

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION EN PRÉVENTION POUR BIEN VIEILLIR



**POUR Bien
VieILLIR**



Ensemble, les caisses de retraite s'engagent



ENTREtenir SA MÉMOIRE,

garder des liens avec l'entourage, préserver sa santé, tels sont les souhaits des seniors.

VOTRE CAISSE DE RETRAITE VOUS OFFRE UN BILAN PERSONNALISÉ EN PRÉVENTION.

Pour ce faire, il convient de répondre à l'intégralité des différentes questions qui suivent.

Chacune de vos réponses donnera lieu, grâce à un traitement automatisé, à l'établissement d'un score, confidentiel, qui nous permettra de vous délivrer l'offre la plus adaptée à votre situation. Ainsi, des conseils ou informations vous seront ensuite apportés dans un bilan en prévention personnalisé (bilan écrit et/ou coaching téléphonique).



POUR TOUT CONTACT

PÔLE PRÉVENTION SENIORS

Direction de l'Action Sociale
Carsat Rhône-Alpes
69436 Lyon cedex 03

04 72 91 99 40

Tous les matins du lundi au vendredi
De 9 h à 11h30

prevention.senior@carsat-ra.fr

MIEUX VOUS CONNAÎTRE



Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Mail

Date de naissance Sexe

Avez-vous une caisse de retraite (Plusieurs réponses possibles)

CARSAT MSA MINES CNRACL

Autres (à préciser)

En quelle année avez-vous pris ou pensez-vous prendre votre retraite

Avez-vous une caisse de retraite complémentaire OUI NON

Si oui laquelle

Etes vous bénéficiaire de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

OUI NON

Vos données personnelles (nom, prénom, adresse) font l'objet d'un traitement par la Carsat Rhône-Alpes pour vous inviter à participer au programme de prévention qui vous est proposé dans le cadre de sa politique d'action sociale. Ces données seront conservées dans notre système d'information pendant 3 ans et ne seront utilisées que par les agents de la Direction de l'Action Sociale.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée et au RGPD du 27/04/2016, vous disposez de droits sur vos données personnelles (d'information, d'accès, de rectification, de limitation et, dans certains cas, d'effacement, d'opposition, de retirer votre consentement, de portabilité, de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé et de donner des directives sur le sort de vos données après votre mort). Vous pouvez les exercer auprès du Délégué à la protection des données (DPO), en vous rendant sur : <https://www.carsat-ra.fr/mentions-legales>. Si vous estimez, après l'avoir contacté, que vos droits ne sont pas appliqués, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale.

MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Entourez le numéro correspondant à votre réponse

1 Vous habitez :

En zone rurale	1
En zone urbaine	2
En zone semi-rurale	3
En zone péri-urbaine (couronne d'une ville d'au moins 5000 habitants)	4

2 Actuellement, vous êtes :

Célibataire	1	Divorcé(e)	4
Vie maritale	2	Séparé(e)	5
Marié(e)	3	Veuf(ve)	6

3 Combien de fois avez-vous vécu en couple ?

0 fois	1	3 fois	4
1 fois	2	4 fois ou plus	5
2 fois	3		

4 Votre niveau d'études :

Primaire (certificat d'études, CAP, BEP)	1
Secondaire (jusqu'au BAC)	2
Supérieur (après le BAC)	3

5 Vous êtes ou vous étiez :

Agriculteur	1
Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	2
Profession libérale	3
Cadre/profession intellectuelle supérieure, (dont professeurs lycée, collège)	4
Ouvrier/employé	5
Enseignement, métiers sociaux	6
Professions intermédiaires	7
Sans profession, mère au foyer	8

6 Actuellement, êtes-vous : (plusieurs réponses possibles)

Pré-retraité(e)	1
Retraité(e)	2
En activité professionnelle	3
Sans activité professionnelle	4
En arrêt de travail (accident, maladie)	5
En invalidité	6
Demandeur d'emploi	7

7 Quelques questions sur vos enfants et petits-enfants

7.1 Avez-vous eu un ou des enfants ?	OUI	1	/	NON	2
7.1 Si oui, combien ?.....					
7.2 Un ou plusieurs d'entre-eux vivent-ils à proximité ?	OUI	1	/	NON	2
7.3 Avez-vous des petits enfants?	OUI	1	/	NON	2
7.4 Avez-vous perdu un ou plusieurs enfants?	OUI	1	/	NON	2
7.5 Quel âge avait(ent)-il(s) au moment du décès ?.....					

