

Enquête VIE QUOTIDIENNE ET SANTÉ

N°ENQ :	Questionnaire destiné à l'Institut national de la statistique et des études économiques	N°VQS :	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
----------------	--	----------------	---------------------------------

Jour :..... Heure de début de l'entretien VQS :.....h Heure de fin de l'entretien VQS :h

Nom de l'établissement :..... **S'agit-il d'un individu témoin ?** Oui 1 Non 2

**Cochez la case
correspondant à la
situation de la personne**

1. Sexe	Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2
2. Année de naissance en →	1 9 _ _
3. Avez-vous des difficultés pour lire les caractères ordinaires d'un article de journal (avec des lunettes ou des verres de contact, si vous en portez habituellement) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
4. Avez-vous des difficultés pour reconnaître le visage de quelqu'un dans la cour de promenade (avec des lunettes ou des verres de contact, si vous en portez habituellement) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
5. Avez-vous des difficultés pour remplir seul (e) un formulaire simple (<i>bon de cantine...</i>) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
6. Au cours d'une conversation avec des personnes parlant votre langue, avez-vous des difficultés pour parler et vous faire comprendre ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
7. Avez-vous des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2

Vu l'avis favorable du Conseil National de L'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire**.
 Label n° 2001 X 701 EC du Conseil National de L'Information Statistique, valable pour l'année 2001. Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de la Direction Régionale de l'INSEE.

8. Lorsque vous êtes debout, avez-vous des difficultés pour vous pencher et ramasser un objet sur le sol ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
9. Avez-vous des difficultés pour mettre ou enlever vos vêtements ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
10. En raison de problèmes de santé, auriez-vous besoin de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
11. En raison de problèmes de santé, auriez-vous besoin d'aménagements particuliers dans votre cellule ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
12. En raison de problèmes de santé, utilisez-vous <i>de façon régulière</i> ou auriez-vous besoin d'une prothèse, d'un appareillage ou d'un dispositif technique (cane, béquilles, membre artificiel, fauteuil roulant, prothèse auditive...) ? (Attention : ne pas tenir compte des lunettes, dentiers et autres prothèses dentaires)	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
13. En raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que vous pouvez faire? <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-top: 5px;">Si non : passez directement à la question 16.</div>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
14. Cette difficulté dure-t-elle depuis au moins six mois (ou pensez-vous qu'elle peut durer au moins six mois) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
15. Cette difficulté est-elle due à l'une des raisons de santé suivante ? (cochez la ou les bonnes réponses) : 1. Etat nerveux (anxiété, troubles du comportement) 2. Etat dépressif 3. Vieillesse 4. Douleurs importantes 5. Maladies chroniques..... 6. Troubles de la vision ou de l'audition 7. Malformation de naissance..... 8. Maladie génétique..... 9. Séquelles de maladie 10. Accident de la circulation routière 11. Autre accident 12. Autre raison de santé (préciser)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12

16. Considérez-vous que vous avez un handicap ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
17. Avez-vous fait ou a-t-on fait pour vous une demande de reconnaissance d'un handicap ou d'une invalidité (carte d'invalidité, pension, allocation, rente, capital) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 Ne sait pas <input type="checkbox"/> 3
18. Si oui, cette demande a-t-elle été acceptée ou refusée ?	Acceptée <input type="checkbox"/> 1 Refusée <input type="checkbox"/> 2 Pas encore de réponse/ ne sait pas <input type="checkbox"/> 3

Si la personne a répondu positivement à au moins une des questions précédentes ou si elle fait partie des témoins :

IAPTE. La personne est-elle apte à répondre au questionnaire ?

1. Oui 1 **®ACCEPI**
 2. Non 2

Si non, Pour quelle(s) raison(s) ?

1. Problème de santé, infirmité ou handicap..... 1 : Préciser en clair :.....
 2. Illettrisme 2
 3. Problème de langue..... 3
 4. Autre 4 : Préciser en clair :.....

ACCEPI. Acceptez-vous de répondre à un questionnaire plus détaillé portant sur votre état de santé et ses conséquences sur votre vie quotidienne ?

1. Oui 1
 2. Non 2

ILANG. La personne parle-t-elle le français...

- 1. sans objet : personne muette 1
- 2. sans difficulté 2
- 3. avec quelques difficultés 3
- 4. avec beaucoup de difficultés 4
- 5. pas du tout 5
- 6. Autre 6

AUTRES OBSERVATIONS :

