

# **Les habitudes de vie des séniors**

## **Questionnaire à remplir par la personne participant à l'étude**

2011- Handicom/Télécom Sud Paris

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné à mieux comprendre les habitudes de vie des séniors. L'anonymat des réponses individuelles sera respecté. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le destinataire des données recueillies est le laboratoire Handicom.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au laboratoire Handicom, Télécom Sud Paris, 9 rue Fourier, 91011 Evry Cedex.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## Etude sur la qualité de vie des seniors

### Votre situation

1. Quel est votre âge ?

2. Vous êtes :

femme

homme

3. Quels sont les différents métiers que vous avez exercés au cours de votre vie professionnelle ?

4. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

5. Jusqu'à quel âge êtes-vous allé(e) à l'école ?

6. Vous vivez :

Seul

En couple

Avec un proche (amis, enfants...). Précisez :

7. Vous êtes :

Marié(e)

Veuf (ve)

Célibataire

8. Vous habitez :

Dans votre propre domicile

Chez un proche

En institution (Maison de retraite, foyer...). Précisez :

9. Combien de personnes vivent au sein de votre foyer ?

- Nombre de personnes âgées de moins de 60 ans

- Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus

10. Vous êtes :  Propriétaire  Locataire

11. Vous habitez :  En milieu urbain  En milieu rural

12. Utilisez-vous des aides techniques (lunettes, appareils auditifs, fauteuil roulant, téléalarme ...)

Listez les aides techniques	Où et quand les utilisez-vous?	Fréquence d'utilisation (ex : 1 fois par jour...)
Lunettes		
Appareils auditif		
Fauteuil roulant		
Téléalarme		
Canne		
Déambulateur		
Autres (précisez) :		

<b>Vos activités quotidiennes (à domicile)</b>
--

1. Quelles sont vos principales activités ou occupations ? (exemple : regarder la télévision, lire, recevoir des amis, tricoter ...)

2. Y-a-t-il des activités que vous faisiez avant et que vous ne faites plus maintenant?

Oui                       Non

3. Si oui, lesquelles ? Pourquoi ne les réalisez-vous plus ?

4. **Vision.** Cochez la case correspondante pour chaque ligne.

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Lire le journal ou un magazine (même avec des lunettes)					
Distinguer le visage d'une personne à l'autre bout de la pièce.					
Reconnaître une personne sur une photo.					

5. **Habillage.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Vous habiller.					
Boutonner votre chemise.					
Choisir des vêtements adaptés au moment de la journée (pyjama la nuit, manteau pour sortir...)					
Respecter l'ordre des vêtements (sous-vêtements en dessous des vêtements...)					

6. **Préparation des repas.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Suivre une recette.					
Composer un repas équilibré/adapté.					
Connaître le contenu du placard et/ou du réfrigérateur.					
Préparer un repas					
Réchauffer un plat.					

7. **Ménage.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Utiliser le balai.					
Faire les poussières.					
Ranger vos affaires.					
Vous déplacer d'une pièce à l'autre.					
Passer l'aspirateur.					

8. **Prise de médicaments.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Savoir où vous avez mis vos médicaments ou votre ordonnance.					
Savoir selon les moments de la journée quels médicaments prendre.					
Savoir le nombre de comprimés à prendre.					
Savoir quand vous devez aller chez le médecin.					
Savoir si vous avez assez de médicaments pour la semaine.					

9. **Activités administratives.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Remplir un formulaire.					
Gérer seul(e) les questions financières (régler les factures, payer le loyer ...)					
Vous rappeler vos rendez-vous.					
Retenir ce que vous deviez faire.					

## 10. Utilisation d'appareils domestiques.

Cochez et complétez les cases correspondantes.

