



										ID- Ménage		ID Indiv	
1	7	0								0	0		

Date de l'entretien: / /

ID-Enquêteur: _____

Prénom du répondant: _____

"50 ans et plus en Europe"

Enquête sur la santé, le vieillissement et la
retraite en Europe

2006

Questionnaire auto-administré

A

A				
---	--	--	--	--

Comment REMPLIR ce questionnaire ?

Les réponses à la plupart des questions des pages suivantes peuvent être données en cochant simplement la case située au-dessous ou à côté de la réponse qui vous convient.

Merci de ne cocher qu'UNE SEULE (1) case:

Correct ou
Incorrect

Veillez répondre aux questions dans l'ordre. Ne sautez de questions que lorsque vous êtes explicitement invité à le faire.

Exemple:

Avez-vous des enfants?

₁ Oui

₅ Non

➔ *Allez à la question ...*



*Si vous cochez "oui"
pour cet exemple
passez à la question
suivante !*

*Si vous cochez "non"
pour cet exemple,
passez à la question
indiquée dans
l'encadré !*

Comment retourner ce questionnaire

Si l'enquêteur est encore à votre domicile lorsque vous avez fini de remplir le questionnaire, merci de le lui restituer. Sinon, veuillez le renvoyer dans l'enveloppe pré-affranchie dès que possible. *Si vous avez besoin d'une autre enveloppe, veuillez appeler votre direction régionale de l'INSEE*

MERCI DE DÉMARRER PAR LA QUESTION N°1 DE LA PAGE SUIVANTE.

**TOUTES VOS RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES.
NOUS VOUS REMERCIONS À NOUVEAU DE VOTRE AIDE**

1. Ci-dessous figurent des expressions que les gens utilisent pour décrire leur vie et la façon dont ils se sentent. Veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord ou non avec ces expressions, pour ce qui vous concerne.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

		Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
		▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a)	Je poursuis mes objectifs avec beaucoup d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	En cas d'incertitude, je m'attends d'habitude au meilleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Je suis toujours optimiste sur mon avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent comme je le voudrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	J'arrive à trouver des solutions à un problème quand d'autres ont renoncé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Je m'attends rarement à ce qu'il m'arrive de bonnes choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Compte tenu de mes expériences passées, je me sens bien armé(e) face à l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les énoncés suivants concernent les devoirs que les gens peuvent avoir vis-à-vis de leur famille. Veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord ou non avec chaque affirmation.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a) Les parents doivent faire le maximum pour leurs enfants, même au détriment de leur propre bien-être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les grands parents doivent être là pour leurs petits-enfants en cas de difficultés (par exemple le divorce des parents ou la maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les grands parents doivent contribuer à la sécurité économique de leurs petits-enfants et de leurs familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Les grands parents doivent aider leurs enfants à prendre soin des jeunes petits-enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Qui selon vous - la famille ou l'État- doit assumer les responsabilités suivantes... ?

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Seulement la famille	Surtout la famille	Les deux	Surtout l'État	Seule-ment l'État
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅
a) L'aide financière aux personnes âgées dans le besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'aide ménagère aux personnes âgées qui en ont besoin, telle que l'aide pour le ménage, la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les soins personnels aux personnes âgées, telles qu'une aide pour se soigner, se laver ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Parfois, sur des questions importantes, nous sommes en désaccord avec des proches, ce qui peut mener à des conflits.

Veillez indiquer avec quelle fréquence vous avez des conflits avec les personnes suivantes.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

→ Si vos parents ne sont plus en vie ou si vous n'avez pas de beaux-parents, de partenaire ou d'enfants, etc., cochez « sans objet dans mon cas ».

		Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Sans objet dans mon cas
a)	Mes parents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b)	Mes beaux-parents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c)	Mon conjoint, mon compagnon ou ma compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d)	Mes enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e)	D'autres membres de ma famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f)	Des amis, collègues ou connaissances	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. Avec quelle fréquence avez-vous des conflits avec vos enfants ou beaux-enfants au sujet de l'éducation de vos petits-enfants ?

