habituel ou non (résidence secondaire, domicile d'un proche...); dans ce cas, avec qui ?

₁ Seul ₂ Avec votre conjoint ₃ Avec un ou plusieurs membres de votre famille ₄ Avec d'autres personnes

₂ En famille d'accueil; dans ce cas :

• combien de personnes âgées de plus de 65 ans, y compris vous-même ?

₃ En institution

21. Au total, combien y avait-il de personnes dans ce lieu ?

22. Y avait-il des enfants ou des petits-enfants de moins de 18 ans ? ₁ Oui ₂ Non

23. Y avait-il des animaux de compagnie ? ₁ Oui ₂ Non

24. Ce logement comportait-il (plusieurs réponses possibles) :

₁ Un jardin ₁ Une cour ₁ Un balcon ₁ Une terrasse

25. Actuellement, sortez-vous de votre logement (à l'exception de votre jardin, cour, terrasse attenante à votre domicile) ?

₁ Oui, chaque jour ou presque ₂ Oui, 3 à 5 jours par semaine ₃ Oui, 1 à 2 jours par semaine ₄ Oui, moins d'1 jour par semaine ₅ Non, jamais

➔ **Si oui :**

• Est-ce généralement pour : (plusieurs réponses possibles)

₁ Vos relations familiales, amicales

₁ Vos activités de loisirs ou sociales (en club/association ou non, culte, sportives, promenades, etc.)

₁ Vos courses habituelles (commerces alimentaires, pharmacie, banque, poste)

₁ Vos sorties dans des lieux publics (café, restaurant, parc, plage, cinéma, shopping (hors commerces alimentaires), etc.)

₁ Votre suivi médical

₁ Autre(s)

• Quel(s) moyen(s) de transport empruntez-vous lors de vos sorties ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Marche

₁ Vélo (électrique ou non)

₁ Voiture ou 2-roues motorisé

₁ Co-voiturage, taxi

₁ Transports en commun (bus, autocar, tramway, métro, RER, train)

₁ Autre(s)



* G Z 0 2 1 0 9 *

26. **Actuellement**, après vos déplacements à l'extérieur, vous lavez-vous les mains au savon ou avec une solution hydroalcoolique en revenant à votre logement ?

- ₁ Oui, systématiquement après chaque sortie
- ₂ Oui, presque après chaque sortie
- ₃ Oui, mais après certaines sorties seulement
- ₄ Non, je ne le fais plus car je pense qu'il n'y a plus de risque
- ₅ Non, je ne l'ai jamais fait
- ₆ Non concerné(e), car je ne sors pas de chez moi

27. **Actuellement**, lors de vos déplacements à l'extérieur, portez-vous un masque ?

- ₁ Oui, systématiquement à chaque sortie
- ₂ Oui, dans certaines circonstances, mais pas toujours
- ₃ Non, je n'en porte plus parce que je pense qu'il n'y a plus de risque
- ₄ Non, parce que je pense que le masque ne sert rien
- ₅ Non, autre raison
- ₆ Non concerné(e), car je ne sors pas de chez moi

28. **Actuellement**, lors de vos déplacements à l'extérieur, pouvez-vous respecter les distanciations physiques avec les personnes que vous rencontrez ?

- ₁ Toujours
- ₂ Plutôt oui
- ₃ Plutôt non
- ₄ Jamais ou presque jamais
- ₅ Non concerné(e), car je ne sors pas de chez moi

29. **Depuis le début de l'épidémie**, quelles ont été vos principales difficultés ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Courses habituelles (courses alimentaires, pharmacie, banque, poste)
- ₁ Isolement social, arrêt d'activités spécifiques (club, culte...)
- ₁ Ennui
- ₁ Inquiétude pour vos proches
- ₁ Inquiétude pour vous-même
- ₁ Inquiétude pour le pays
- ₁ Réduction / arrêt des services d'aide à domicile (ménage, portage de repas...)
- ₁ Arrêt de prises en charge (par exemple, arrêt d'accueil de jour, de séances de soins etc.)
- ₁ Autre(s)
- ₁ Aucune



