



**Direction Générale de la Statistique  
et de l'Information Economique**  
Rue de Louvain, 44 – 1000 Bruxelles



**Institut Scientifique de Santé Publique**  
Rue Juliette Wytsman, 14-16 – 1050 Bruxelles

## Enquête de santé par interview, Belgique, 2004

### Questionnaire face à face

Personne sélectionnée	
N° de la personne:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom:	_____

Enquêteur	
N° de l'enquêteur:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Répondant (proxy)	
Prénom:	_____
<input type="text"/> <input type="text"/>	N° de rang de la personne du ménage qui répond à ce questionnaire
Sexe:	Homme (1)      Femme (2)
Date de naissance:	___ / ___ / 19 ___

Heure au début: ..... heures ..... minutes

Date de l'enquête

Heure à la fin: ..... heures ..... minutes

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---	---



## Information sur la personne sélectionnée et le répondant

### NR.01. Qui répond à l'enquête?

La personne sélectionnée.....  1 Passez à MB.01.

Un autre membre du ménage.....  2

Numéro de rang du répondant (dans la feuille de ménage)



Une personne ne faisant pas partie du ménage:  3

Qui ? : .....

### NR.02. Pourquoi fait-on appel à un proxy?

La personne sélectionnée est âgée de moins de 15 ans.....  1 Passez à MB.01.

La personne sélectionnée n'a pas pu être contactée malgré \_\_\_\_\_ essais pour la rencontrer.....  2 Passez à NR.03.

La personne sélectionnée n'est pas capable de répondre personnellement.....  3 Passez à NR.04.

La personne sélectionnée refuse de répondre personnellement.....  4 Passez à NR.05.

### NR.03. Pourquoi la personne sélectionnée ne peut pas être contactée?

La personne est absente : au travail, à l'école, à l'université ou en vacances .....  1

La personne est hospitalisée .....  2

La personne est dans une institution (**autre qu'une maison de repos ou qu'une maison de repos et de soins**) .....  3

La personne est dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins .....  4

**Indiquez les coordonnées de l'institution où la personne est prise en charge:**

Nom de l'institution : .....

Rue/N° : .....

Code postal/Commune : .....

N° de téléphone : .....

Enquêteur: Après avoir répondu à la question NR.03, passez à MB.01.

**NR.04. Pourquoi la personne sélectionnée n'est-elle pas capable de répondre personnellement?**

- A cause d'une maladie physique (p.ex. alitée).....  1
- A cause d'un problème de mémoire (p.ex. amnésie, démence).....  2
- A cause d'un problème de langue (p.ex. langue étrangère).....  3
- A cause d'un problème de langage (p.ex. muette, aphasie).....  4
- A cause d'un problème d'audition (p.ex. personne sourde).....  5
- A cause d'un handicap mental profond.....  6
- Autre raison, précisez : .....  7

Enquêteur: Après avoir répondu à la question NR.04, passez à MB.01.

**NR.05. Pourquoi la personne sélectionnée refuse-t-elle de répondre personnellement?**

- En raison de la durée de l'enquête (p.ex. n'a pas le temps).....  1
- C'est le cas pour toutes les enquêtes.....  2
- En raison de la procédure d'interview (p.ex. questions orales en face à face avec l'enquêteur) .....  3
- En raison du sujet de l'enquête (p.ex. trop personnel, pas intéressant).....  4
- Autre raison, précisez: \_\_\_\_\_  5

## Maladies et affections chroniques

Les questions qui suivent se réfèrent à des maladies de longue durée, des affections de longue durée ou des handicaps.

**MB.01. Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps?**

Oui.....  1

Non.....  2    Passez à MB.05.

Ne sait pas  9    Passez à MB.05.

Pas de réponse  -1    Passez à MB.05.

**MB.02. Quels sont les maladies de longue durée, les affections de longue durée ou les handicaps dont vous souffrez?**

.....

.....

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**MB.03. Etes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes en raison de cette(ces) maladie(s), cette(ces) affection(s) ou ce(s) handicap(s)?**

En permanence.....  1

De temps en temps.....  2

Pas ou rarement.....  3

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**MB.04. Etes-vous confiné(e) au lit à la suite de cette (ces) maladie(s), cette(ces) affection(s) ou ce(s) handicap(s)?**

En permanence.....  1

De temps en temps.....  2

Pas ou rarement.....  3

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**MB.05. Avez-vous une invalidité ou un handicap qui sont reconnus et/ou pour lesquels vous êtes inscrit auprès d'une instance officielle?**

Oui .....  1

Non .....  2    Passez à MA.01.

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**MB.06. Auprès de quelle instance officielle votre handicap a-t-il été reconnu et /ou auprès de quelle instance avez-vous introduit votre demande?**

.....  
.....

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**MB.07. Quelle est l'origine principale de cette invalidité ou de ce handicap?**

Un accident de travail .....  1

Une maladie professionnelle .....  2

Un accident domestique.....  3

Un accident de la route .....  4

Un accident de sport .....  5

Une maladie .....  6

Une affection congénitale.....  7

Autre, précisez: .....  8

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**Enquêteur:** Si la réponse à la question MA.01 est "Oui", demandez MA.02 et MA.04.  
 Si la réponse à la question MA.02 est "Oui", demandez MA.03.  
 Passez en revue une par une toutes les maladies de la liste!

**MA.01.** Voici une liste de maladies ou d'affections. Pouvez-vous, pour chacune d'entre elle, m'indiquer si vous en souffrez ou si vous en avez souffert au cours des douze derniers mois?

MA.01.		Maladie ou affection				MA.02.				MA.03.				MA.04.									
						Avez-vous fait appel à un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois pour cette affection?				De quel type de professionnel de la santé s'agit-il? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>				Quel traitement avez-vous suivi pour cette maladie ou affection? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> <i>Eng. Montrez la carte 1</i>									
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Généraliste	Spécialiste	Autre, précisez		Ne sait pas	Pas de réponse	Aucun	Médicaments	Régime	Kinésithérapie	Psychothérapie	Autre thérapie	Ne sait pas	Pas de réponse
01	Asthme	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
02	Bronchite chronique, problèmes pulmonaires chroniques non spécifiques	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
03	Allergie	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
04	Sinusite	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
05	Affection cardiaque grave ou infarctus	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
06	Tension artérielle élevée	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
07	Troubles intestinaux graves de plus de 3 mois	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
08	Hépatite, cirrhose ou autre maladie du foie	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
09	Calculs rénaux	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
10	Maladie rénale grave exceptés calculs rénaux	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
11	Inflammation chronique de la vessie (ex: cystite chronique...)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
12	Diabète	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1

**Enquêteur :** Si la personne prend ou a pris des médicaments pour le diabète, posez-lui la question MA.05.01 et MA.05.02.

		Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
<b>MA.05.01.</b>	Prenez-vous des pilules ou des comprimés pour le diabète?	1	2	9	-1
<b>MA.05.02.</b>	Faites-vous des injections (insuline) pour le diabète?	1	2	9	-1

MA.01.						MA.02.				MA.03.						MA.04.							
Maladie ou affection						Avez-vous fait appel à un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois pour cette affection?				De quel type de professionnel de la santé s'agit-il? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>						Quel traitement avez-vous suivi pour cette maladie ou affection? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> <i>Eng. Montrez la carte 1</i>							
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Généraliste	Spécialiste	Autre, précisez		Ne sait pas	Pas de réponse	Aucun	Médicaments	Régime	Kinésithérapie	Psychothérapie	Autre thérapie	Ne sait pas	Pas de réponse
13	Troubles de la thyroïde	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
14	Glaucome – tension oculaire élevée	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
15	Cataracte	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
16	Maladie de Parkinson	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
17	Dépression sérieuse ou dépression pour une période d'au moins 2 semaines	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
18	Autre trouble psychiatrique grave: lequel? ..... .....	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
19	Epilepsie	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
20	Vertige avec chute	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
21	Migraine	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
22	Affection cutanée grave ou chronique	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
23	Tumeur maligne ou cancer. Précisez: ..... .....	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
24	Fatigue chronique pour une période d'au moins 3 mois	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
25	Affection persistante au dos de plus de 3 mois, lumbago, sciatique ou hernie discale	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
26	Arthrose du genou, de la hanche ou de la main	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1



MA.01.						MA.02.				MA.03.					MA.04.								
Maladie ou affection						Avez-vous fait appel à un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois pour cette affection?				De quel type de professionnel de la santé s'agit-il? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>					Quel traitement avez-vous suivi pour cette maladie ou affection? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> <i>Enq. Montrez la carte 1</i>								
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Généraliste	Spécialiste	Autre, précisez		Ne sait pas	Pas de réponse	Aucun	Médicaments	Régime	Kinésithérapie	Psychothérapie	Autre thérapie	Ne sait pas	Pas de réponse
27	Rhumatisme inflammatoire, arthrite chronique, arthrite rhumatoïde des mains ou des pieds	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
28	Autres formes de rhumatisme chronique de plus de 3 mois	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
29	Accident vasculaire cérébral (attaque), hémorragie cérébrale ou complications	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
30	Ulcère de l'estomac ou au duodénum	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
31	Calculs ou inflammation de la vésicule	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
32	Ostéoporose (décalcification des os)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
33	Fracture du poignet	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
34	Fracture de la hanche, (fracture col du fémur)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
35	Fracture de la colonne vertébrale	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
36	Troubles prostatiques (seulement pour les hommes)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
37	Descente de matrice (seulement pour les femmes)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
38	Autres affections physiques, lesquelles? ..... .....	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
39	Autres affections psychologiques, lesquelles? ..... .....	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1

### Traumatismes: accidents

**TR.01.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accident(s) qui vous ont amené(e) à consulter un médecin ou un service hospitalier?

