

Retraités | JUIN 2011 |

Auto-évaluation en prévention pour bien vieillir

pour faire le lien entre Retraite et Prévention

ATOO
La dynamique senior



Préserver sa santé, entretenir sa mémoire, chercher de nouveaux centres d'intérêts, prévenir la fatigue et la sédentarité, garder des liens avec l'entourage, prévenir le repli social, tels sont les souhaits de tous **pour les seniors qui arrivent à la retraite, et ceux qui y sont déjà**. Dans cette optique, la Carsat Rhône-Alpes vous offre la possibilité de réaliser un bilan gratuit personnalisé dans son **espace de prévention ATOO "La Dynamique Senior"**.

Pour ce faire, le présent questionnaire, complété par vos soins et à renvoyer à l'espace ATOO de votre département (cf.adresse en dernière page du document), a pour objectif de mieux vous connaître et d'apprécier votre mode de vie et votre forme pour bien vieillir.

Les questions concernent différents facteurs de vie tels que l'alimentation, les activités physiques, la santé, la mémoire, les activités quotidiennes, les relations sociales, la qualité de vie, les projets.

Pour chaque question, il convient d'entourer la réponse la plus proche de votre situation.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse, que des questions peuvent vous paraître peu adaptées à votre situation ou votre âge actuels, mais qu'il est important, pour une bonne prise en compte de vos besoins, que vous répondiez, sauf impossibilité, **à l'intégralité des questions posées**.

Ce questionnaire ne peut être rempli que par une seule personne. L'information que vous nous communiquez reste confidentielle.

Les réponses sont analysées par une équipe de professionnels : psychologue, conseillère en prévention santé, assistante sociale en prévention du vieillissement.

Celle-ci vous proposera un entretien individuel pour réaliser un bilan global et définir si besoin, et avec votre accord, un programme personnalisé de prévention, constitué de conseils individuels et/ou d'ateliers collectifs. Un accompagnement sera assuré tout au long dudit programme.

Le responsable du traitement de ce questionnaire est Monsieur KINER, Directeur Général de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Rhône-Alpes.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à réaliser une évaluation individuelle et collective des conduites et des besoins en matière de prévention du vieillissement.

Elles seront également exploitées de façon anonymisée, dans le cadre d'une étude de mesure d'impact du programme ATOO à 2 ans et à 5 ans.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez vous opposer au traitement et à l'exploitation de vos données personnelles.

Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à la :

Carsat Rhône-Alpes
Sous-Direction de l'Action Sociale
35, rue Maurice Flandin
69436 Lyon Cedex 03.

* Entourez le numéro correspondant à votre réponse

QUELQUES RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

RÉSERVÉ AU SERVICE

Numéro d'identifiant

Date de l'évaluation

NOM Prénom

Adresse

Code postal

Téléphone Mail

Date de naissance Sexe NIR (N° de sécurité sociale)