30. Avez-vous été vacciné contre la COVID-19 ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

- Est-ce parce que : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Les études scientifiques montrent que les vaccins contre la Covid-19 sont globalement efficaces
- ₁ Les études scientifiques montrent que les vaccins contre la Covid-19 sont globalement sûrs
- ₁ Je veux protéger mes proches, ma famille, mes amis
- ₁ Je veux me protéger pour ne pas être malade
- ₁ J'ai un risque de forme grave de Covid-19
- ₁ J'ai déjà eu la Covid-19 et je ne veux pas être infecté(e) à nouveau
- ₁ Il n'y a pas d'autre solution pour arrêter l'épidémie
- ₁ Cela peut me permettre de revoir mes proches, ma famille, mes amis
- ₁ Cela pourra me permettre de voyager, de fréquenter des lieux publics
- ₁ Mon médecin recommande de me faire vacciner
- ₁ Autre

- Quel(s) vaccin(s) avez-vous reçu(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pfizer / BioNTech (Comirnaty®)
- ₁ Moderna®
- ₁ AstraZeneca
- ₁ Johnson & Johnson (Janssen®)
- ₁ Autre
- ₁ Je ne sais pas

➔ Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Je souhaite être vacciné, mais je n'ai pas pu avoir de rendez-vous
- ₁ Ce n'est pas efficace pour m'empêcher de tomber malade
- ₁ Les vaccins contre la COVID-19 ont été développés trop rapidement et je préfère avoir plus de recul
- ₁ C'est dangereux
- ₁ Je suis immunisé(e)
- ₁ Ce n'est pas grave si je suis infecté(e) par ce virus
- ₁ D'autres moyens de prévention sont préférables à la vaccination (gestes barrières, port du masque...)
- ₁ Je suis contre la vaccination en général
- ₁ Autre



* G Z 0 2 1 1 1 *

IV. VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation actuelle, indépendamment de l'épidémie.

31. Avez-vous des difficultés pour porter un sac de 5 kg, comme un gros sac de provision, sans aide ?

- 1 Pas de difficulté 2 Quelques difficultés 3 Beaucoup de difficultés 4 Je ne peux pas du tout

32. Avez-vous des difficultés pour vous servir de vos mains et de vos doigts sans aide technique ?

- 1 Pas de difficulté 2 Quelques difficultés 3 Beaucoup de difficultés 4 Je ne peux pas du tout

33. Avez-vous des difficultés pour vous baisser, vous agenouiller sans aide ?

- 1 Pas de difficulté 2 Quelques difficultés 3 Beaucoup de difficultés 4 Je ne peux pas du tout

34. Avez-vous des difficultés à marcher 500 mètres, sans aide ?

- 1 Pas de difficulté 2 Quelques difficultés 3 Beaucoup de difficultés 4 Je ne peux pas du tout

35. Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre une douzaine de marches, sans aide ?

- 1 Pas de difficulté 2 Quelques difficultés 3 Beaucoup de difficultés 4 Je ne peux pas du tout

36. À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant des efforts physiques modérés, telles que s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener ?

- 1 Plusieurs fois par semaine
 2 Une fois par semaine
 3 Une à trois fois par mois
 4 Presque jamais ou jamais

37. Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?

- 1 Oui 2 Non

38. Avez-vous involontairement perdu du poids durant les 12 derniers mois, en dehors d'un régime alimentaire ?

- 1 Oui 2 Non

➔ Si oui, combien de kilos avez-vous perdus ? kg



Les questions 39 à 44 concernent des activités quotidiennes. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation actuelle, **indépendamment de l'épidémie**.

39. Utilisation du téléphone:

- ₁ Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros
- ₂ Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus
- ₃ Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- ₄ Je suis incapable d'utiliser le téléphone
- ₅ Je n'ai pas de téléphone

40. Déplacements en transports:

- ₁ Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec ma propre voiture)
- ₂ Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- ₃ Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- ₄ Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- ₅ Je ne me déplace pas du tout

41. Prise de médicaments:

- ₁ Je ne prends jamais de médicaments
- ₂ Je m'occupe moi-même de la prise: dose et horaires
- ₃ Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- ₄ Je suis incapable de les prendre moi-même

42. Gestion du budget:

- ₁ Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer des factures...)
- ₂ Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme
- ₃ Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

43. Remplissez-vous vous-même votre déclaration de revenus aux impôts?

- ₁ Oui ₂ Non, je ne le fais plus ₃ Non, je ne l'ai jamais fait

44. Actuellement, utilisez-vous une carte de paiement (carte bleue, visa...)?

- ₁ Oui ₂ Non, j'ai arrêté de l'utiliser ₃ Non, je n'en ai jamais eu

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION