

IMPRIMÉ NUMÉRO  <b>33v</b>	Questionnaire anonyme destiné au Département de Démographie de l'INSEE	Cadre à remplir par l'agent recenseur :   _ _ _ _ _      _  District   _ _ _ _     Immeuble   _ _     Logement	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  <b>1999</b>
-------------------------------------	---	--	--

*À remplir pour toutes les personnes du foyer :  
une colonne par personne, y compris les enfants*

### ***Pourquoi ce questionnaire ?***

Les problèmes de santé perturbent la vie quotidienne de millions de personnes en France. Mais combien sont-elles exactement ? Quelles sont les difficultés qu'elles éprouvent ? De quelle aide ont-elles besoin ?

La France manque d'informations fiables à ce sujet. Le seul moyen de les obtenir est de s'adresser directement à un vaste échantillon de la population.

Pour cela, les organismes intéressés (Ministère de la Santé, Caisses de Sécurité sociale, caisses de retraites, mutuelles et assurances, organismes d'insertion, associations de personnes handicapées ou de leurs familles, collectivités locales,...) ont demandé à l'INSEE d'aborder ce sujet dans le cadre du recensement de la population.

Le questionnaire qui suit a été mis au point avec les spécialistes de l'INSERM et naturellement avec des médecins.

### ***Pour quelles personnes faut-il remplir ce document ?***

Une colonne est à remplir pour CHAQUE PERSONNE DE VOTRE MÉNAGE QUEL QUE SOIT SON ÂGE. Les adultes et les jeunes nés avant le 1/1/1983 sont invités à répondre aux questions 1 à 18. Les enfants et adolescents (nés depuis le 1/1/1983) ne sont concernés que par les questions 1-2 et 10 à 19.

### ***Vous êtes en bonne santé : est-il nécessaire de répondre ?***

Oui, c'est nécessaire, car pour mesurer la proportion de personnes souffrant de difficultés liées à la santé, il faut interroger tout le monde. Dans tous les cas, votre contribution sera très précieuse.

Par la suite, l'INSEE mènera une étude plus détaillée sur les problèmes de santé et leur impact dans la vie quotidienne.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et non obligatoire.

Label n° 99 X 700 EC du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 1999.

Questionnaire confidentiel destiné au Département de Démographie de 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 de la région de leur domicile.

<b><i>Veillez remplir une colonne différente pour chaque personne</i></b> <i>Si 4 colonnes ne suffisent pas, demandez un imprimé supplémentaire</i>		<b>Personne 1</b>	<b>Personne 2</b>	<b>Personne 3</b>	<b>Personne 4</b>
Prénom → _____		_____	_____	_____	_____
<b>1. Sexe de la personne</b>		Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2	Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2	Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2	Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2
<b>2a. Jour et mois de naissance</b>	né(e) le →	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _	_ _     _ _
<b>2b. Année de naissance</b>	en →	_1_ _ _ _	_1_ _ _ _	_1_ _ _ _	_1_ _ _ _
<b><i>Questions concernant les adultes et les jeunes nés avant le 1er janvier 1983</i></b> <i>→ Pour les enfants et adolescents, remplir seulement les questions 10 à 19</i>					
<b>3. La personne a-t-elle des difficultés pour lire les caractères ordinaires d'un article de journal (avec des lunettes ou des verres de contact, si elle en porte habituellement) ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>4. A-t-elle des difficultés pour reconnaître le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce ou de l'autre côté de la rue (avec des lunettes ou des verres de contact, si elle en porte habituellement) ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>5. Habituellement a-t-elle des difficultés pour remplir seule un formulaire simple (chèque, feuille de maladie...) ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>6. Epreuve-t-elle des difficultés pour parler et se faire comprendre ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>7. A-t-elle des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>8. Lorsqu'elle est debout, éprouve-t-elle des difficultés pour se pencher et ramasser un objet sur le plancher ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>9. Epreuve-t-elle des difficultés pour s'habiller ou se déshabiller ?</b>		Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2

**Questions concernant toutes les personnes du ménage** → Y compris les enfants et adolescents nés depuis le 1er janvier 1983

