

2012



ENQUÊTE À DOMICILE AUPRÈS DES 65 ANS ET PLUS EN PROVINCE SUD



Instance de
Coordination
Gériatrique
de la province Sud

BULLETIN INDIVIDUEL

N° Commune

N° Menage

N° de l'Occupant

Caractéristiques de la personne

1 - Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		11 - Bénéficiez-vous d'une retraite Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2 - Année de naissance <input type="text"/>		Si oui, laquelle Cafat <input type="checkbox"/> Métropolitaine <input type="checkbox"/>	
3 - État matrimonial Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf, veuve <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>		CRE ou autre <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> CLR <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Veuve de guerre <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Si vous êtes veuf(ve), depuis quelle année ? <input type="text"/>		Préciser	
4 - Lieu de naissance Nouvelle-Calédonie <input type="checkbox"/> En métropole ou DOM-TOM <input type="checkbox"/> A l'étranger <input type="checkbox"/>		12 - Ressources mensuelles totales du couple <input type="checkbox"/> de l'individu <input type="checkbox"/>	
Préciser		Origine Tranche (en ECFP par mois) Retraite, yc. compl. <input type="checkbox"/> 0 à 25 999 <input type="checkbox"/> Compl./retraite/solida. <input type="checkbox"/> 26 000 à 49 999 <input type="checkbox"/> Salaire, revenus d'activité <input type="checkbox"/> 50 000 à 99 999 <input type="checkbox"/> Aides sociales <input type="checkbox"/> 100 000 à 149 999 <input type="checkbox"/> Minimum vieillesse <input type="checkbox"/> 150 000 à 199 999 <input type="checkbox"/> Revenus agricoles <input type="checkbox"/> 200 000 à 299 999 <input type="checkbox"/> Revenus locatifs <input type="checkbox"/> 300 000 à 479 999 <input type="checkbox"/> Autres revenus <input type="checkbox"/> 480 000 et plus <input type="checkbox"/>	
5 - Nationalité Française <input type="checkbox"/> Etrangère <input type="checkbox"/>		13 - Payez-vous des impôts sur le revenu ? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Préciser		14 - Bénéficiez-vous d'aides financières ?	
6 - Avez-vous eu des enfants (yc. adoptés) ? Nbre d'enfants, si vous en avez eu <input type="text"/> Nbre d'enfants vivants <input type="text"/> Nbre d'enfants résidant dans la même commune <input type="text"/>		Non Permanent Occasionnel Aide au logement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cafat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Province <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Commune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Activité, profession et ressources			
7 - Exercez-vous toujours une activité ? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Préciser	
8 - Quelle est ou a été votre profession principale ? <input type="text"/>		15 - Couverture sociale	
9 - Depuis quelle année avez-vous cessé votre activité ? <input type="text"/>		Régime de base Cafat (RUAMM) <input type="checkbox"/> AM autre carte <input type="checkbox"/> AM carte A <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> AM carte C <input type="checkbox"/>	
10 - Motif principal de votre départ à la retraite Normalement <input type="checkbox"/> Maladie invalidité <input type="checkbox"/> Retraite anticipée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Régime complémentaire Mutuelle <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> AM carte B <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Préciser		Préciser	
		Êtes-vous l'assuré <input type="checkbox"/> Sans couverture sociale <input type="checkbox"/> Êtes-vous l'ayant-droit de l'assuré <input type="checkbox"/>	

16 - Habituellement, qui vous soigne ?

Médecin/dispensaire Soigneur, guérisseur
 Médecin/cabinet méd. Personne

17 - Quand avez-vous vu un médecin généraliste pour la dernière fois ?

Moins de 15 jours Moins de 6 mois
 Moins d'un mois Moins d'un an
 Moins de 3 mois Plus d'un an

18 - Le voyez-vous régulièrement ?

Une fois par semaine Une fois par semestre
 Une fois par mois Une fois par an
 Une fois par trimestre Plus d'un an

19 - Consultez-vous régulièrement un spécialiste ?