(Ne cochez qu'une seule case)

→ Si vous n'avez pas d'enfant ou de petit-enfant, cochez "sans objet dans mon cas".

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Sans objet dans mon cas
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Avez-vous, ou avez-vous eu, un conjoint, compagnon ou compagne avec lequel ou laquelle vous avez partagé votre vie?

(Ne cochez qu'une seule case)

₁ Oui

₅ Non



Aller à question 8.



7. Qui, dans le couple, assure ou assurait la plus grande part des tâches suivantes... ? (Ne cochez qu'une seule case par ligne)

		Seulement moi-même	Surtout moi-même	Les deux à égalité	Surtout mon conjoint/partenaire	Seulement mon conjoint/partenaire	Sans objet
a)	L'éducation des enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b)	Gagner l'argent du ménage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c)	Faire la cuisine, le ménage, laver et repasser le linge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d)	S'occuper des parents âgés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. Les questions suivantes s'intéressent au thème de l'information médicale. A quelle fréquence votre médecin ou infirmière habituel...

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

		A chaque visite ▼ ₁	Parfois ▼ ₂	Jamais ▼ ₃
a)	... vous demande combien vous faites d'exercice physique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b)	... vous dit que vous devriez faire régulièrement de l'exercice	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c)	... vous demande s'il vous arrive de tomber	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d)	... vérifie votre équilibre ou la façon dont vous marchez	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e)	... vous interroge sur les médicaments que vous prenez, de votre propre initiative ou sur prescription d'un autre médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. Dans quelle mesure vous sentez-vous encouragé à parler avec votre médecin ou infirmière habituel ...

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

		Fortement encouragé ▼ ₁	Plutôt encouragé ▼ ₂	Plutôt découragé ▼ ₃	Fortement découragé ▼ ₄
a)	... de problèmes de santé physique, telles que la douleur, les problèmes de mobilité etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b)	... de problèmes d'ordre émotionnel, nerveux ou psychique, tels que le stress, la tristesse, l'anxiété, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c)	... de problèmes de santé délicats à aborder, telle que la vie sexuelle, les problèmes d'incontinence, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d)	... de problèmes relationnels qui ont une influence sur la santé, tels que la famille, les problèmes au travail, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. En général, à quelle fréquence votre médecin ou infirmière habituel...

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

		Toujours ▼ ₁	La plupart du temps ▼ ₂	Rarement ▼ ₃	Jamais ▼ ₄
a)	...vous explique les résultats de vos examens médicaux (laboratoire, radiologie etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b)	...vous explique les différentes options de traitement ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c)	...écoute votre avis et prend en compte vos préférences pour le choix de ces traitements ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Les questions suivantes s'intéressent au thème de la prévention médicale.

Au cours des douze derniers mois...

	Oui ▼ ₁	Non ▼ ₅
a) ...vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre pression artérielle ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre taux de cholestérol ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... un médecin ou une infirmière ont-ils vérifié votre taux de sucre (pour le dépistage du diabète) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Au cours des deux dernières années, avez vous eu un examen des yeux réalisé par un spécialiste (ophtalmologiste ou optométriste) ?

₁ Oui

₅ Non

13. Si vous-êtes une femme : au cours des deux dernières années, avez-vous eu une mammographie (radiographie des seins) ?

₁ Oui

₅ Non

₈ Sans objet (pour les hommes)

14. Avez-vous actuellement un ou plusieurs animaux domestiques suivants dans votre ménage ?

(cochez toutes les cases nécessaires)

	Oui	Non
	▼	▼
a) Un chien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Un chat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Un oiseau	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Un poisson	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Un autre type d'animal domestique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

24. Pour finir, merci d'indiquer votre sexe et votre année de naissance:

Je suis...

- 1. Un homme
- 2. Une femme

Je suis né(e) en

Nous vous remercions vivement d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. Merci de redonner ce questionnaire à l'enquêteur ou de le retourner par la poste dans l'enveloppe fournie.

Pour toute question sur ce questionnaire, veuillez vous adresser à :

Direction Régionale de l'INSEE