- Oui, un accident .....  1
- Oui, plusieurs accidents .....  2 **01. Combien:**
- Non .....  3 Passez à IC.01.
- Ne sait pas  9 Passez à IC.01.
- Pas de réponse  -1 Passez à IC.01.

**TR.02.** Dans quelle circonstance cet accident s'est-il produit / ces accidents se sont-ils produits?  
*(Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents sont rapportés)*

- |  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Au travail (bureau, atelier, chantier...).....                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. A l'école/ collège/ crèche (en classe, dans la cour, salle de gym...)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. En pratiquant une activité sportive .....                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Sur la voie publique (rue, trottoir, passage piétons...).....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Dans un lieu public (parc, poste, café...).....                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Dans la maison (cuisine, salle de bain, escalier...).....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Autour de la maison (jardin, garage...).....                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 08. Autre, précisez : .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
- Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

*Enquêteur:* Si le répondant a été victime de plusieurs accidents, posez la question suivante et notez le N° correspondant à l'accident rapporté en TR.02:

**TR.03.** Parmi les accidents que vous avez rapportés, quel était le plus récent, càd le dernier en date?

Accident N°

Veillez vous référer à cet accident, càd le dernier en date, pour répondre aux questions suivantes:

**TR.04. Quelle était l'origine principale de cet accident?**

*Enquêteur:* Montrez la carte 2.

- Chute/ glissade/ trébuchement.....  1
  - Chute d'une hauteur (échelle, arbre, cheval...) .....  2
  - Collision avec un objet ou une personne .....  3
  - Coup (de pied, de poing...).....  4
  - Contact avec un liquide/gaz chaud.....  5
  - Contact avec un objet brûlant.....  6
  - Exposition au feu/ flammes .....  7
  - Contact avec un objet tranchant.....  8
  - Présence d'un corps étranger (dans l'œil, la gorge,...).....  9
  - Ingestion de médicaments .....  10
  - Ingestion/inhalation de produits toxiques.....  11
  - Effort physique intense .....  12
  - Morsure de chien .....  13
  - Morsure/ piqûre d'un autre animal/ insecte .....  14
  - Autre (précisez) \_\_\_\_\_  15
- Ne sait pas  99
- Pas de réponse  -1

**TR.05. Quelles ont été les conséquences physiques (lésions, blessures) de cet accident?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

Enquêteur: Montrez la carte 3.

- 01. Fracture, os cassé(s).....  1
  - 02. Entorse, foulure, déchirure de ligament .....  1
  - 03. Dislocation, désarticulation, luxation .....  1
  - 04. Déchirure musculaire, lumbago .....  1
  - 05. Commotion ou autre traumatisme cérébral .....  1
  - 06. Brûlure .....  1
  - 07. Plaie (coupure, perforation, morsure) .....  1
  - 08. Contusion, ecchymose, hématome.....  1
  - 09. Empoisonnement, intoxication.....  1
  - 10. Suffocation, étouffement .....  1
  - 11. Lésion des organes internes.....  1
  - 12. Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  1
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**TR.06. Suite à cet accident, quel professionnel de la santé et/ou quel service médical avez-vous consulté?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

- |                                  | Oui                        | Non                        |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Un médecin généraliste.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Un service hospitalier ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Autre (précisez) : _____     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**TR.07. Quels soins vous a-t-on donné?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
01. Pansement .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Points(s) de suture .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Plâtre .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Opération chirurgicale .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Hospitalisation > 24h .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Ne sait pas <input type="checkbox"/> 9	Pas de réponse <input type="checkbox"/> -1

**TR.08. Quelle était la nature de cet accident?**

Non-intentionnel, fortuit .....	<input type="checkbox"/> 1
Bagarre, agression .....	<input type="checkbox"/> 2
Séances auto-infligées .....	<input type="checkbox"/> 3
Tentative de suicide .....	<input type="checkbox"/> 4
Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> 5
	Ne sait pas <input type="checkbox"/> 9      Pas de réponse <input type="checkbox"/> -1

## Incapacité temporaire

**Enquêteur:** Si la personne est **institutionnalisée**, càd si elle habite en maison de repos ou en maison de repos et de soins, ne posez pas les questions suivantes (de IC.01 à IC.08) et **passez directement à IL.01.**

**IC.01.** Réfléchissez aux **2 semaines écoulées** qui se sont terminées hier: avez-vous arrêté une ou plusieurs de vos activités habituelles à la maison, au travail/école ou pendant vos loisirs en raison d'une maladie ou d'une blessure?

- Oui.....  1
- Non.....  2    Passez à IC.04.
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**IC.02.** A cause de cela, au cours de ces **2 dernières semaines**, pendant combien de jours (y compris le samedi et le dimanche) avez-vous arrêté ces activités?

- jours (de 01 à 14 jours)
- Ne sait pas  99                      Pas de réponse  -1

**IC.03.** A cause de cela, au cours de ces **2 dernières semaines**, pendant combien de jours êtes-vous resté(e) au lit toute la journée ou la plus grande partie de la journée?

- jours (de 00 à 14 jours)
- Ne sait pas  99                      Pas de réponse  -1

**IC.04.** Réfléchissez aux **2 semaines écoulées** qui se sont terminées hier, avez-vous arrêté une de vos activités habituelles à la maison, au travail/école ou pendant vos loisirs en raison d'un problème émotionnel ou mental?

- Oui.....  1
- Non.....  2    Passez à IL.01.
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**IC.05. A cause de cela, au cours de ces 2 dernières semaines, pendant combien de jours (y compris le samedi et le dimanche) avez-vous arrêté ces activités?**

jours (de 01 à 14 jours)

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**IC.06. A cause de cela, au cours de ces 2 dernières semaines, pendant combien de jours êtes-vous resté(e) au lit toute la journée ou la plus grande partie de la journée?**

jours (de 00 à 14 jours)

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

*Enquêteur :* Si le répondant indique à la fois une incapacité pour des raisons physiques et une incapacité pour des raisons émotionnelles, continuez avec les questions suivantes.  
Sinon, passez au module « Incapacités physiques de longue durée ».

**IC.07. Pourriez-vous indiquer combien de jours au total, durant ces 2 dernières semaines, vous avez arrêté vos activités – tenant compte à la fois des problèmes de santé physique et mentale?**

jours (de 01 à 14 jours)

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**IC.08. Pourriez-vous indiquer combien de jours au total, durant ces 2 dernières semaines, vous êtes resté(e) alité(e) – tenant compte à la fois des problèmes de santé physique et mentale?**

jours (de 00 à 14 jours)

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

## Incapacités physiques de longue durée

**Enquêteur:** *Seules les personnes âgées de 15 ans et plus répondent à ce module.  
Pour les personnes de moins de 15 ans, passez à GP.01.*

Dans ce module, nous vous posons des questions sur les incapacités physiques de longue durée. Vous aurez peut-être l'impression que certaines questions se ressemblent, mais il existe malgré tout des différences.

**IL.01. 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 gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. Si oui, dans quelle mesure?**

		Oui, très gêné(e)	Oui, un peu gêné(e)	Non, pas du tout gêné(e)	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3	9	-1
02.	Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3	9	-1
03.	Soulever et porter les courses	1	2	3	9	-1
04.	Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3	9	-1
05.	Monter un seul étage par l'escalier	1	2	3	9	-1
06.	Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3	9	-1
07.	Marcher plus d'un km à pied	1	2	3	9	-1
08.	Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3	9	-1
09.	Marcher une centaine de mètres	1	2	3	9	-1
10.	Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3	9	-1

**Enquêteur:** *Si le répondant a répondu « Oui » à l'une des questions reprises ci-dessus ou si la personne sélectionnée a 60 ans ou plus, alors passez à la question IL.02.  
Sinon, passez à IL.48.*

**IL.02. Jusqu'où pouvez-vous marcher sans vous arrêter et sans éprouver de gêne importante?**

Quelques pas seulement.....  1

Plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres .....  2

200 mètres ou plus.....  3

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1



**IL.03. Pouvez-vous vous lever et vous coucher sans aide?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.05.  
 Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.05.  
 J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour me lever et me coucher ...  3  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.04. Qui vous aide habituellement pour vous lever et vous coucher?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:      
 Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:      
*Eng. : Montrez la carte 4.*  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.05. Pouvez-vous vous asseoir dans un fauteuil et vous lever sans aide?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.07.  
 Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.07.  
 J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour m'asseoir et me lever d'un fauteuil.....  3  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.06. Qui vous aide habituellement à vous asseoir et vous lever d'un fauteuil?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:      
 Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:      
*Eng. : Montrez la carte 4.*  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.07. Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller sans aide?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.09.  
 Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.09.  
 J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour m'habiller et me déshabiller .....  3  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.08. Qui vous aide habituellement à vous habiller et vous déshabiller?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:      
 Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:      
*Eng. : Montrez la carte 4.*  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.09. Pouvez-vous vous laver les mains et le visage sans aide?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.11.

Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.11.

J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour me laver les mains et le visage .....  3

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.10. Qui vous aide habituellement à vous laver les mains et le visage?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:

Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:

*Eng. : Montrez la carte 4.*

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.11. Pouvez-vous manger sans aide et couper votre nourriture?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.13.

Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.13.

J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour manger et couper la nourriture .....  3

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.12. Qui vous aide habituellement à manger et couper votre nourriture?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:

Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:

*Eng. : Montrez la carte 4.*

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.13. Pouvez-vous aller aux toilettes sans aide?**

Oui, sans difficulté.....  1 Passez à IL.15.

Oui, avec une certaine difficulté.....  2 Passez à IL.15.

J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour aller aux toilettes.....  3

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.14. Qui vous aide habituellement à aller aux toilettes?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:

Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:

*Eng. : Montrez la carte 4.*

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.15.01. Eprouvez-vous des difficultés pour retenir vos urines?**

Oui, en permanence.....  1      Passez au texte avant IL.16.

Oui, de temps en temps .....  2

Non .....  3      Passez au texte avant IL.16.

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.15.02. A quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des problèmes pour retenir vos urines?**

Au moins une fois par semaine.....  1

Moins d'une fois par semaine, mais au moins une fois par mois .....  2

Moins d'une fois par mois.....  3

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.15.03. Est-ce que ces problèmes sont liés à des circonstances particulières (rire, éternuer, courir,...)?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

*Enquêteur : Si la personne est **institutionnalisée**, c'ad si elle habite en maison de repos ou en maison de repos et de soins, ne posez pas les questions suivantes (de IL.16 à IL.44) et **passez directement à IL.45.***

Pensez aux activités quotidiennes que vous effectuez à la maison, telles que préparer les repas, faire les courses, effectuer des petits travaux ménagers et faire la lessive. Veuillez ne pas prendre en compte les limitations temporaires.

**IL.16. Effectuez-vous habituellement ces activités vous-même, sans difficultés?**

Oui.....  1      Passez à IL.45.

Non .....  2

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.17. Préparez-vous habituellement les repas vous-même?**

Oui.....  1

Non .....  2      Passez à IL.20.

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.18. Préparez-vous les repas sans aucune difficulté?**

Oui.....  1      Passez à IL.24.  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.19. Avez-vous besoin d'aide pour préparer les repas?**

Oui.....  1      Passez à IL.22.  
 Non.....  2      Passez à IL.24.  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.20. Seriez-vous capable de préparer les repas à vous seul(e) et sans difficulté si vous deviez ou vouliez le faire?**

Oui.....  1      Passez à IL.24.  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.21. Pourriez-vous préparer les repas avec l'aide de quelqu'un?**

Oui.....  1      Passez à IL.24.  
 Non.....  2      Passez à IL.24.  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.22. Qui vous aide à préparer les repas habituellement?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:      
 Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:      
    *Eng. : Montrez la carte 4.*  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.23. L'aide que vous recevez pour préparer les repas suffit-elle?**

Oui.....  1  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.24. Faites-vous habituellement les courses vous-même?**

Oui.....  1  
 Non.....  2      Passez à IL.27.  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.25. Faites-vous les courses sans aucune difficulté?**

Oui.....  1      Passez à IL.31.  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.26. Avez-vous besoin d'aide pour faire les courses?**

Oui.....  1      Passez à IL.29.  
 Non.....  2      Passez à IL.31.  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.27. Seriez-vous capable de faire les courses à vous seul(e) et sans difficulté si vous deviez ou vouliez le faire?**

Oui.....  1      Passez à IL.31.  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.28. Pourriez-vous faire les courses avec l'aide de quelqu'un?**

Oui.....  1      Passez à IL.31.  
 Non.....  2      Passez à IL.31.  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.29. Qui vous aide à faire les courses habituellement?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:      
 Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:      
    *Eng. : Montrez la carte 4.*  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.30. L'aide que vous recevez pour faire les courses suffit-elle?**

Oui.....  1  
 Non.....  2  
    Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**IL.31. Faites-vous habituellement les petits travaux ménagers (ex : prendre les poussières) vous-même?**

- Oui.....  1
- Non.....  2    Passez à IL.34.
- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.32. Faites-vous les petits travaux ménagers sans aucune difficulté?**

- Oui.....  1    Passez à IL.38.
- Non.....  2
- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.33. Avez-vous besoin d'aide pour faire les petits travaux ménagers?**

- Oui.....  1    Passez à IL.36.
- Non.....  2    Passez à IL.38.
- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.34. Seriez-vous capable de faire les petits travaux ménagers à vous seul(e) et sans difficulté si vous deviez ou vouliez le faire?**

- Oui.....  1    Passez à IL.38.
- Non.....  2
- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.35. Pourriez-vous faire les petits travaux ménagers avec l'aide de quelqu'un?**

- Oui.....  1    Passez à IL.38.
- Non.....  2    Passez à IL.38.
- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.36. Qui vous aide à faire les petits travaux ménagers habituellement?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:

Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:

*Eng. : Montrez la carte 4.*

- Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**IL.37. L'aide que vous recevez pour faire les petits travaux ménagers suffit-elle?**

Oui.....  1  
 Non.....  2  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.38. Faites-vous habituellement la lessive vous-même?**

Oui.....  1  
 Non.....  2 Passez à IL.41.  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.39. Faites-vous la lessive sans aucune difficulté?**

Oui.....  1 Passez à IL.45.  
 Non.....  2  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.40. Avez-vous besoin d'aide pour faire la lessive?**

Oui.....  1 Passez à IL.43.  
 Non.....  2 Passez à IL.45.  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.41. Seriez-vous capable de faire la lessive à vous seul(e) et sans difficulté si vous deviez ou vouliez le faire?**

Oui.....  1 Passez à IL.45.  
 Non.....  2  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.42. Pourriez-vous faire la lessive avec l'aide de quelqu'un?**

Oui.....  1 Passez à IL.45.  
 Non.....  2 Passez à IL.45.  
 Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.43. Qui vous aide à faire la lessive habituellement?**

Un ou plusieurs membres du ménage .....  → Numéro(s) de rang:

Quelqu'un d'extérieur au ménage.....  → Numéro(s) de carte:

*Eng. : Montrez la carte 4.*

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**IL.44. L'aide que vous recevez pour faire la lessive suffit-elle?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**IL.45. Restez-vous en permanence au lit, même si une personne pouvait vous aider à vous lever?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**IL.46. Etes-vous assis(e) toute la journée dans un fauteuil (pas de chaise roulante) même si une personne pouvait vous aider à marcher?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**IL.47. Etes-vous confiné(e) dans votre maison, votre appartement ou votre jardin?**

*Enquêteur:* Pour une personne institutionnalisée posez la question: "Êtes-vous confiné(e) dans votre chambre"?

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1



*Enquêteur:* Les questions IL.48 à IL.51 concernent les problèmes d'audition et de vue. Elles seront posées en tenant compte des capacités des individus munis de leurs appareils auditifs et/ou lunettes s'ils en portent d'habitude.

**IL.48. Entendez-vous suffisamment bien pour suivre un programme télévisé avec un volume acceptable pour les autres?**

Oui.....  1 Passez à IL.50.

Non.....  2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.49. Pouvez-vous suivre un programme télévisé avec un volume plus élevé?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.50. Avez-vous une vue suffisamment bonne pour reconnaître un ami à 4 mètres de distance (de l'autre côté de la rue)?**

Oui.....  1 Passez à IL.52.

Non.....  2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.51. Avez-vous une vue suffisamment bonne pour reconnaître un ami à 1 mètre de distance (la longueur du bras)?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**IL.52. Etes-vous capable de mordre et de mâcher une nourriture dure comme une pomme par exemple?**

Oui, sans difficulté.....  1

Oui, mais avec une certaine difficulté.....  2

Oui, mais avec beaucoup de difficulté.....  3

Non, je ne peux pas.....  4

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

### Listes d'attente

**Enquêteur:** Les questions suivantes sont seulement pour les personnes de 65 ans et plus.  
 Si la personne est **institutionnalisée**, càd si elle habite en maison de repos ou en maison de repos et de soins, ne posez pas les questions suivantes (de WL.01 à WL.03) et **passez directement à GP.01.**

**WL.01. Avez-vous déjà été temporairement admis dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou une autre institution pour personnes âgés?**

Oui.....  1  
 Non.....  2  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**WL.02. Etes-vous à présent sur une liste d'attente pour une admission dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou une autre institution pour personnes âgés?**

Oui.....  1  
 Non.....  2      Passez à GP.01.  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**WL.03. Depuis quand êtes-vous sur une liste d'attente pour une admission dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou une autre institution pour personnes âgés?**

Mois        Année    
 Ne sait pas  99      Pas de réponse  -1

**Enquêteur:** Si le mois et l'année sont inconnus, indiquez une des réponses suivantes.

Il y a \_\_\_\_ mois.....  1  
 Il y a \_\_\_\_ années.....  2  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

### Contacts avec un médecin généraliste

Maintenant quelques questions relatives à l'utilisation des services de santé.

*Enquêteur:* Par un médecin attitré on entend: un médecin que vous contactez habituellement en cas de problèmes de santé.

**GP.01. Avez-vous un médecin généraliste ou un cabinet de médecins généralistes (y compris une maison médicale) attitré?**

Oui.....  1 Passez à GP.03.

Non.....  2

Ne sait pas  9 Passez à GP.03.

Pas de réponse  -1 Passez à GP.03.

**GP.02. Pourriez-vous indiquer pourquoi vous n'avez pas de médecin généraliste (ou cabinet de médecins généralistes/maison médicale) attitré?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

*Enquêteur : Montrez la carte 5*

Je ne suis jamais malade .....  1

Je suis souvent absent pour longtemps.....  2

Je consulte plusieurs médecins généralistes, selon le problème.....  3

Généralement, je m'adresse directement à un spécialiste.....  4

Généralement, je m'adresse directement au service d'urgence.....  5

Autre raison, laquelle : .....  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

*Enquêteur:* Après cette question passez à GP.04.

**GP.03. Est-ce que votre médecin travaille...**

- dans son propre cabinet .....  1
- avec un collègue dans un cabinet à deux.....  2
- dans un cabinet à plusieurs médecins ou une maison médicale.....  3
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

Les questions suivantes concernent les contacts avec un médecin généraliste, que vous consultez pour vous-même. Il s'agit ici des contacts aux heures de consultation, des visites à domicile, mais aussi des consultations par téléphone.

**GP.04. Au cours des 2 derniers mois, c'est à dire depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , avez-vous consulté un médecin généraliste?**

- Oui .....  1
- Non .....  2    Passez à GP.07.
- Ne sait pas  9    Passez à GP.07.
- Pas de réponse  -1    Passez à GP.07.

**GP.05. Combien de contacts avec un médecin généraliste ont eu lieu au cours des 2 derniers mois?**

- contacts
- Ne sait pas  99                      Pas de réponse  -1

Enquêteur:    Attention: "2 dernières semaines" pour la question GP.06 !

**GP.06. Combien de contacts avec un médecin généraliste ont eu lieu au cours des 2 dernières semaines?**

- contacts – Passez à GP.08.
- Ne sait pas  99                      Pas de réponse  -1

**GP.07. Quand avez-vous eu un contact avec un médecin généraliste pour la dernière fois?**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Enquêteur: Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.*

Il y a \_\_\_\_ mois .....  1Il y a \_\_\_\_ années .....  2Je n'ai jamais consulté un médecin généraliste.....  3Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Si le dernier contact a eu lieu dans les 2 mois qui précèdent, passez à GP.08, sinon passez à SP.01.*

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 derniers contacts avec un médecin généraliste (consultation, visite à domicile, avis par téléphone) qui ont eu lieu au cours des 2 derniers mois, à commencer par le dernier contact.

	<b>GP.08.</b> Quand ce contact a-t-il eu lieu?	<b>GP.09.</b> Quel était le motif principal de ce contact? <i>Eng: Montrez la carte 6.</i> <i>(Une seule réponse permise)</i>	<b>GP.10.</b> Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé liés à ce contact. Prenez aussi en compte les problèmes mentaux ou sociaux.	<b>GP.11.</b> Quelles étaient les principales raisons du choix de ce généraliste? <i>Eng: Montrez la carte 7.</i> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
<b>1</b>	<b>Dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il ya ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Maladie, plainte ou problème de santé (y compris un problème mental ou social) 2. Accident ou blessure 3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte) 4. Acte préventive (conseil, vaccination) 5. Traitement ou prescription 6. Résultat d'un examen 7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires) 8. Autre raison (envoyé par un parent, envoyé par l'ONE, un médecin scolaire,...)  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... .....  8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Proximité/accès 2. Compétence 3. Coût 4. Contact 5. Disponibilité 6. Avis médical 7. Autre, précisez  ..... .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>2</b>	<b>Avant-dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il ya ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Maladie, plainte ou problème de santé (y compris un problème mental ou social) 2. Accident ou blessure 3. Contrôle ou examen (sans plaintes spécifiques) 4. Acte préventive (conseil, vaccination) 5. Traitement ou prescription 6. Résultat d'un examen 7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires) 8. Autre raison (envoyé par un parent, envoyé par l'ONE, un médecin scolaire,...)  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... .....  8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Proximité/accès 2. Compétence 3. Coût 4. Contact 5. Disponibilité 6. Avis médical 7. Autre, précisez  ..... .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>3</b>	<b>Avant avant-dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il ya ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Maladie, plainte ou problème de santé (y compris un problème mental ou social) 2. Accident ou blessure 3. Contrôle ou examen (sans plaintes spécifiques) 4. Acte préventive (conseil, vaccination) 5. Traitement ou prescription 6. Résultat d'un examen 7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires) 8. Autre raison (envoyé par un parent, envoyé par l'ONE, un médecin scolaire,...)  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... .....  8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Proximité/accès 2. Compétence 3. Coût 4. Contact 5. Disponibilité 6. Avis médical 7. Autre, précisez  ..... .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse

	<b>GP.12.</b> Dans quel cadre ce contact a-t-il eu lieu?	<b>GP.13.</b> Qui a pris l'initiative de prendre contact avec le généraliste?	<b>GP.14.</b> Suite à cette consultation, avez-vous été envoyé(e) chez un autre professionnel de la santé ou dans un service de soins? <i>Eng: Montrez la carte 8.</i> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>
<b>1</b>	1. Consultation chez le médecin 2. Visite à domicile 3. Avis par téléphone 4. Autre, précisez ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/ tuteur dans le cas d'un enfant) 2. C'était un rendez-vous fixé auparavant par le généraliste 3. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin de travail ou autre) 4. Un autre généraliste ou un spécialiste 5. Appelé(e) par le généraliste 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	01. Non, je n'ai pas été envoyé(e) 02. Oui, envoyé(e) à un service d'urgence 03. Oui, envoyé(e) chez un spécialiste ou dans une polyclinique 04. Oui, envoyé(e) faire des radiographies 05. Oui, envoyé(e) au laboratoire pour faire des analyses 06. Oui, envoyé(e) à l'hôpital pour y être hospitalisé(e) 07. Oui, envoyé(e) chez un kinésithérapeute 08. Oui, envoyé(e) chez une infirmière pour des soins à domicile 09. Oui, envoyé(e) vers un service social 10. Oui, envoyé(e) vers un autre service ou autre personne, précisez : _____ 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>2</b>	1. Consultation chez le médecin 2. Visite à domicile 3. Avis par téléphone 4. Autre, précisez ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/ tuteur dans le cas d'un enfant) 2. C'était un rendez-vous fixé auparavant par le généraliste 3. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin de travail ou autre) 4. Un autre généraliste ou un spécialiste 5. Appelé(e) par le généraliste 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	01. Non, je n'ai pas été envoyé(e) 02. Oui, envoyé(e) à un service d'urgence 03. Oui, envoyé(e) chez un spécialiste ou dans une polyclinique 04. Oui, envoyé(e) faire des radiographies 05. Oui, envoyé(e) au laboratoire pour faire des analyses 06. Oui, envoyé(e) à l'hôpital pour y être hospitalisé(e) 07. Oui, envoyé(e) chez un kinésithérapeute 08. Oui, envoyé(e) chez une infirmière pour des soins à domicile 09. Oui, envoyé(e) vers un service social 10. Oui, envoyé(e) vers un autre service ou autre personne, précisez : _____ 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>3</b>	1. Consultation chez le médecin 2. Visite à domicile 3. Avis par téléphone 4. Autre, précisez ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/ tuteur dans le cas d'un enfant) 2. C'était un rendez-vous fixé auparavant par le généraliste 3. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin de travail ou autre) 4. Un autre généraliste ou un spécialiste 5. Appelé(e) par le généraliste 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	01. Non, je n'ai pas été envoyé(e) 02. Oui, envoyé(e) à un service d'urgence 03. Oui, envoyé(e) chez un spécialiste ou dans une polyclinique 04. Oui, envoyé(e) faire des radiographies 05. Oui, envoyé(e) au laboratoire pour faire des analyses 06. Oui, envoyé(e) à l'hôpital pour y être hospitalisé(e) 07. Oui, envoyé(e) chez un kinésithérapeute 08. Oui, envoyé(e) chez une infirmière pour des soins à domicile 09. Oui, envoyé(e) vers un service social 10. Oui, envoyé(e) vers un autre service ou autre personne, précisez : _____ 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse

### Contacts avec un médecin spécialiste

Les questions suivantes concernent les consultations que vous avez eues avec un médecin spécialiste pour vous-même.

Nous **ne tiendrons pas** compte ici :

- 1. des consultations que vous avez eues avec un spécialiste au cours d'une hospitalisation (y compris une hospitalisation de jour)
- 2. des consultations dans le cadre d'un service d'urgence
- 3. des consultations pour faire un examen comme une radiographie sans avoir été vu par le spécialiste
- 4. des consultations avec un pédiatre lors d'une consultation de l'ONE.