Ophthalmologiste <input type="checkbox"/>	Gastro-entérologue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dentiste <input type="checkbox"/>	Urologue <input type="checkbox"/>		
Cardiologue <input type="checkbox"/>	Stomatologue <input type="checkbox"/>		
Neurologue <input type="checkbox"/>	Gériatre <input type="checkbox"/>		
Pneumologue <input type="checkbox"/>	Psychiatre <input type="checkbox"/>		
ORL <input type="checkbox"/>	Psychologue <input type="checkbox"/>		
Gynécologue <input type="checkbox"/>	Kiné., Osteopathe <input type="checkbox"/>		
	Chiropracteur <input type="checkbox"/>		
	Podologue <input type="checkbox"/>		
	Autre <input type="checkbox"/>		

Préciser

20 - Avez-vous fait un bilan gériatrique auprès d'un médecin spécialisé en gériatrie ?

Oui Non

21 - Souffrez-vous d'une maladie ou d'un handicap chronique ?

Oui Non

Si oui, précisez ce dont vous souffrez :

22 - Avez-vous une carte de handicap ?

Oui Non

Si oui, depuis quand Taux de handicap

23 - Avez-vous demandé une aide à la CRHD ou CPP Sud ?

Oui Non

24 - De quelle(s) déficience(s) souffrez-vous ?

Tble intellect. psy <input type="checkbox"/>	Visuelles <input type="checkbox"/>
Tble du sommeil <input type="checkbox"/>	Mastication <input type="checkbox"/>
Tble de la parole <input type="checkbox"/>	Déglutition <input type="checkbox"/>
Auditives <input type="checkbox"/>	Fonct. cardio respiratoire <input type="checkbox"/>
Appareil locomoteur :	Orifice artificiel <input type="checkbox"/>
Mbres supérieurs <input type="checkbox"/>	Élimin. urinaire <input type="checkbox"/>
Mbres inférieurs <input type="checkbox"/>	Élimin. fécale <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>

Préciser

25 - Avez-vous un traitement permanent ?

Oui Non

26 - Suivez-vous un régime sur prescription médicale ?

Oui Non

Sans sel Sans graisse
 Sans sucre Autre

27 - Utilisez-vous une aide ?

	Nbre/fois semaine	Nbre/heures semaine	Nbre/heures week-end	Satisfait ?	
				Oui	Non
Femme/ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livraison/repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure/manucure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coiffeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser

28 - Utilisez-vous en permanence des aides matérielles et techniques ?

Lunettes Fauteuil roulant
 Prothèse dentaire Orthèse
 Prothèse auditive Rehausse WC
 Canne Lit adapté
 Déambulateur Autre

Préciser

29 - En quelle année et pourquoi avez-vous été hospitalisé(e) pour la dernière fois ?

Motif

Durée : - de 7 jours
 8 à 14 jours
 15 à 30 jours
 + de 30 jours

Lieu d'hospitalisation : CHT
 CHS
 Clinique en NC
 Dispensaire
 Évasan hors NC
 Autre

Préciser

Nombre d'hospitalisations depuis deux ans

30 - Considérez-vous actuellement votre santé comme

Très bonne Plutôt mauvaise
 Bonne Très mauvaise
 Moyenne

31 - Si demain, avec la maladie, le handicap, l'isolement, souhaiteriez-vous ?

Rester chez vous
 Aller en accueil de jour
 Aller en famille
 Aller en MDR à temps plein
 Aller en MDR en hébergement temporaire
 Consulter un psychothérapeute ou autre

32 - Dépendance domestique et sociale

	Gestion budget/biens	Cuisine prépa./ repas	Ménage quotidien	Gros travaux ménagers	Achats/courses	Transports collectifs/ individuels	Activité/temps libre/vie sociale
En totalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En partie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si dépendance, précisez							
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desir personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aidant principal							
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petit enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre mbre/famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne rémunérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association, yc. tutel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un voisin/ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33 - Dépendance de la personne

	Toilette	Habil-lage	Alimen-tation	Elimi-nation	Trans-fert	Deplac. intérieurs	Deplac. extérieurs	Suivi traitement	Alerter	Coherence communic.	Orientation temporelle	Orientation spatiale
En totalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En partie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si dépendance, précisez												
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desir personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aidant principal												
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petit enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre mbre/famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne rémunérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association, yc. tutel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un voisin/ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34 - Les personnes qui vous aident vous semblent-elles fatiguées ou débordées ?