1 S'agit-il d'une

1^{ère} évaluation * 1

2^{ème} évaluation 2

3^{ème} évaluation 3

2 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

3 Actuellement, vous êtes :

Célibataire 1 Séparé(e) 5

Vie maritale 2 Veuf(ve) 6

Marié(e) 3 Remarié(e) 7

Divorcé(e) 4

4 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

5 Votre niveau d'études :

Primaire (certificat d'études, CAP, BEP) 1

Secondaire (jusqu'au BAC) 2

Supérieur (après le BAC) 3

6 Vous êtes ou vous étiez :

Agriculteur 1

Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise 2

Profession libérale 3

Cadre 4

Ouvrier, employé 5

Enseignement, métiers sociaux 6

Technicien, agent de maîtrise, 7

Autres professions intermédiaires

Sans profession, mère au foyer 8

7 Exercez-vous une activité professionnelle ?

OUI 1 / NON 2

8 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

9 Vous avez pris ou pensez prendre votre retraite en quelle année ?

10 Quelques questions sur vos enfants et petits-enfants

10.1 Avez-vous eu un ou des enfants ?

OUI 1 / NON 2

10.2 Si oui, combien ?

10.3 Combien de garçons ?

10.4 Combien de filles ?

10.5 Un ou plusieurs d'entre-eux vivent-ils à proximité ? OUI 1 / NON 2

10.6 Si oui, combien ?

10.7 Avez-vous des petits enfants? OUI 1 / NON 2

10.8 Si oui, combien ?

10.9 Avez-vous perdu un ou plusieurs enfants? OUI 1 / NON 2

10.10 Si oui, combien ?

10.11 Quel âge avait(ent)-il(s) au moment du décès?.....

10.12 Avez-vous perdu un ou plusieurs petits enfants? OUI 1 / NON 2

10.13 Quel âge avait(ent)-il(s) au moment du décès ?.....

* Entourez le numéro correspondant à votre réponse

11 Votre conjoint ou votre conjointe a-t-il(elle) des enfants d'une précédente union ?

OUI 1 NON 2 Non concerné 3

11.1 Si oui, combien?.....

12 Avez-vous toujours votre : OUI NON

12.1 Père ? 1 2

12.2 Mère ? 1 2

12.3 Beau-Père ? 1 2

12.4 Belle-Mère? 1 2

12.5 Si au moins un OUI :

Etes-vous "aidant" (au quotidien) d'une de ces personnes ?

13 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

Autre (à préciser) : 13

14 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

15 Qui appelleriez-vous si vous aviez besoin d'aide ?

15.1 Pour un problème financier :

Conjoint 1

Enfant 2

Ami 3

Parent 4

Association ou autre 5

15.2 Pour un problème psychologique :

Conjoint 1

Enfant 2

Ami 3

Parent 4

Association ou autre 5

15.3 Pour un problème administratif :

Conjoint 1

Enfant 2

Ami 3

Parent 4

Association ou autre 5

15.4 Pour un problème de vie quotidienne (travaux ménagers, bricolage, jardinage, repassage...) :

Conjoint 1

Enfant 2

Ami 3

Parent 4

Association ou autre 5

16 Quelle est la personne de votre entourage qui vous apporte le plus de soutien en général ?

Conjoint, concubin, compagnon 1

Enfant 2

Ami 3

Voisin 4

Aucune personne 5

Autre (à préciser) : 6

17 Avez-vous connaissance de personnes isolées dans votre entourage ?

OUI 1 / NON 2

18 Etes-vous bénéficiaire de la CMUC ? (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

OUI 1 / NON 2

18.1 Êtes-vous bénéficiaire de l'ACS ? (Aide à la Complémentaire Santé)

OUI 1 / NON 2

LES MODES DE VIE

LES MODES DE VIE EN LIEN AVEC L'ALIMENTATION

	OUI	NON
1 Je porte de l'intérêt à la façon de me nourrir	1	2
2 J'ai maigri d'au moins 2 kg en 6 mois	1	2
3 J'ai beaucoup grossi (4 kg ou plus) en 6 mois	1	2
4 J'ai subi une intervention chirurgicale, j'ai eu une affection médicale aiguë ou un stress important récemment	1	2
5 Je consomme moins de trois repas par jour	1	2
6 Je mange tous les jours des fruits et légumes	1	2
7 Je mange tous les jours des produits laitiers	1	2
8 Je mange de la viande ou de la volaille ou du poisson ou des œufs	1	2
9 Je bois en moyenne au moins un litre par jour (eau, jus de fruit, tisane)	1	2

LES MODES DE VIE EN LIEN AVEC L'ACTIVITE PHYSIQUE, QU'ELLE SOIT DE LOISIR OU SPORTIVE

	OUI	NON	
10 J'ai plus de difficulté qu'avant pour me lever d'une chaise ou d'un fauteuil	1	2	
11 J'ai souvent peur de tomber, ou je suis tombé(e) au cours des 6 derniers mois	1	2	
12 Je fais des petits exercices réguliers pour faire travailler mes muscles	1	2	
	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
13 Je fais des exercices physiques à la maison	1	2	3
A l'extérieur de mon habitation			
	OUI	NON	
14 Je marche	1	2	
15 Je pratique un sport	1	2	