Nous **ne tiendrons pas** compte non plus des contacts téléphoniques avec un(e) secrétaire ou un(e) assistant(e) pour prendre un rendez-vous.

Vous devez **inclure** par contre les consultations en polyclinique et les consultations par téléphone avec un spécialiste.

**SP.01. Avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 2 derniers mois? (c'est-à-dire depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )**

Oui .....  1

Non .....  2    Passez à SP.04.

Ne sait pas  9    Passez à SP.04.

Pas de réponse  -1    Passez à SP.04.

**SP.02. Combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 2 derniers mois?**

fois

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1



Enquêteur: Attention: "2 dernières semaines" pour SP.03!

**SP.03** Combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 2 dernières semaines?

fois – Passez à SP.05.

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**SP.04** Quand avez-vous consulté un médecin spécialiste pour la dernière fois?

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enquêteur: Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.

Il y a \_\_\_\_ mois.....  1

Il y a \_\_\_\_ années.....  2

Je n'ai jamais consulté un spécialiste.....  3

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

Enquêteur: Si le dernier contact a eu lieu dans les 2 mois qui précèdent, passez à la question SP.05, sinon passez à la question DE.01.

Les questions suivantes font référence aux 3 dernières consultations avec un médecin spécialiste qui ont eu lieu au cours des 2 derniers mois, à commencer par la dernière consultation.

	<b>SP.05.</b>	<b>SP.06.</b>	<b>SP.07.</b>		
	<p><b>Quand cette consultation a-t-elle eu lieu?</b></p>	<p><b>De quel type de spécialiste s'agissait-il?</b></p> <p><i>Eng:</i> Montrez la carte 9. Notez le N° du type de spécialiste.</p>	<p><b>Quel était le <u>motif principal</u> de cette consultation?</b></p> <p><i>Eng:</i> Montrez la carte 6. <i>(Une seule réponse possible)</i></p>		
<b>1</b>	<p><b>Dernière consultation</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> </div> <p><i>Eng:</i> Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>			<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un membre de la famille, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>2</b>	<p><b>Avant-dernière consultation</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> </div> <p><i>Eng:</i> Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>			<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un membre de la famille, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>3</b>	<p><b>Avant-avant-dernière consultation</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> </div> <p><i>Eng:</i> Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>			<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un membre de la famille, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>

	<b>SP.08.</b>	<b>SP.09.</b>	<b>SP.10.</b>	<b>SP.11.</b>
	<p><b>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquelles vous avez consulté ce spécialiste (y compris des problèmes de santé mentales ou sociales).</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas -1. Pas de réponse</p>	<p><b>Quelles étaient les principales raisons du choix de ce spécialiste?</b> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i></p> <p><i>Enq. : Montrez la carte 7.</i></p> <p>1. Proximité/accès</p> <p>2. Compétence</p> <p>3. Coût</p> <p>4. Contact</p> <p>5. Disponibilité</p> <p>6. Avis médical</p> <p>7. Autre, précisez</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas -1. Pas de réponse</p>	<p><b>Lorsque vous avez consulté ce spécialiste pour cette maladie, plainte ou traitement, est-ce que c'était pour la première fois ou bien est-ce que c'était une visite de contrôle?</b></p> <p>1. Première consultation</p> <p>2. Visite de contrôle – Passez au contact suivant ou DE.01</p> <p>9. Ne sait pas -1. Pas de réponse</p>	<p><b>Qui a pris l'initiative de prendre contact avec ce spécialiste?</b></p> <p>1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant)</p> <p>2. Un médecin généraliste</p> <p>3. Un autre médecin spécialiste</p> <p>4. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin du travail ou autre)</p> <p>5. J'ai été appelé(e) par le spécialiste lui-même</p> <p>6. Quelqu'un qui n'est pas médecin, précisez :</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas -1. Pas de réponse</p>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				

## Contacts avec un dentiste

Les questions qui suivent se réfèrent à vos dents et soins dentaires.

*Enquêteur:* Les premières questions ne sont posées qu'aux personnes de 15 ans et plus.  
Si la personne interrogée a moins de 15 ans, passez directement à DE.06.

D'abord je voudrais vous poser quelques questions sur l'état de vos dents.

**DE.01. Avez-vous encore vos propres dents (au moins une)?**

- Oui .....  1
- Non .....  2
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.02. Portez-vous une prothèse dentaire amovible?**

- Oui .....  1
- Non .....  2      Passez à DE.04.
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.03. Est-ce qu'il s'agit d'une ...**

- prothèse complète .....  1
- prothèse partielle .....  2
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.04. Portez-vous une prothèse fixe?**

Oui .....  1  
 Non .....  2  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.05. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, eu directement recours à un laboratoire dentaire (c'est à dire sans être envoyé par un dentiste)?**

Oui .....  1  
 Non .....  2  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.06. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, fait appel à un service de garde pour un problème dentaire urgent?**

Oui .....  1  
 Non .....  2      Passez à DE.08.  
 Ne sait pas  9      Passez à DE.08.  
 Pas de réponse  -1      Passez à DE.08.

**DE.07. Qui avez-vous contacté pour ce problème?**

Un dentiste de garde.....  1  
 Un service des urgences.....  2  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**Enquêteur:** Si le répondant n'a plus de dents (réponse à la question DE.01 = non), passez au texte avant DE.09.

**DE.08. Combien de fois vous brossez-vous les dents habituellement?**

- Plus de deux fois par jour .....  1
  - Deux fois par jour .....  2
  - Une fois par jour .....  3
  - Moins d'une fois par jour .....  4
  - Jamais .....  5
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

Les questions suivantes concernent des consultations chez un dentiste, que vous avez eu pour vous-même. Tenez compte également des consultations avec un dentiste spécialiste (orthodontiste, parodontologue, stomatologue, etc.).

**DE.09. Avez-vous consulté un dentiste au cours des 2 derniers mois, c'est à dire depuis le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_?**

- Oui .....  1
  - Non .....  2      Passez à DE.11.
- Ne sait pas  9      Passez à DE.11.
- Pas de réponse  -1      Passez à DE.11.

**DE.10. Combien de fois avez-vous consulté un dentiste au cours des 2 derniers mois?**

- fois      Passez à DE.12.
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DE.11. Quand avez-vous été chez le dentiste pour la dernière fois?**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Enquêteur: Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.*

- Il y a \_\_\_\_ mois .....  1
- Il y a \_\_\_\_ années .....  2
- Je n'ai jamais consulté de dentiste.....  3
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Si le dernier contact a eu lieu dans les 2 mois qui précèdent, passez à DE.12, sinon passez à ED.01.*

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 derniers contacts avec un dentiste qui ont eu lieu au cours des 2 derniers mois, à commencer par le dernier contact.

	<b>DE.12.</b> <b>Quand ce contact a-t-il eu lieu?</b>	<b>DE.13.</b> <b>Quelle était la raison principale de cette consultation?</b>	<b>DE.14.</b> <b>Quel type de soins a-t-il réalisé?</b> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>  <i>Eng: Montrez la carte 11.</i>	<b>DE.15.</b> <b>Qui a pris l'initiative de prendre contact avec le dentiste?</b>
<b>1</b>	<b>Dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il y a ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Douleur 2. Contrôle périodique 3. Dent fracturée 4. Perte d'obturation (plombage) 5. Traumatisme (accident) 6. Traitement planifié 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Contrôle préventif 2. Radio 3. Instructions d'hygiène dentaire 4. Détartrage 5. Obturation d'une dent (plombage) 6. Dévitalisation 7. Extraction d'une dent 8. Soins prothétiques (y inclus couronne, bridge, dent à pivot) 9. Traitement orthodontique (appareil dentaire) 10. Eclaircissement (blanchissement) 11. Autre, précisez :.....  99. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Autre dentiste 3. Médecin généraliste 4. Médecin spécialiste 5. Service de prévention 6. Paramédical (infirmier/ière, kinésithérapeute) 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>2</b>	<b>Avant-dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il y a ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Douleur 2. Contrôle périodique 3. Dent fracturée 4. Perte d'obturation (plombage) 5. Traumatisme (accident) 6. Traitement planifié 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Contrôle préventif 2. Radio 3. Instructions d'hygiène dentaire 4. Détartrage 5. Obturation d'une dent (plombage) 6. Dévitalisation 7. Extraction d'une dent 8. Soins prothétiques (y inclus couronne, bridge, dent à pivot) 9. Traitement orthodontique (appareil dentaire) 10. Eclaircissement (blanchissement) 11. Autre, précisez :.....  99. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Autre dentiste 3. Médecin généraliste 4. Médecin spécialiste 5. Service de prévention 6. Paramédical (infirmier/ière, kinésithérapeute) 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>3</b>	<b>Avant-avant-dernier contact</b>  Le ____ / ____ / ____ 1. Il y a ____ jours 2. Il y a ____ semaines  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Douleur 2. Contrôle périodique 3. Dent fracturée 4. Perte d'obturation (plombage) 5. Traumatisme (accident) 6. Traitement planifié 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Contrôle préventif 2. Radio 3. Instructions d'hygiène dentaire 4. Détartrage 5. Obturation d'une dent (plombage) 6. Dévitalisation 7. Extraction d'une dent 8. Soins prothétiques (y inclus couronne, bridge, dent à pivot) 9. Traitement orthodontique (appareil dentaire) 10. Eclaircissement (blanchissement) 11. Autre, précisez :.....  99. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Autre dentiste 3. Médecin généraliste 4. Médecin spécialiste 5. Service de prévention 6. Paramédical (infirmier/ière, kinésithérapeute) 7. Autre, précisez: .....  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse



## Contacts avec le service des urgences d'un hôpital

Les questions suivantes se réfèrent aux consultations au sein d'un hôpital. Nous allons d'abord aborder les contacts que vous auriez eus (pour vous-même) avec le service des urgences d'un hôpital.

