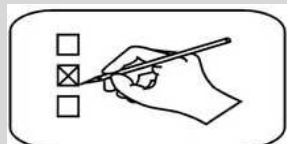


ENQUÊTE VIE QUOTIDIENNE ET SANTÉ

Consignes de remplissage

Pour faciliter la lecture automatique des questionnaires, **merci d'écrire en noir ou en bleu**. N'utilisez pas de crayon à papier.

Pour chaque question, cochez la case qui convient. Ne rayez pas les autres cases, même si vous n'êtes pas concerné(e) par la question



4. à 6. Ne pas tenir compte des problèmes de santé passagers ou temporaires (comme les gripes par exemple).

5. Une maladie chronique dure pendant au moins 6 mois.

9. Renseigner la difficulté la plus importante.

Par exemple, si la personne n'a pas de difficulté à marcher 500 mètres, mais ne peut pas du tout monter un escalier, cocher « ne peut pas du tout »

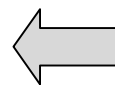
11. Renseigner la difficulté la plus importante.

**À remplir pour toutes les personnes de plus de 15 ans qui vivent habituellement dans ce logement : une colonne par personne.
Chacun répond pour soi ; en cas d'empêchement, une personne peut répondre pour une autre.**

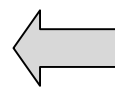
	Prénom 1	Prénom 2	Prénom 3
Veillez remplir une colonne par personne.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 Sexe de la personne	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
2 Année de naissance (par exemple : 1936)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
3 Lien de parenté ou relation avec la personne inscrite dans la première colonne (prénom 1)		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Père / Mère de 1 <input type="checkbox"/> Fils / Filles de 1 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Père / Mère de 1 <input type="checkbox"/> Fils / Filles de 1 <input type="checkbox"/> Autre
4 Comment est l'état de santé général de la personne ?	<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais
5 La personne a-t-elle une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6 Est-elle limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, fortement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, fortement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, fortement
7 La personne a-t-elle des difficultés pour voir, même avec ses lunettes ou lentilles de contact si elle en porte ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne voit pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne voit pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne voit pas du tout
8 A-t-elle des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes, même avec son appareil auditif si elle en porte un ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> N'entend pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> N'entend pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> N'entend pas du tout
9 A-t-elle des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
10 A-t-elle des difficultés pour lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
11 A-t-elle des difficultés pour se servir de ses mains et ses doigts (par exemple pour saisir un crayon ou utiliser des ciseaux) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout

12 Lorsqu'elle est debout, a-t-elle des difficultés pour se pencher et ramasser un objet ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
13 A-t-elle des difficultés pour sortir de son logement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
14 A-t-elle des difficultés pour se laver seule ? (prendre un bain ou une douche)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
15 A-t-elle des difficultés pour se concentrer plus de 10 minutes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
16 A-t-elle des difficultés pour se souvenir des choses importantes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
17 A-t-elle des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne ? (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
18 A-t-elle des difficultés pour comprendre les autres ou se faire comprendre des autres ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Ne peut pas du tout
19 En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, la personne reçoit-elle l'aide de professionnels (infirmier, aide ménagère...) dans la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
20 En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, reçoit-elle l'aide de proches (conjoint, famille, ami...) dans la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, un peu <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup
21 En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, utilise-t-elle régulièrement une aide technique pour se déplacer (cane, déambulateur, fauteuil roulant) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
22 En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, utilise-t-elle des équipements ou aménagements de son logement (barre d'appui, douche adaptée, élargissement des portes...) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
23 La personne a-t-elle l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
24 La personne a-t-elle une reconnaissance officielle ou une allocation du fait d'un handicap ? (pension ou carte d'invalidité, PCH...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

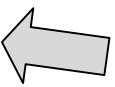
18. Ne pas tenir compte des différences de langue.



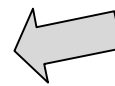
20. Même s'ils sont payés pour ça.



22. Les aménagements du logement sont des transformations ou adaptations du logement qui ne sont pas déplaçables.



23. L'APA est l'allocation donnée aux personnes âgées dépendantes. Le conseil général peut la verser à l'allocataire ou payer directement le service d'aide.



Merci pour votre participation.