A. Quels appareils domestiques **possédez**-vous ?

Appareils possédés	Oui	Non	Si non, pourquoi ?
Four			
Four micro-ondes			
Réfrigérateur			
Aspirateur			
Mixeur			
Bouilloire			
Cafetière			
Grille pain			
Plaques de cuisson			
Télévision			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Ordinateur			
Internet			
Lecteur DVD			
Magnétoscope			
Chaîne HIFI			
Radio			
Autres (précisez) :			



B. Quels appareils domestiques **utilisez**-vous ?

Appareils utilisés	Oui	Non	Si, oui		Si non
			Pour quoi faire ?	Fréquence (ex : 1 fois par jour)	Pourquoi ?
Four					
Four micro-ondes					
Réfrigérateur					
Aspirateur					
Mixeur					
Bouilloire					
Cafetière					
Grille pain					
Plaques de cuisson					
Télévision					
Téléphone fixe					
Téléphone portable					
Ordinateur					
Internet					
Lecteur DVD					
Magnétoscope					
Chaîne HIFI					
Radio					
Autres (précisez) :					

**C. Utilisation du téléphone.** *Cochez la case correspondante pour chaque ligne.*

<b>Lorsque vous utilisez votre téléphone, avez-vous moins de facilité qu'avant pour :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Je ne le fais jamais seul(e)</b>
Entendre une conversation.					
Suivre une conversation.					
Composer un nouveau numéro de téléphone.					
Composer un numéro de téléphone que vous connaissez bien.					
Savoir l'identité de l'interlocuteur.					

11. **Sécurité.** Vous sentez-vous en sécurité dans votre logement ?

Oui       Non

Si non pourquoi ?

## Vos activités extérieures

1. Quelles sont vos principales sorties ?

2. A quelle fréquence effectuez-vous les activités suivantes :

*Complétez les cases correspondantes pour chaque ligne.*

	<b>Fréquence (ex : 1 fois par jour)</b>
Promenade	
Shopping	
Courses alimentaires	
Courses administratives (banque, poste...)	
Visite d'un proche (amis, famille...)	
Loisirs (coiffeur, cinéma...)	
Rendez-vous chez le médecin	
Autres (Précisez)	

3. Que faites-vous pour préparer vos sorties à l'extérieur ? (exemple : consultation des horaires de bus, réservation d'un taxi, réalisation d'une liste de courses...)

4. Lorsque vous sortez, quels sont les objets que vous emportez ? (exemple : téléphone portable, canne, liste des choses à faire...)

5. Vos moyens de déplacements.

Cochez la case correspondante pour chaque ligne.

<b>A quelle fréquence utilisez-vous :</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>	<b>Ne sais pas</b>
Le métro					
Le bus					
Le train					
Le tramway					
Votre propre véhicule (vous conduisez)					
Le véhicule d'un proche (vous êtes passager)					
La marche à pied					
Les deux roues motorisées (moto, mobylette...)					
Les transports municipaux (bus communal ...)					
L'ambulance					
Autres moyens (précisez)					

6. Rencontrez-vous des difficultés lors de vos déplacements ?

Oui       Non

Si oui, lesquelles ?

7. Vous sentez-vous en sécurité lorsque vous sortez ?

Oui       Non

Si non, pourquoi ?

## Vos aides sociales et financières

1. Voyez-vous souvent votre famille ou vos amis?

Oui       Non

2. A quelle fréquence voyez-vous votre famille ou vos amis ?

3. Pensez-vous être suffisamment entouré(e) par vos proches ?

Oui       Non

Si non pourquoi ?

4. Vous avez recours à des services à domicile. Précisez lesquels et la fréquence des prestations. *Complétez les cases correspondantes pour chaque ligne.*

	Oui	Non	Fréquence (ex : 1 fois par jour)
Aide ménagère			
Aide soignante			
Infirmière			
Livraison des courses			
Coiffeur(se)			
Esthéticienne			
Pédicure			
Kinésithérapeute			
Livraison de repas			
Entretien de la maison			
Entretien du linge			
Autres (Précisez):			

5. Vous n'avez recours à aucun service à domicile. Précisez pourquoi.
  
6. Quels sont selon vous les avantages des services à domicile ?
  
7. Quels sont selon vous les inconvénients des services à domicile ?
  
8. Quels sont vos critères de choix de votre service à domicile ?
  
9. Qui paie?
  
10. Bénéficiez-vous d'une aide financière? Si oui, précisez laquelle ou lesquelles.
  
11. De combien d'heures disposez-vous dans votre plan d'aide ?
  
12. Disposez-vous d'une mutuelle? Si oui, précisez laquelle.

## Par la suite

1. Souhaitez-vous être recontacté(e) pour participer à une seconde étude et tester gratuitement un dispositif d'aide développé par les chercheurs du laboratoire Handicom ?

Oui  Non

2. Si oui, quels types de services vous semblent utiles dans votre vie quotidienne ?