8 Avez-vous toujours votre :

	OUI	NON
8.1 Père ?	1	2
8.2 Mère ?	1	2
8.3 Beau-Père ?	1	2
8.4 Belle-Mère?	1	2
8.5 Etes-vous "aidant" au quotidien d'un de vos proches dépendant	1	2

9 Au cours de ces derniers mois, avez-vous vécu un changement dans votre vie ?

	OUI	1	/	NON	2
Si oui, le(s)quel(s) : (plusieurs réponses possibles)					
Décès d'un proche					1
Déménagement					2
Entrée en institution (vous-même ou un proche)					3
Grave maladie d'un proche					4
Grave maladie pour vous-même					5
Héritage					6
Naissance					7
Mariage d'un membre de la famille					8
Mariage personnel					9
Divorce, séparation					10
Chômage d'un proche					11
Perte d'un animal familier					12
Passage à la retraite					13
Autre (à préciser) :					14

ATTENTION ■

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

MIEUX VOUS CONNAÎTRE (SUITE)

10 Vivez-vous seul ?

OUI 1 / NON 2

Si NON, avec : (plusieurs réponses possibles)

Un(e) conjoint(e)	1
Un(e) concubin(e)	2
Un frère, une sœur	3
Un parent	4
Un enfant	5
Un(e) ami(e)	6
Une garde à domicile	7
Autre (à préciser) :	8

11 Quelle est la personne de votre entourage qui vous apporte le plus de soutien en général ? (une seule réponse possible)

Conjoint, concubin, compagnon	1
Enfant	2
Parent	3
Ami(e)	4
Voisin (e)	5
Aucune personne	6
Autre (à préciser) :	7

VOS MODES DE VIE MIEUX SE CONNAÎTRE

L'alimentation

	OUI	NON
1 Je porte de l'intérêt à la façon de me nourrir	1	2
2 J'ai tendance à sauter un repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner)	1	2
3 Je mange tous les jours des fruits et légumes	1	2
4 Je mange tous les jours des produits laitiers	1	2
5 Je mange tous les jours de la viande ou de la volaille ou du poisson ou des œufs	1	2
6 Je bois en moyenne au moins un litre par jour (eau, jus de fruit, tisane)	1	2

L'activité physique

	OUI	NON
7 Je fais des petits exercices réguliers pour faire travailler mes muscles	1	2
A l'extérieur de mon habitation	OUI	NON
8 Je marche	1	2
9 Je pratique un sport	1	2

La santé physique

	OUI	NON	
10 Je fume (Si réponse NON aller directement à la question 12)	1	2	
	Moins de 10	Entre 10 et 20	Plus de 20
11 Si oui, combien de cigarettes par jour ?	1	2	3

		OUI	NON	Non concerné	
12	J'ai arrêté de fumer	1	2	3	
		Moins d'1 an	de 1 à 4 ans	de 5 à 10 ans	Plus de 10 ans
13	Si oui, depuis combien de temps ?	1	2	3	4
Sommeil				OUI	NON
14	Mon sommeil est généralement satisfaisant (Si réponse OUI aller directement à la question 17)			1	2
15	J'ai du mal à m'endormir			1	2
16	Je me réveille souvent dans la nuit et cela me gêne			1	2
Je prends des médicaments		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
17	Pour dormir	1	2	3	4
18	Pour lutter contre l'anxiété, le stress	1	2	3	4
Lorsque j'ai un problème, j'ai tendance à me reconforter en ayant recours			Plutôt vrai	Plutôt faux	
19	Aux médicaments		1	2	
20	A l'alcool		1	2	
21	Au tabac		1	2	
22	Au grignotage		1	2	
23	À un soutien relationnel		1	2	
Compte tenu de mon âge,		Très Satisfaisant	Plutôt Satisfaisant	Plutôt Insatisfaisant	Très Insatisfaisant
24	Je considère que mon état de santé est	1	2	3	4
				OUI	NON
25	Au cours des 12 derniers mois, j'ai été hospitalisé(e)			1	2
Au cours des 12 derniers mois, j'ai consulté :				OUI	NON
26	un médecin généraliste			1	2
27	un médecin spécialiste			1	2
28	un dentiste			1	2
Au cours des 2 dernières années, j'ai effectué un examen de dépistage :		OUI	NON	Ne sait pas	Non concerné
29	du cancer du colon	1	2	3	4
30	du cancer de la prostate	1	2	3	4
31	du cancer de l'utérus (frottis vaginal)	1	2	3	4
32	du cancer du sein	1	2	3	4
33	du diabète (par prise de sang)	1	2	3	4
34	un contrôle de l'audition	1	2	3	4
35	un contrôle de la vision	1	2	3	4
36	Je suis à jour de mes vaccinations	1	2	3	4

ATTENTION ■

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Déplacement		Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord		
37	J'ai quelques difficultés à marcher	1	2		
		OUI	NON		
38	J'ai souvent peur de tomber, ou je suis tombé(e) au cours des 6 dernier mois	1	2		
Mémoire		Satisfaisante	Assez bonne	Défaillante	Très mauvaise
39	J'estime que ma mémoire est	1	2	3	4
		Plutôt vrai		Plutôt faux	
40	Mon entourage affirme que j'ai une bonne mémoire	1		2	