Attention ! Vous **ne devez pas parler ici** des cas où vous avez été **hospitalisé(e) après être passé(e) au service des urgences, même s'il s'agissait d'une hospitalisation d'une seule nuit**. Ces contacts sont repris dans le module "hospitalisation".

**ED.01. Avez-vous eu un contact avec un service d'urgences au cours des 2 derniers mois, c'est-à-dire depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ?**

Oui .....  1

Non .....  2    Passez à ED.03.

Ne sait pas  9    Passez à ED.03.

Pas de réponse  -1    Passez à ED.03.

**ED.02. Combien de fois avez-vous consulté un service d'urgences au cours des 2 derniers mois?**

fois

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**ED.03. Quand avez-vous eu un contact avec un service d'urgences pour la dernière fois?**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***Enquêteur:** Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.*

Il y a \_\_\_\_ mois.....  1

Il y a \_\_\_\_ années.....  2

Je n'ai jamais consulté un service d'urgence .....  3

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

***Enquêteur:** Si le dernier contact a eu lieu dans les 2 mois qui précèdent, passez à ED.04, sinon passez à HO.01.*

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 derniers contacts avec un service d'urgences qui ont eu lieu au cours des 2 derniers mois, à commencer par le dernier contact.

	<b>ED.04.</b> Quand ce contact a-t-il eu lieu?	<b>ED.05.</b> Quel était le motif principal qui vous a fait venir au service des urgences?  <i>Eng: Montrez la carte 6. (Une seule réponse possible)</i>	<b>ED.06.</b> Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous êtes venu(e) au service des urgences. Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.
<b>1</b>	<p><b>Dernier contact</b></p> <p>Le ____ / ____ / ____</p> <p>1. Il y a ____ jours</p> <p>2. Il y a ____ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un parent, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>2</b>	<p><b>Avant-dernier contact</b></p> <p>Le ____ / ____ / ____</p> <p>1. Il y a ____ jours</p> <p>2. Il y a ____ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un parent, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>3</b>	<p><b>Avant-avant-dernier contact</b></p> <p>Le ____ / ____ / ____</p> <p>1. Il y a ____ jours</p> <p>2. Il y a ____ semaines</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Maladie, plainte ou problème de santé (il peut aussi s'agir d'un problème de santé mentale ou un problème d'ordre social)</p> <p>2. Accident ou blessure</p> <p>3. Contrôle ou examen (sans aucune plainte)</p> <p>4. Activité préventive (conseil, vaccination)</p> <p>5. Traitement ou prescription</p> <p>6. Résultat d'un examen</p> <p>7. Raison administrative (certificat, remplir des formulaires)</p> <p>8. Autre raison (envoyé(e) par un parent, par l'ONE, par un médecin scolaire, ...)</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Pas de plaintes, maladies ou problèmes</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>

	<b>ED.07.</b> <b>Qui a pris l'initiative de consulter un service d'urgences?</b>	<b>ED.08.</b> <b>Pourquoi avez-vous préféré consulter un service d'urgences plutôt qu'un médecin généraliste ou spécialiste?</b> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> <i>Eng. : Montrez la carte 12.</i>	<b>ED.09.</b> <b>Quand le contact a-t-il eu lieu?</b>
<b>1</b>	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Le médecin généraliste – Passez à ED.09. 3. Un médecin spécialiste – Passez à ED.09. 4. Quelqu'un qui n'est pas médecin  9. Ne sait pas – Passez à ED.09. -1. Pas de réponse – Passez à ED.09.	1. Service d'urgence est ouvert 24h sur 24h 2. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment 3. Pas de frais de consultation immédiats 4. Meilleur traitement 5. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux 6. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs 7. Autre raison, c'est-à-dire :  ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Dans la semaine, pendant la journée 2. Dans la semaine, pendant la nuit 3. Le week-end, pendant la journée 4. Le week-end, pendant la nuit  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>2</b>	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Le médecin généraliste – Passez à ED.09. 3. Un médecin spécialiste – Passez à ED.09. 4. Quelqu'un qui n'est pas médecin  9. Ne sait pas – Passez à ED.09. -1. Pas de réponse – Passez à ED.09.	1. Service d'urgence est ouvert 24h sur 24h 2. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment 3. Pas de frais de consultation immédiats 4. Meilleur traitement 6. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux 6. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs 7. Autre raison, c'est-à-dire :  ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Dans la semaine, pendant la journée 2. Dans la semaine, pendant la nuit 3. Le week-end, pendant la journée 4. Le week-end, pendant la nuit  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>3</b>	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Le médecin généraliste – Passez à ED.09. 3. Un médecin spécialiste – Passez à ED.09. 4. Quelqu'un qui n'est pas médecin  9. Ne sait pas – Passez à ED.09. -1. Pas de réponse – Passez à ED.09.	1. Service d'urgence est ouvert 24h sur 24h 2. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment 3. Pas de frais de consultation immédiats 4. Meilleur traitement 7. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux 6. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs 7. Autre raison, c'est-à-dire :  ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Dans la semaine, pendant la journée 2. Dans la semaine, pendant la nuit 3. Le week-end, pendant la journée 4. Le week-end, pendant la nuit  9. Ne sait pas -1. Pas de réponse

### Hospitalisation

Les questions suivantes portent sur des hospitalisations pour vous-même.

Il s'agit bien de toutes les hospitalisations, que ce soit dans un hôpital général, dans un hôpital psychiatrique ou dans un autre hôpital.

**Les hospitalisations pour un accouchement sont également considérées.**

D'abord nous vous posons quelques questions sur les hospitalisations **pour lesquelles vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.**

**HO.01. Avez-vous été hospitalisé(e), au cours de l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire depuis le \_\_ / \_\_ / \_\_ ? Il s'agit ici d'hospitalisations pour lesquelles vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.**

Oui .....  1

Non .....  2    Passez à HO.03.

Ne sait pas  9    Passez à HO.03.

Pas de réponse  -1    Passez à HO.03.

**HO.02. Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours de l'année qui vient de s'écouler? Il s'agit des hospitalisations pour lesquelles vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.**

fois – Passez à HO.04.

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**HO.03. Quand avez-vous été hospitalisé(e) pour la dernière fois? Il s'agit d'une hospitalisation pour laquelle vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Enquêteur: Si la date est inconnue ou non pertinente, indiquez une des réponses suivantes.*

Il y a \_\_\_\_ mois .....  1

Il y a \_\_\_\_ années .....  2

Jamais .....  3

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Si la dernière hospitalisation a eu lieu dans l'année qui précède l'interview, passez à HO.04, sinon passez à HO.10.*

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 dernières hospitalisations qui ont eu lieu au cours de l'année qui vient de s'écouler, à commencer par la dernière hospitalisation. Il s'agit bien d'hospitalisations pour lesquelles vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.

	<b>HO.04.</b> Quand cette hospitalisation a-t-elle eu lieu (date de l'hospitalisation)?	<b>HO.05.</b> De quel type d'hôpital s'agissait-il?	<b>HO.06.</b> Dans quel service avez-vous été hospitalisé(e)?
<b>1</b>	<p><b>Dernier contact</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>3. Il y a ___ mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Hôpital psychiatrique – Passez à HO.07.</p> <p>4. Autre type d'hôpital, précisez : .....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Service psychiatrique</p> <p>2. Autre service</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>2</b>	<p><b>Avant-dernier contact</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>3. Il y a ___ mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Hôpital psychiatrique – Passez à HO.07.</p> <p>4. Autre type d'hôpital, précisez : .....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Service psychiatrique</p> <p>2. Autre service</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>3</b>	<p><b>Avant-avant-dernier contact</b></p> <p>Le ___ / ___ / ___</p> <p>1. Il y a ___ jours</p> <p>2. Il y a ___ semaines</p> <p>3. Il y a ___ mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Hôpital psychiatrique – Passez à HO.07.</p> <p>4. Autre type d'hôpital, précisez : .....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Service psychiatrique</p> <p>2. Autre service</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>

	<b>HO.07.</b> Combien de nuits avez-vous passées à l'hôpital?	<b>HO.08.</b> Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé liés à cette hospitalisation. Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.	<b>HO.09.</b> Au cours de cette hospitalisation, avez-vous subi une opération?
<b>1</b>	1. _____ nuits 2. Hospitalisation en cours   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Oui 2. Non   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>2</b>	1. _____ nuits 2. Hospitalisation en cours   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Oui 2. Non   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse
<b>3</b>	1. _____ nuits 2. Hospitalisation en cours   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	..... ..... ..... ..... ..... 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Oui 2. Non   9. Ne sait pas -1. Pas de réponse

Les questions suivantes concernent les hospitalisations de jour, c'est-à-dire les **hospitalisations pour lesquelles vous avez reçu une chambre et un lit, mais vous avez pu retourner à la maison le même jour.**

**HO.10. Avez-vous été à l'hôpital au cours de l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire depuis le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, pour une hospitalisation de jour, c'est-à-dire une hospitalisation pour laquelle vous avez reçu une chambre et un lit, mais avez pu retourner à la maison le même jour?**

Oui.....  1

Non.....  2 Passez à HO.12.