LES MODES DE VIE EN LIEN AVEC LA SANTE PHYSIQUE

	OUI	NON		
16 Je fume	1	2		
	Moins de 10	Entre 10 et 20	Plus de 20	
17 Si oui, combien ?	1	2	3	
	OUI	NON	Non concerné	
18 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
19 Si oui, depuis combien de temps ?	1	2	3	4
Sommeil				
	OUI	NON		
20 Mon sommeil est généralement satisfaisant	1	2		
21 J'ai du mal à m'endormir	1	2		
22 Je me réveille souvent dans la nuit et cela me gêne	1	2		
Je prends des médicaments				
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
23 Pour dormir	1	2	3	4
24 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		
25	Aux médicaments	1	2		
26	A l'alcool	1	2		
27	Au tabac	1	2		
28	Au grignotage	1	2		
29	À un soutien relationnel	1	2		
30	Autres (à préciser) :	1	2		
Dans vos antécédents familiaux (père, mère ou frère, sœur), pensez vous qu'il y ait eu les maladies suivantes :			OUI	NON	
31	Une hypertension artérielle	1	2		
32	Un infarctus du myocarde	1	2		
33	Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec paralysie	1	2		
34	Un taux de cholestérol trop élevé	1	2		
35	Un diabète	1	2		
36	Un cancer de l'intestin ou du rectum	1	2		
37	Un cancer du sein	1	2		
38	Un cancer du col de l'utérus	1	2		
39	Un cancer de la prostate	1	2		
40	Une affection thyroïdienne	1	2		
41	Une maladie allergique	1	2		
42	Un glaucome	1	2		
43	Autres (à préciser) :	1	2		
Vous même, avez vous eu ou êtes vous traité(e) ou suivi(e) pour ces maladies :			OUI	NON	
44	Une hypertension artérielle	1	2		
45	Un infarctus du myocarde	1	2		
46	Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec paralysie	1	2		
47	Un taux de cholestérol trop élevé	1	2		
48	Un diabète	1	2		
49	Un cancer de l'intestin ou du rectum	1	2		
50	Un cancer du sein	1	2		
51	Un cancer du col de l'utérus	1	2		
52	Un cancer de la prostate	1	2		
53	Une affection thyroïdienne	1	2		
54	Une maladie allergique	1	2		
55	Un glaucome	1	2		
56	Une dépression	1	2		
57	Autres (à préciser) :	1	2		
Compte tenu de votre âge,		Très Satisfaisant	Plutôt Satisfaisant	Plutôt Insatisfaisant	Très Insatisfaisant
58	Considérez vous votre état de santé?	1	2	3	4
			OUI	NON	
59	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) suite à une chute ?		1	2	
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté :			OUI	NON	
60	un médecin généraliste ?		1	2	
61	un médecin spécialiste ?		1	2	
62	un dentiste ?		1	2	

Au cours des 2 dernières années, avez-vous effectué un examen de dépistage :		OUI	NON	Ne sait pas
63	du cancer du colon	1	2	3
64	du cancer de la prostate (hommes)	1	2	3
65	du cancer de l'utérus (femmes)	1	2	3
66	du cancer du sein (femmes)	1	2	3
67	du diabète	1	2	3
68	un contrôle de l'audition	1	2	3
69	un contrôle de la vision	1	2	3
70	Etes-vous à jour de vos vaccinations ?	1	2	3

LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Déplacement		Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
71	J'ai quelques difficultés à marcher	1	2

Mémoire		Satisfaisante	Assez bonne	Défaillante	Très mauvaise
72	J'estime que ma mémoire est	1	2	3	4
		Plutôt vrai		Plutôt faux	
73	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 le mieux correspondre, de façon habituelle, à vos capacités :