<p><b>10. En raison de problèmes de santé, la personne a-t-elle besoin de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne ?</b> (ou a-t-elle besoin d'une présence ou d'une aide très supérieure à ce qu'on attendrait à cet âge)</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>11. Avez-vous fait (ou souhaitez-vous) des aménagements de votre logement en raison de la santé de cette personne ?</b></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>12. En raison de problèmes de santé, utilise-t-elle de façon régulière une prothèse, un appareillage ou un dispositif technique</b> (canne, béquilles, membre artificiel, fauteuil roulant, stimulateur cardiaque, prothèse auditive...)?</p>	<p><i>Attention : ne pas tenir compte des lunettes, dentiers et autres prothèses dentaires</i></p>			
<p><b>13. Est-elle limitée dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire</b> (à la maison, au travail, à l'école <i>ou dans les autres occupations de son âge</i> : déplacements, jeux, sports, loisirs...)?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Si oui à 13</b> → <b>14. Cette difficulté dure-t-elle depuis au moins six mois</b> (ou pensez-vous qu'elle peut durer au moins six mois)?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>
<p>→ <b>15. Et... est-ce à cause d'une des raisons de santé ci-contre ?</b></p> <p><i>cochez les bonnes réponses</i></p>	<p>1..... 1..... 2..... 2..... 3..... 3..... 4..... 4..... 5..... 5..... 6..... 6..... 7..... 7..... 8..... 8..... 9..... 9..... 10..... 10..... 11..... 11..... 12..... 12.....</p>	<p>1..... 1..... 2..... 2..... 3..... 3..... 4..... 4..... 5..... 5..... 6..... 6..... 7..... 7..... 8..... 8..... 9..... 9..... 10..... 10..... 11..... 11..... 12..... 12.....</p>	<p>1..... 1..... 2..... 2..... 3..... 3..... 4..... 4..... 5..... 5..... 6..... 6..... 7..... 7..... 8..... 8..... 9..... 9..... 10..... 10..... 11..... 11..... 12..... 12.....</p>	<p>1..... 1..... 2..... 2..... 3..... 3..... 4..... 4..... 5..... 5..... 6..... 6..... 7..... 7..... 8..... 8..... 9..... 9..... 10..... 10..... 11..... 11..... 12..... 12.....</p>

→ Tournez la page pour la fin des questions

## Suite et fin (questions concernant toutes les personnes du ménage)

→ Y compris les enfants et adolescents nés depuis le 1er janvier 1983

<b>16. La personne considère-t-elle qu'elle a un handicap ?</b> (ou, si c'est un enfant, ses parents considèrent-ils qu'il a un handicap)	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>17. A-t-elle fait ou a-t-on fait pour elle une demande de reconnaissance d'un handicap ou d'une invalidité</b> (carte d'invalidité, pension, allocation, rente, capital, admission dans un établissement spécialisé) ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
<b>18. Si oui, cette demande a-t-elle été acceptée ou refusée ?</b>	Acceptée <input type="checkbox"/> 1 Refusée <input type="checkbox"/> 2 Pas encore <input type="checkbox"/> 3 de réponse	Acceptée <input type="checkbox"/> 1 Refusée <input type="checkbox"/> 2 Pas encore <input type="checkbox"/> 3 de réponse	Acceptée <input type="checkbox"/> 1 Refusée <input type="checkbox"/> 2 Pas encore <input type="checkbox"/> 3 de réponse	Acceptée <input type="checkbox"/> 1 Refusée <input type="checkbox"/> 2 Pas encore <input type="checkbox"/> 3 de réponse
<b>19. Si c'est un enfant d'âge scolaire</b> → Est-il inscrit dans une classe ou un établissement spécialisé en raison de problèmes de santé ou de difficultés d'apprentissage ?	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2

L'INSEE vous remercie d'avoir accepté de remplir avec soin ce questionnaire. Au cas où vous hésiteriez sur la réponse à donner à certaines questions, vous pouvez demander conseil à l'agent recenseur.

Une dernière question :

**20. Pouvez-vous indiquer qui a répondu à ce questionnaire ?** (vous pouvez cocher une, deux ou trois réponses)

Une seule personne pour l'ensemble du foyer  1

Plusieurs personnes du foyer  2

Il a été rempli avec l'aide d'une personne extérieure  3