Ne sait pas  9 Passez à HO.12.

Pas de réponse  -1 Passez à HO.12.

**HO.11. Combien de fois avez-vous été à l'hôpital au cours de l'année qui vient de s'écouler pour une hospitalisation de jour?**

fois Passez à HO.13.

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**HO.12. Quand avez-vous été à l'hôpital pour une hospitalisation de jour pour la dernière fois?**

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Enquêteur:** Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.

Il y a \_\_\_ mois.....  1

Il y a \_\_\_ années.....  2

Jamais.....  3

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**Enquêteur:** Si la dernière hospitalisation a eu lieu dans l'année qui précède, posez les questions HO.13, sinon passez à OH.01.



Les questions suivantes se réfèrent aux 3 dernières hospitalisations de jour qui ont eu lieu au cours de l'année qui vient de s'écouler, à commencer par la dernière hospitalisation de jour.

	<b>HO.13.</b> Quand cette hospitalisation a-t-elle eu lieu (date de l'hospitalisation)?	<b>HO.14.</b> De quel type d'hôpital s'agissait-il?	<b>HO.15.</b> Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé liés à cette hospitalisation. Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.	<b>HO.16.</b> Au cours de cette hospitalisation, avez-vous subi une opération?
<b>1</b>	<p><b>Dernier contact</b></p> <p>Le .. /.. /.....</p> <p>1. Il y a ..... jours</p> <p>2. Il y a .....semaines</p> <p>3. Il y a .....mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Autre type d'hôpital, précisez :</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>2</b>	<p><b>Avant dernier contact</b></p> <p>Le .. /.. /.....</p> <p>1. Il y a ..... jours</p> <p>2. Il y a .....semaines</p> <p>3. Il y a .....mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Autre type d'hôpital, précisez :</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>
<b>3</b>	<p><b>Avant avant dernier contact</b></p> <p>Le .. /.. /.....</p> <p>1. Il y a ..... jours</p> <p>2. Il y a .....semaines</p> <p>3. Il y a .....mois</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Hôpital universitaire</p> <p>2. Hôpital général</p> <p>3. Autre type d'hôpital, précisez :</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>-1. Pas de réponse</p>

## Contacts avec d'autres services de santé

Les questions suivantes concernent les contacts avec d'autres professionnels de la santé ainsi que quelques services de prévention et services sociaux.

**OH.01.** Avez-vous, pour vous-même, au cours de l'année passée, c'est-à-dire depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, eu un contact avec un(e)...

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. infirmier/-ière à domicile	1	2	9	-1
02. kinésithérapeute	1	2	9	-1
03. diététicien(ne)	1	2	9	-1
04. logopède	1	2	9	-1
05. ergothérapeute	1	2	9	-1
06. psychologue	1	2	9	-1

**OH.02.** Avez-vous, pour vous-même, au cours de l'année passée, c'est-à-dire depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, eu un contact avec un praticien...

					<b>OH.03.</b> <b>S'agissait-il d'un médecin?</b>			
	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. de l'homéopathie	1	2	9	-1	1	2	9	-1
02. de l'acupuncture	1	2	9	-1	1	2	9	-1
03. de l'ostéopathie	1	2	9	-1	1	2	9	-1
04. de la chiropraxie	1	2	9	-1	1	2	9	-1
05. d'une autre forme de médecine alternative, c'est-à-dire : _____	1	2	9	-1	1	2	9	-1

**Enquêteur:** Si la personne est **institutionnalisée**, c'est-à-dire si elle habite en maison de repos ou en maison de repos et de soins, ne posez pas la questions OH.04 et **passer directement à DR.01 page 52.**

**OH.04.** Avez-vous, pour vous-même, au cours de l'année passée, c'est-à-dire depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, eu un contact avec un des services suivants?

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. ONE ou Kind en Gezin	1	2	9	-1
02. Médecine scolaire	1	2	9	-1
03. Médecine du travail	1	2	9	-1
04. Centre de Santé Mentale	1	2	9	-1
05. Centre de planning familial ou de consultation conjugale	1	2	9	-1
06. Service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior par exemple)	1	2	9	-1
07. Centre de jour	1	2	9	-1
08. Repas chauds à domicile	1	2	9	-1
09. CPAS	1	2	9	-1
10. Télé-accueil ou autre service d'aide par téléphone	1	2	9	-1
11. Association de patients ou groupe d'entraide (ex. diabétiques, alcooliques anonymes,...)	1	2	9	-1
12. Autre service d'assistance sociale ou mentale, c'est-à-dire: _____	1	2	9	-1

## Consommation de médicaments

Maintenant quelques questions sur la consommation de médicaments.

Il s'agit de tous types de médicaments, y compris les produits homéopathiques, les produits à base de plantes, les préparations pharmaceutiques, les vitamines et minéraux, les somnifères et tranquillisants, la pilule, les pommades, les injections, les sirops contre la toux, les comprimés à sucer, etc.

Il **ne faut pas** tenir compte des médicaments pris pendant une hospitalisation.

**DR.01. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin?**

Oui .....  1 Passez à DR.03.

Non .....  2

Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Il peut s'agir éventuellement de médicaments prescrits auparavant.*

**DR.02. Quand avez-vous pris pour la dernière fois des médicaments prescrits?**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Enquêteur: Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.*

Il y a \_\_\_\_ semaines.....  1

Il y a \_\_\_\_ mois .....  2

Il y a \_\_\_\_ années .....  3

Jamais.....  4

Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: En cas d'utilisation de médicaments dans les 2 dernières semaines, passez à DR.03, sinon, passez à DR.06.*

**DR.03. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des somnifères prescrits par un médecin?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**DR.04. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des médicaments contre la dépression prescrits par un médecin?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**DR.05. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des tranquillisants ou d'autres médicaments pour les nerfs prescrits par un médecin?**

Oui.....  1

Non.....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**DR.06. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des médicaments non prescrits par un médecin (en vente libre)?**

Oui .....  1    Passez à DR.08.

Non .....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**DR.07. Quand avez-vous pris pour la dernière fois des médicaments non prescrits (en vente libre)?**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Enquêteur: Si la date exacte est inconnue ou ne s'applique pas, indiquez une des réponses suivantes.*

- Il y a \_\_\_\_ semaines .....  1
- Il y a \_\_\_\_ mois.....  2
- Il y a \_\_\_\_ années.....  3
- Jamais.....  4
- Ne sait pas  9
- Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Passez à DR.08 si la personne a (quand même) consommé des médicaments non prescrits au cours des 2 dernières semaines.*

*Passez à DR. 12 si la personne a pris des médicaments prescrits par un médecin au cours des 2 dernières semaines (voir DR.01 et DR.02).*

*Passez à VA.01 si la personne n'a pris aucun médicament (ni prescrit – ni non prescrit) au cours des 2 dernières semaines.*

**DR.08. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des somnifères non prescrits (en vente libre) par un médecin?**

- Oui .....  1
- Non.....  2
- Ne sait pas  9
- Pas de réponse  -1

**DR.09. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des tranquillisants ou d'autres médicaments pour les nerfs non prescrits (en vente libre) par un médecin?**

- Oui .....  1
- Non.....  2
- Ne sait pas  9
- Pas de réponse  -1

**DR.10. Au cours des 2 dernières semaines qui se sont terminées hier, avez-vous pris des médicaments qui n'ont pas été vendus dans une pharmacie?**

- Oui.....  1
- Non.....  2    Passez à DR.12.
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**DR.11. Comment avez-vous obtenu ces médicaments?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

*Eng. : Montrez la carte 13.*

01. Magasin diététique.....  1
02. Rayon diététique d'une grande surface .....  1
03. Internet .....  1
04. Paramédical (infirmier/-ière, kinésithérapeute,...).....  1
05. Médecin .....  1
06. Autre, précisez: \_\_\_\_\_  1
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

Les questions suivantes concernent les médicaments que vous prenez **pour le moment**. Il s'agit de nouveau de tous les types de médicaments et cette fois-ci, aussi bien les médicaments **prescrits** que les médicaments **non prescrits**.

**DR.12. Avez-vous pris des médicaments au cours des dernières 24 heures, c'est à dire depuis \_\_\_\_\_ heures hier?**

- Oui .....  1
- Non .....  2    Passez à VA.01.
- Ne sait pas  9    Passez à VA.01.
- Pas de réponse  -1    Passez à VA.01.