Oui Non

35 - Ont-elles abordé avec vous une orientation vers un établissement d'accueil ?

Oui Non

36 - Vous arrive-t-il de vous ennuyer ?

Jamais Souvent
Parfois Tout le temps

37 - Vous arrive-t-il de vous sentir seul(e) ?

Jamais Souvent
Parfois Tout le temps

38 - Êtes-vous sorti(e) de chez vous depuis une semaine ?

Oui, seul(e) Non
Oui mais avec quelqu'un pour m'aider

39 - Quelles sont vos activités du temps libre ?

Télévision Radio
Physiques/intellectuelles Lecture
Préciser _____
Sportives Culturelles
Loisirs avec au moins 2 personnes
Préciser _____
Participer à des réunions d'information/associations
Ordinateur Promenades
Si non, souhaiteriez-vous apprendre à utiliser _____
Internet ?
Si oui, pour vous distraire vous informer
Communiquer (appel téléphonique, courriel ...)
Autre préciser _____

40 - Avez-vous fréquemment des visites ?

Enfants	<input type="checkbox"/>	Amis	<input type="checkbox"/>
Petits-enfants	<input type="checkbox"/>	Voisins	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	Association	<input type="checkbox"/>

41 - Rendez-vous visite fréquemment à ?

Vos enfants	<input type="checkbox"/>	Vos amis	<input type="checkbox"/>
Vos petits-enfants	<input type="checkbox"/>	Vos voisins	<input type="checkbox"/>
La famille	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

42 - Avez-vous souvent des conversations téléphoniques, ou internet ?

Enfants	<input type="checkbox"/>	Amis	<input type="checkbox"/>
Petits-enfants	<input type="checkbox"/>	Voisins	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

43 - Faites-vous partie d'un groupement ou d'une association ?

Oui Non

Si oui, laquelle et dans quelle commune ou tribu ?

44 - Savez-vous s'il existe un club 3^e âge dans votre commune ou dans une commune proche ?

Oui Non

Si oui, en faites-vous partie ?

Préciser

Si non, souhaiteriez-vous en voir la création ?

Préciser

45 - Avez-vous un animal de compagnie ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

Chien	<input type="checkbox"/>	Oiseau	<input type="checkbox"/>
Chat	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Si non, souhaiteriez-vous en avoir un ?

46 - En 2011, êtes-vous parti(e) en vacances ?

Oui Non

Si oui, où

Nouvelle-Calédonie	<input type="checkbox"/>	Etranger	<input type="checkbox"/>
France	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Avec qui

Seul	<input type="checkbox"/>	Famille	<input type="checkbox"/>
Groupe	<input type="checkbox"/>	Amis	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Nombre total de jours :

47 - Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de vos conditions de vie ?

Oui Oui, mais j'ai des difficultés Non

Si non, pourquoi ?

48 - Avez-vous des vœux ou des propositions à formuler pour améliorer vos conditions de vie quotidienne ou votre santé ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Visites à domicile de parents ou d'amis

Transports de proximité (bus, navettes ou autres)

Repas à domicile

Réunions avec des personnes dans une association/club

Participer à des réunions d'information

Participer à des activités intergénérationnelles

Activités physiques (yoga, natation, marche, gymnastique ...)

Voyages

Artisanat

Teleassistance

Pédicure à domicile

Coiffure à domicile

Soins à domicile (toilette, habillement, soins paramédicaux)

Autre

Préciser

49 - Connaissez-vous les services sociaux/médico-sociaux suivants à votre disposition ?

CCAS

Pôle Gériatrie

Service social de la DPASS

Associations

Services d'amélioration de l'habitat (OPAL ...)

50 - Avez-vous besoin d'informations et de conseils pour aller mieux ?

Oui Non

Si oui, concernant

La santé

Les démarches administratives

Les problèmes de la vie quotidienne

Autre

Préciser

51 - Êtes-vous confiant(e) quant à la poursuite de votre vie dans votre domicile actuel ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

Préciser

52 - Avez-vous des souhaits à propos d'équipements collectifs, communaux ou autres ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Préciser