



À REMPLIR PAR L'ENQUÊTEUR

Numéro de l'enquêteur |_|_|_|_|

Région de gestion

|_|_|

Numéro de sous-échantillon |_|_|

Numéro de fiche adresse

|_|_|_|_|

Clé |_|

> Enquête

sur la santé et l'itinéraire professionnel

Questionnaire complémentaire



VEUILLEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DÈS QUE POSSIBLE APRÈS LE DÉPART DE L'ENQUÊTEUR

✓ Nous vous rappelons que toutes les informations que vous communiquez à l'Insee au cours de cette enquête sont protégées par un strict anonymat et une parfaite confidentialité. Pour ces raisons, l'enquêteur ne peut pas vous aider à remplir ce questionnaire complémentaire.

✓ Dans les pages suivantes, merci de bien vouloir remplir le questionnaire selon les consignes :

- en cochant les cases d'une croix
- en remplissant d'un chiffre les cases |_|



> Partie I

Q1. QUEL EST VOTRE POIDS ? (en kilogrammes)

|_|_|_|_| kg

Q2. QUELLE EST VOTRE TAILLE ? (en centimètres)

|_|_|_|_| cm



> Partie II

Q3. EN CE MOMENT, EST-CE QUE VOUS FUMEZ ? (une seule réponse possible)

✓ Cocher la case qui correspond à votre cas

1. oui, je fume tous les jours	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q5
2. oui, je fume tous les jours, mais j'ai réduit ma consommation pour arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q5
3. oui, mais je ne fume pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q4
4. non, mais auparavant je fumais tous les jours	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q6
5. non	<input type="checkbox"/>	passer à la partie III, question Q7

Q4. SI VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT MAIS PAS TOUS LES JOURS (c'est-à-dire si vous avez répondu 3 à la question Q3)

AUPARAVANT, FUMIEZ-VOUS TOUS LES JOURS ?

✓ Cocher la case qui correspond à votre cas

1. oui	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q6
2. non	<input type="checkbox"/>	passer à la partie III, question Q7

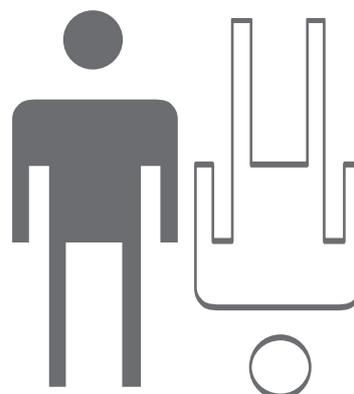
Q5. SI VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT TOUS LES JOURS (c'est-à-dire si vous avez répondu 1 ou 2 à la question Q3)

NE RÉPONDEZ « OUI » AUX QUESTIONS « FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ? », « FUMEZ-VOUS LE CIGARE ? »,

« FUMEZ-VOUS LA PIPE ? » (CI-DESSOUS) QUE SI C'EST UN TABAC QUE VOUS FUMEZ TOUS LES JOURS.

Fumez-vous :	Si oui, entourez la réponse oui	Si réponse oui : depuis quel âge ?	Si réponse oui : combien par jour environ ?
Des cigarettes ?	Oui	_ _ ans	_ _
Le cigare ?	Oui	_ _ ans	_ _
La pipe ?	Oui	_ _ ans	_ _

Passer à la partie III, question Q7



Q6. SI AUPARAVANT VOUS FUMIEZ TOUS LES JOURS (c'est-à-dire si vous avez répondu 4 à la question Q3 ou 1 à la question Q4), **NE RÉPONDEZ « OUI » AUX QUESTIONS « LORSQUE VOUS FUMIEZ TOUS LES JOURS, FUMIEZ-VOUS DES CIGARETTES ? », « LORSQUE VOUS FUMIEZ TOUS LES JOURS, FUMIEZ-VOUS LE CIGARE ? », « LORSQUE VOUS FUMIEZ TOUS LES JOURS, FUMIEZ-VOUS LA PIPE ? » (CI-DESSOUS) QUE SI C'EST UN TABAC QUE VOUS FUMIEZ TOUS LES JOURS.**

Lorsque vous fumiez tous les jours, fumiez-vous :	Si oui, entourez la réponse oui	Si réponse oui : de quel âge à quel âge ?	Si réponse oui : combien par jour environ ?
Des cigarettes ?	Oui	de : _ _ ans à : _ _ ans	_ _
Le cigare ?	Oui	de : _ _ ans à : _ _ ans	_ _
La pipe ?	Oui	de : _ _ ans à : _ _ ans	_ _



> Partie III

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'alcools forts que des boissons faiblement alcoolisées. Cela signifie donc : les apéritifs, les digestifs, le pastis, le champagne, le panaché, le whisky, la bière, le cidre ou le vin par exemple.

Q7. AU COURS DE VOTRE VIE, AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI LE BESOIN DE DIMINUER VOTRE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES ? ✓ Cocher la case qui correspond à votre cas

1. oui	<input type="checkbox"/>	2. non	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

Q8. AU COURS DE VOTRE VIE, VOTRE ENTOURAGE VOUS A-T-IL DÉJÀ FAIT DES REMARQUES AU SUJET DE VOTRE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES ?

1. oui	<input type="checkbox"/>	2. non	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

Q9. AU COURS DE VOTRE VIE, AVEZ-VOUS DÉJÀ EU L'IMPRESSION QUE VOUS BUVIEZ TROP ?

1. oui	<input type="checkbox"/>	2. non	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

Q10. AU COURS DE VOTRE VIE, AVEZ-VOUS DÉJÀ EU BESOIN D'ALCOOL DÈS LE MATIN POUR VOUS SENTIR EN FORME ?

1. oui	<input type="checkbox"/>	2. non	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------


Q11. AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS VOUS EST-IL ARRIVÉ DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ?

✓ Cocher la case qui correspond à votre cas

1. jamais	<input type="checkbox"/>	fin du questionnaire
2. une fois par mois ou moins	<input type="checkbox"/>	passer à la question Q12
3. deux à quatre fois par mois	<input type="checkbox"/>	
4. deux à trois fois par semaine	<input type="checkbox"/>	
5. quatre à six fois par semaine	<input type="checkbox"/>	
6. tous les jours	<input type="checkbox"/>	

Q12. AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, LES JOURS OÙ VOUS BUVEZ DE L'ALCOOL, COMBIEN DE VERRES CONSOMMEZ-VOUS ?

1. un ou deux verres	<input type="checkbox"/>
2. trois ou quatre verres	<input type="checkbox"/>
3. cinq ou six verres	<input type="checkbox"/>
4. sept à neuf verres	<input type="checkbox"/>
5. dix verres ou plus	<input type="checkbox"/>

Q13. 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 ?

1. jamais	<input type="checkbox"/>
2. moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/>
3. une fois par mois	<input type="checkbox"/>
4. une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
5. tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/>

Déposez le questionnaire que vous venez de remplir dans l'enveloppe préaffranchie.
Cachez-la et postez-la dès que possible.

Merci beaucoup de votre participation.

