

AUDIT3

Au cours des douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire six verres d'alcool ou davantage au cours d'une même occasion ?

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

TAB1

Fumez-vous actuellement ?

- Oui, tous les jours ⇨ **PASSER À LA QUESTION TAB2**
- Oui, occasionnellement ⇨ **PASSER À LA QUESTION TAB3**
- Non, jamais ⇨ **PASSER À LA QUESTION TAB3**

TAB2

Quel type de tabac fumez-vous tous les jours (plusieurs réponses possibles) ?

| | Si OUI, cochez la case oui | Si réponse OUI, combien, par jour, en moyenne ? |
|--------------------------------------|---|--|
| Des cigarettes manufacturées ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | __ |
| Des cigarettes roulées ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | __ |
| Le cigare ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | __ |
| La pipe ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | __ |
| Un autre type de tabac ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | __ |

TAB3

Avez-vous déjà fumé (cigarettes, cigares, pipes) quotidiennement, ou presque tous les jours, pendant au moins un an ?

- Oui
- Non
- Refuse de répondre

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À AU MOINS UNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES, RENSEIGNEZ LA QUESTION SUIVANTE.

TAB4

Pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement ? Additionner toutes les périodes pendant lesquelles vous avez fumé quotidiennement. Si vous ne vous en souvenez pas précisément, donnez une estimation.
|__| ans.

Tabagisme passif

À quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à la fumée du tabac...

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Jamais ou presque jamais | Moins d'une heure par jour | Entre 1 et 5 heures par jour | Plus de 5 heures par jour | Non applicable, ne travaille pas dans un lieu fermé |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|

TAB5

...à l'intérieur de chez vous ?

..... 1. 2. 3. 4.

TAB6

...dans des lieux publics ou dans les transports ?
(bars, restaurants, magasins, stades, trains, metro, bus)

..... 1. 2. 3. 4.

TAB7

...sur votre lieu de travail ?

..... 1. 2. 3. 4. 5.

Survenue d'événements violents

EVV1

Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu recours à un professionnel de santé (tel qu'un médecin, un pharmacien, une infirmière, un kinésithérapeute...) suite à :

| | OUI | NON |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Une agression, rixe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une tentative de suicide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des violences domestiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si autre, précisez : | | |

⇨ *Si « OUI », CONCERNANT LE DERNIER DE CES ÉVÉNEMENTS :*

EVV2

À quels soins avez-vous eu recours ?

| | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Soins de médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins infirmiers ou de kinésithérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Achats en pharmacie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Passage aux urgences d'un hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : | | |

EVV3

Dans les 48 heures qui ont suivi cet événement, avez-vous été limité(e) dans vos activités habituelles ?

- Oui, sévèrement limité(e)
- Oui, limité(e)
- Non, pas du tout

MERCI DE DÉPOSER CE QUESTIONNAIRE UNE FOIS REMPLI DANS L'ENVELOPPE PRÉAFFRANCHIE ET DE LA POSTER DÈS QUE POSSIBLE. NOUS VOUS REMERCIONS BEAUCOUP DE VOTRE PARTICIPATION.



À remplir par l'enquêteur

Numéro d'enquêteur |__|__|__|

Région |__|__| Sous-échantillon |__|__|

NumFA |__|__|__|__| Clé |__| LE |__| BS |__|

NINDi |__|__|

Enquête Handicap Santé

Autoquestionnaire pour les personnes âgées de 16 ans et plus

Veuillez remplir ce questionnaire dès que possible après le départ de l'enquêteur. Toutes les informations communiquées à l'Insee au cours de cette enquête sont protégées par un strict anonymat et une parfaite confidentialité. Dans les pages suivantes merci de bien vouloir remplir le questionnaire :
- en cochant les cases d'une croix,
- en remplissant d'un chiffre les cases |__|.

Qualité de la vie

SF36-1

Dans l'ensemble pensez-vous que votre santé est :

- Excellente 1.
- Très bonne 2.
- Bonne 3.
- Médiocre 4.
- Mauvaise 5.

SF36-2

Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

- Bien meilleur que l'an dernier 1.
- Plutôt meilleur 2.
- À peu près pareil 3.
- Plutôt moins bon 4.
- Beaucoup moins bon 5.

SF36-3

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

- | | Oui,
beaucoup limité(e) | Oui,
un peu limité(e) | Non,
pas du tout limité(e) |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> |
| b. Monter plusieurs étages par l'escalier | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> |

SF36-4

Au cours de ces quatre dernières semaines et en raison de votre état physique :

- | | En permanence | Souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |

SF36-5

Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux[se], déprimé[e]) :

- | | En permanence | Souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |

SF36-6

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Pas du tout 1.
- Un petit peu 2.
- Moyennement 3.
- Beaucoup 4.
- Énormément 5.

SF36-7

Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- Nulle 1.
- Très faible 2.
- Faible 3.
- Moyenne 4.
- Grande 5.
- Très grande 6.

SF36-7b

Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été la fréquence de vos douleurs physiques ?

- Nulle 1.
- Très faible 2.
- Faible 3.
- Moyenne 4.
- Grande 5.
- Très grande 6.

SF36-8

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout 1.
- Un petit peu 2.
- Moyennement 3.
- Beaucoup 4.
- Énormément 5.

SF36-9

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...

- | | En permanence | Souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| h. Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |

SF36-10

Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- En permanence 1.
- Souvent 2.
- Quelquefois 3.
- Rarement 4.
- Jamais 5.

Consommation d'alcool

**Alcool = toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky...)
Tous ces verres standard contiennent 10 grammes d'alcool.**



Dans les questions qui suivent, lorsque l'on vous parle de verres d'«alcool» ou de «boissons alcoolisées», il s'agit aussi bien de verres d'alcool fort que de boissons faiblement alcoolisées.

DETA1

Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? OUI NON

.....

DETA2

Au cours de votre vie, votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?

.....

DETA3

Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

.....

DETA4

Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

.....

AUDIT1

Au cours des douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ?

- Jamais ⇨ *PASSER AU PARAGRAPHE TABAGISME*
- 1 fois par mois au moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

AUDIT2

Au cours des douze derniers mois, les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

- 1 ou 2 verres
- 3 ou 4 verres
- 5 ou 6 verres
- 7 à 9 verres
- 10 verres ou plus