74 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

75 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)
- Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- Je ne me déplace pas du tout

76 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

77 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

* IADL : échelle de Lawton et Brody 1969 : activités instrumentales de la vie quotidienne

LE RÉSEAU SOCIAL

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
78	Je ressens le besoin d'être entouré(e) pour me sentir bien	1	2	3	4
				OUI	NON
79	Il m'arrive de passer une journée sans avoir de contact physique ou téléphonique			1	2
				Plutôt vrai	Plutôt faux
80	Je suis entouré(e) par des proches, des amis			1	2
		Très Satisfaisantes	Plutôt Satisfaisantes	Plutôt Insatisfaisantes	Très Insatisfaisantes
81	Quel que soit l'éloignement géographique, j'estime que mes relations avec mes proches sont :	1	2	3	4
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
82	J'ai des contacts par téléphone ou par écrit avec mes proches, quel que soit l'éloignement géographique	1	2	3	4
				Plutôt vrai	Plutôt faux
83	Lors de difficultés, mes ami(e)s, ma famille peuvent compter sur moi			1	2
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
84	J'ai le sentiment d'être seul(e)	1	2	3	4
				Plutôt vrai	Plutôt faux
85	Je ne sais pas comment faire pour être utile aux autres			1	2
86	Je me sens éloigné(e) des centres d'activités, de loisirs, des commerces			1	2
87	J'ai envie de m'investir pour établir ou maintenir des relations avec mes proches			1	2
		Régulièrement	Occasionnellement	Pas du tout	
88	J'effectue des activités bénévoles, qu'elles soient ou non au sein d'une association	1	2	3	
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
89	Je sors avec des proches, des amis	1	2	3	4
90	J'ai un passe temps favori ou j'exerce une activité de loisirs qui me fait plaisir	1	2	3	4
91	Je me tiens au courant des évènements, de l'actualité	1	2	3	4
92	Je ne me sens pas bien dans la perspective d'une journée sans contact	1	2	3	4
93	Mes amis ou mon entourage me sollicitent pour des conseils	1	2	3	4
94	Je vais au cinéma, au théâtre, au concert, au thé dansant, au bal	1	2	3	4

LES MODES DE VIE EN LIEN AVEC LA SANTÉ ÉMOTIONNELLE

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
95	Dans ma vie quotidienne, je redoute les changements	1	2	3	4
96	Je perds facilement mes moyens en face de situations inédites	1	2	3	4
97	J'ai tendance à idéaliser le passé	1	2	3	4
		Indifférent	Serein	Inquiet	
98	Lorsque vous pensez à votre avancée en âge, cela vous laisse :	1	2	3	
		Plutôt vrai	Plutôt faux		
99	J'aime plaisanter	1	2		
100	Le passage à la retraite représente (ou a représenté) pour moi une période difficile	1	2		
101	J'estime avoir la force de faire face aux épreuves de la vie	1	2		
102	J'estime que j'ai souvent le «cafard»	1	2		
Concernant mon environnement, j'ai le sentiment que :		Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Non Concerné
103	Mes proches comprennent mon mode de vie	1	2	3	4
104	Mon conjoint(e), concubin(e), compagnon comprend mon mode de vie	1	2	3	4
105	Je comprends le mode de vie de mon conjoint(e)	1	2	3	4
106	Je comprends le mode de vie de mes enfants	1	2	3	4
		Plutôt vrai	Plutôt faux		
107	J'aime être moi-même et m'accepte comme je suis	1	2		
108	Globalement, je pense être pour les autres une personne intéressante qu'on a envie de fréquenter ou mieux connaître	1	2		
109	Globalement, par rapport à ce que j'entreprends (vie privée ou vie professionnelle), j'ai peur de m'engager dans des projets	1	2		