Pour chacun des 4 thèmes suivants, ne cochez qu'**une seule réponse**, celle qui vous paraît la mieux correspondre, de façon habituelle, à vos capacités :

41 Capacité à utiliser le téléphone*

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

42 Moyen de transport*

- Je peux voyager seul(e) de façon indépendante
- Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus
- Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- Je me déplace en taxi ou en voiture, en étant accompagné(e)
- Je ne me déplace pas du tout

43 Responsabilité pour la prise de médicaments*

- Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires)
- Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- Je suis incapable de les prendre moi-même

44 Capacité à gérer son budget*

- Je suis totalement autonome
- Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme
- Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

		Plutôt vrai	Plutôt faux
45	Je suis entouré(e) par des proches, des amis	1	2

* IADL = Echelle de Lawton et Brody 1969 = Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

	Très Satisfaisantes	Plutôt Satisfaisantes	Plutôt Insatisfaisantes	Très Insatisfaisantes
46 Quel que soit l'éloignement géographique, j'estime que mes relations avec mes proches sont :	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
47 J'ai le sentiment d'être seul(e)	1	2	3	4
	Plutôt vrai		Plutôt faux	
48 Je ne sais pas comment faire pour être utile aux autres	1		2	
49 Je me sens éloigné(e) des centres d'activités, de loisirs, des commerces	1		2	
	Régulièrement	Occasionnellement	Pas du tout	
50 J'effectue des activités bénévoles	1	2	3	
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
51 Je sors avec des proches, des amis	1	2	3	4
52 J'ai un passe temps ou j'exerce une activité qui me fait plaisir	1	2	3	4
53 Je me tiens au courant des événements, de l'actualité	1	2	3	4
54 Je ne me sens pas bien dans la perspective d'une journée sans contact	1	2	3	4
55 Je vais au cinéma, au théâtre, au concert, au thé dansant, au bal	1	2	3	4

VOTRE VIE AFFECTIVE

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	
56 Dans ma vie quotidienne, je redoute les changements	1	2	3	4	
	Indifférent		Serein	Inquiet	
57 Lorsque je pense à mon avancée en âge, cela me laisse :	1		2	3	
	Plutôt vrai		Plutôt faux		
58 Le passage à la retraite représente (ou a représenté) pour moi une période difficile	1		2		
	Plutôt vrai		Plutôt faux		
59 J'aime être moi-même et m'accepte comme je suis	1		2		
60 Globalement, je pense être pour les autres une personne intéressante qu'on a envie de fréquenter ou mieux connaître	1		2		
61 Globalement, par rapport à ce que j'entreprends (vie privée ou vie professionnelle), j'ai peur de m'engager dans des projets	1		2		
	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt insatisfaisante	Très insatisfaisante	Je ne souhaite pas répondre
62 J'estime ma vie affective et/ou ma sexualité	1	2	3	4	5

ATTENTION ■

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

VOTRE PERCEPTION DE LA VIE

Je considère que pour bien vieillir, les trois choses les plus importantes sont :