LES VALEURS / LA QUÊTE DE SENS

		Plutôt vrai	Plutôt faux
110	Je suis optimiste pour le futur	1	2
111	Je me bats pour continuer ma route	1	2
112	Les bonnes choses m'arrivent rarement	1	2
113	J'ai des valeurs qui me permettent de me ressourcer	1	2
114	Je donne un sens à ma vie	1	2
115	Je souhaite transmettre mes valeurs	1	2
Je considère que pour bien vieillir, les trois choses les plus importantes sont :			
116	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
117	Sur une échelle de note allant de 0 à 10, où 0 signifie que vous êtes complètement insatisfait(e) et 10 que vous êtes complètement satisfait(e), à quel point êtes vous satisfait(e) de votre existence ? /0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/		

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
118	Pensez-vous que votre âge vous empêche de faire ce que vous voudriez ?	1	2	3	4
119	Avez-vous le sentiment de ne pas contrôler ce qui vous arrive ?	1	2	3	4
120	Vous sentez-vous à l'écart des choses ?	1	2	3	4
121	Pensez-vous que vous arrivez à faire les choses que vous voulez faire ?	1	2	3	4
122	Pensez-vous que les responsabilités familiales vous empêchent de faire ce que vous voulez ?	1	2	3	4
123	Pensez-vous que le manque d'argent vous empêche de faire ce que vous voulez ?	1	2	3	4
124	Abordez-vous chaque nouvelle journée avec impatience ?	1	2	3	4
125	Avez-vous le sentiment que votre vie a un sens ?	1	2	3	4
126	Tout bien pesé, repensez-vous à votre vie avec bonheur ?	1	2	3	4
127	Vous sentez-vous plein d'énergie ces jours-ci ?	1	2	3	4
128	Trouvez-vous que la vie offre beaucoup de possibilités ?	1	2	3	4
129	Pensez-vous que l'avenir se présente bien pour vous ?	1	2	3	4

LA PLANIFICATION DE L'AVENIR

		Beaucoup	Un peu	Presque Jamais	Jamais
130	J'ai réfléchi aux changements que je pourrais avoir à affronter	1	2	3	4

Avez-vous pris des dispositions ou pensez-vous en prendre prochainement dans chacun des domaines suivants :		OUI	NON
131	Logement/Habitat	1	2
132	Relations/Entourage	1	2
133	Santé (Assurance complémentaire...)	1	2
134	Loisirs	1	2
135	Succession/Testament	1	2
136	En cas de problème de dépendance à venir ? Si oui, lesquelles ?.....	1	2

		OUI	NON	Non concerné
137	Apportez-vous un soutien financier à vos enfants ?	1	2	3
138	Apportez-vous un soutien financier à vos parents ?	1	2	3

		Plutôt vrai	Plutôt faux
139	J'estime qu'il est préférable de vivre au jour le jour sans se poser de question	1	2

		Très confortable	Confortable	Inconfortable	Très inconfortable
140	Vous qualifiez votre niveau de vie de :	1	2	3	4

* CASP12 - Version courte de l'échelle CASP19 (Control, Autonomy, Self realisation, Pleasure) Hyde et Al 2003 : échelle de mesure de la qualité de la vie.

ATOO - La dynamique senior



Carsat Rhône-Alpes

Direction de l'Assurance Retraite

Sous-Direction de l'Action Sociale - ATOO - la dynamique senior

www.carsat-ra.fr

2 sites à votre service

Espace ATOO AIN

72/74 boulevard de Brou

01000 Bourg-en-Bresse

Tél. 04 74 50 98 99

Du Lundi au Vendredi

9 h - 12 h / 13 h 30 - 16 h 30

Espace ATOO RHÔNE

Agence Retraite

Immeuble « La Perralière »

150 rue du 4 Août

69626 Villeurbanne Cedex

Tél. 04 37 43 39 26

Du Lundi au Vendredi

9 h - 12 h / 13 h 30 - 16 h 30