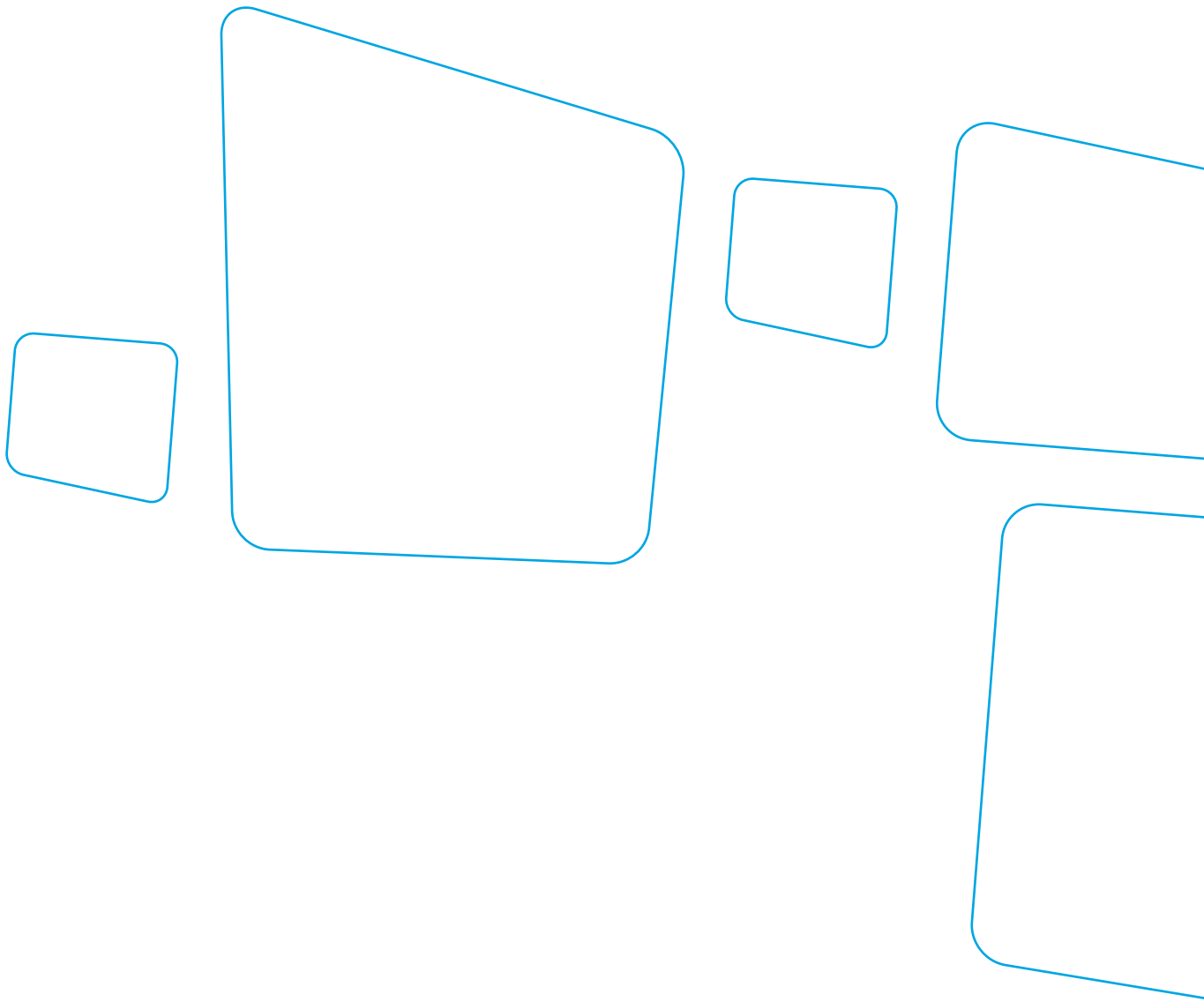
63	Poursuivre une activité professionnelle	1
	S'engager ou se maintenir dans des activités associatives	2
	Vivre intensément le temps présent	3
	Se rapprocher des personnes auxquelles on tient	4
	Rester créatif(ve) et intéressé (e)	5
	Se fixer des principes, des valeurs et/ou une philosophie qui permettent de trouver un sens à sa vie	6

Pour chacune des expressions suivantes que les gens utilisent pour décrire leur vie et la façon dont ils se sentent : à quelle fréquence pensez-vous qu'elles se sont appliquées à vous-même pendant les 4 dernières semaines ?*

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
64	Pensez-vous que votre âge vous empêche de faire ce que vous voudriez ?	1	2	3	4
65	Avez-vous le sentiment de ne pas contrôler ce qui vous arrive ?	1	2	3	4
66	Vous sentez-vous à l'écart des choses ?	1	2	3	4
67	Pensez-vous que vous arrivez à faire les choses que vous voulez faire ?	1	2	3	4
68	Pensez-vous que les responsabilités familiales vous empêchent de faire ce que vous voulez ?	1	2	3	4
69	Pensez-vous que le manque d'argent vous empêche de faire ce que vous voulez ?	1	2	3	4
70	Abordez-vous chaque nouvelle journée avec impatience ?	1	2	3	4
71	Avez-vous le sentiment que votre vie a un sens ?	1	2	3	4
72	Tout bien pesé, repensez-vous à votre vie avec bonheur ?	1	2	3	4
73	Vous sentez-vous plein d'énergie ces jours-ci ?	1	2	3	4
74	Trouvez-vous que la vie offre beaucoup de possibilités ?	1	2	3	4
75	Pensez-vous que l'avenir se présente bien pour vous ?	1	2	3	4

VOS DÉMARCHES / VOS PROJETS

		Beaucoup	Un peu	Presque Jamais	Jamais
76	J'ai réfléchi aux changements que je pourrais avoir à affronter	1	2	3	4
J'ai pris des dispositions dans chacun des domaines suivants :				OUI	NON
77	Logement/Habitat			1	2
78	Santé (Assurance complémentaire...)			1	2
79	Succession/Testament			1	2
80	En cas de problème de dépendance à venir			1	2



ATTENTION ■

Vérifiez que vous avez répondu
à toutes les questions



Réf. APRA 062 - 03/23 - Création et Impression Carsat Rhône-Alpes - Photos : Gettyimages



POUR Bien VieILLiR



Ensemble, les caisses de retraite s'engagent
www.atoutsprevention-ra.fr