**Enquêteur:** Demandez à la personne interrogée de vous montrer les médicaments qu'elle a pris **au cours des dernières 24 heures**, si possible avec la boîte. Pour chaque médicament, vous devez vérifier s'il y a un code-barre sur l'emballage. En-dessous de ce code barre figure un code en chiffres. Dans la plupart des cas il s'agit de 4 chiffres suivis d'un tiret et de 3 autres chiffres (ex.1258-514). C'est le code "CNK".

En réponse aux questions DR.13 et DR.14, notez le nom et le code CNK des médicaments pris au cours de ces dernières 24 heures, et pour chacun de ces médicaments, posez également les questions DR.15 à DR.17.

**Enquêteur:** N'oubliez pas les questions DR.15 à DR.17 de la page en vis-à-vis, pour chaque médicament !!

	<b>DR.13.</b>	<b>DR.14.</b>
	<b>Nom du médicament (EN MAJUSCULES)</b> <i>Eng. : Si pas de nom, cochez une des options (8, 9, -1)</i>	<b>Code CNK</b> <i>Eng. : Si pas de code, cochez une des options (99, 9, -1)</i>
<b>01</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>02</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>03</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>04</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>05</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>06</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>07</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>08</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>09</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>10</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>11</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>12</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>13</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR

Note: NSP = Ne sait pas ; PR = Pas de réponse.



	<b>DR.15.</b> <b>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous avez pris ce médicament.</b>	<b>DR.16.</b> <b>Est-ce que le médicament a été prescrit?</b>	<b>DR.17.</b> <b>Est-ce que vous prenez ce médicament ...</b>
<b>01</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>02</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>03</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>04</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>05</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>06</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>07</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>08</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>09</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>10</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>11</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>12</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>13</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR

Note: NSP = Ne sait pas ; PR = Pas de réponse.

**Enquêteur:** N'oubliez pas les questions DR.15 à DR.17 de la page en vis-à-vis, pour chaque médicament !!

	<b>DR.13.</b>	<b>DR.14.</b>
	<b>Nom du médicament (EN MAJUSCULES)</b> <i>Eng. : Si pas de nom, cochez une des options (8, 9, -1)</i>	<b>Code CNK</b> <i>Eng. : Si pas de code, cochez une des options (99, 9, -1)</i>
<b>14</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>15</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>16</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>17</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>18</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>19</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>20</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>21</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>22</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>23</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>24</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>25</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR
<b>26</b>	8. Préparation 9. NSP -1. PR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Pas de code CNK 9. Pas d'emballage -1. PR

Note: NSP = Ne sait pas ; PR = Pas de réponse.

	<b>DR.15.</b> <b>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous avez pris ce médicament.</b>	<b>DR.16.</b> <b>Est-ce que le médicament a été prescrit?</b>	<b>DR.17.</b> <b>Est-ce que vous prenez ce médicament ...</b>
<b>14</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>15</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>16</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>17</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>18</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>19</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>20</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>21</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>22</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>23</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>24</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>25</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR
<b>26</b>	9. NSP -1. PR	1. Oui 2. Non 9. NSP -1. PR	1. régulièrement 2. temporairement 9. NSP -1. PR

Note: NSP = Ne sait pas ; PR = Pas de réponse.

## Vaccination

**VA.01. Avez-vous une carte de vaccination?**

- Oui.....  1
- Non.....  2
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Est considéré comme carte de vaccination, tout document sur lequel sont indiqués les différents vaccins que la personne a reçus.*

### Vaccination contre le Tétanos

**VA.02. Avez-vous déjà été vacciné(e) ou reçu un rappel de vaccin contre le Tétanos?**

- Oui .....  1
- Non .....  2      Passez à VA.04.
- Je ne sais pas de quoi il s'agit.....  3      Passez à VA.04.
- Ne sait pas  9      Passez à VA.04.
- Pas de réponse  -1      Passez à VA.04.

**VA.03. Quand avez-vous été vacciné(e) contre le Tétanos pour la dernière fois?**

- Il y a moins de dix ans .....  1
- Il y a dix ans ou plus .....  2
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

### Vaccination contre l'Hépatite B

*Enquêteur:* Essayez de vérifier sur la carte de vaccination: les noms commerciaux des vaccins pour l'Hépatite B (HB) sont: Engerix B®, HB Vax II®, HB Vax Pro®, Twinrix® ou Infanrix-hexa®.

**VA.04. Avez-vous déjà été vacciné(e) contre l'Hépatite B (une forme de jaunisse)?**

Oui .....  1

Non .....  2    Passez à VA.07.

Je ne sais pas de quoi il s'agit.....  3    Passez à VA.07.

Ne sait pas  9    Passez à VA.07.

Pas de réponse  -1    Passez à VA.07.

**VA.05. Quand avez-vous été vacciné(e) contre l'Hépatite B pour la dernière fois?**

Il y a moins de dix ans .....  1

Il y a dix ans ou plus .....  2

Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

**VA.06. Qui a effectué cette vaccination?**

Un médecin de famille.....  1

Un pédiatre .....  2

Un service de prévention comme l'ONE ou Kind en Gezin .....  3

Un centre de médecine scolaire .....  4

Autre, précisez : .....  5

Ne sait pas  9            Pas de réponse  -1

## Vaccination contre le Méningocoque type C

Enquêteur : La vaccination contre le Méningocoque de type C a pour but de protéger contre une des formes de méningite (infection du cerveau au niveau des méninges).

Essayez de vérifier sur la carte de vaccination: les noms commerciaux des vaccins pour le méningocoque C sont: Mencevax®, Menjugate®, Meningitec®, Meningovac® et Neisvac-C®. Le vaccin contre le méningocoque type C est parfois combiné avec d'autres types de méningocoques.

### VA.07. Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la méningite à Méningocoque type C?

Oui.....  1

Non.....  2 Passez à VA.09.

Je ne sais pas de quoi il s'agit.....  3 Passez à VA.09.

Ne sait pas  9 Passez à VA.09.

Pas de réponse  -1 Passez à VA.09.

### VA.08. Quand avez-vous été vacciné(e) contre la méningite à Méningocoque type C pour la dernière fois?

Il y a moins de trois ans .....  1

Il y a trois ans ou plus .....  2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

## Vaccination contre la grippe

Enquêteur: Les questions à propos de la vaccination contre la Grippe et le Pneumocoque sont seulement destinées aux personnes âgées de 15 ans et plus. Pour les autres, passez à NS.04.

### VA.09. Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la Grippe?

Oui .....  1

Non .....  2 Passez à VA.11.

Je ne sais pas de quoi il s'agit.....  3 Passez à VA.11.

Ne sait pas  9 Passez à VA.11.

Pas de réponse  -1 Passez à VA.11.

**VA.10. Quand avez-vous eu votre dernier vaccin contre la Grippe?**

*Enquêteur: Remplissez 99 et/ou 9999 si le mois et/ou l'année sont inconnus.*

Mois:

Année:

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**Vaccination contre le Pneumocoque**

*Enquêteur: Essayez de vérifier sur la carte de vaccination: le nom commercial du vaccin contre le Pneumocoque est le Pneumo 23.*

**VA.11. Avez-vous déjà été vacciné(e) ou reçu un rappel de vaccin contre le Pneumocoque?**

Oui .....  1

Non .....  2 Passez à NS.04.

Je ne sais pas de quoi il s'agit.....  3 Passez à NS.04.

Ne sait pas  9 Passez à NS.04.

Pas de réponse  -1 Passez à NS.04.

**VA.12. Quand avez-vous été vacciné(e) contre le Pneumocoque pour la dernière fois?**

Il y a moins de cinq ans .....  1

Il y a cinq ans ou plus .....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

## Nutrition

Les questions suivantes concernent vos habitudes alimentaires, mais d'abord, permettez-moi de vous poser deux questions sur votre poids et votre taille.

**NS.04. Quelle est votre taille, sans chaussures?**

			cm
--	--	--	----

Ne sait pas  999

Pas de réponse  -1

**NS.05. Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures? \_\_\_\_\_**

*Enquêteur: Pour les femmes enceintes actuellement, on demande le poids avant la grossesse.*

			kg
--	--	--	----

Ne sait pas  999

Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Dans les trois questions suivantes, l'accent est mis sur les repas. Une boisson seule (par ex. une tasse de café) ne peut être considérée comme un repas.*

**NH.01. A quelle fréquence prenez-vous un petit déjeuner (matin)?**

- Tous les jours .....  1
- 5 à 6 fois par semaine.....  2
- 2 à 4 fois par semaine.....  3
- 1 fois par semaine .....  4
- 1 à 3 fois par mois .....  5
- Jamais ou presque jamais .....  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1



**NH.02. A quelle fréquence prenez-vous un dîner (midi)?**

Tous les jours .....  1

5 à 6 fois par semaine.....  2

2 à 4 fois par semaine.....  3

1 fois par semaine .....  4

1 à 3 fois par mois .....  5

Jamais ou presque jamais .....  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**NH.03. A quelle fréquence prenez-vous un souper (soir)?**

Tous les jours .....  1

5 à 6 fois par semaine.....  2

2 à 4 fois par semaine.....  3

1 fois par semaine .....  4

1 à 3 fois par mois .....  5

Jamais ou presque jamais .....  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**NH.04. A quelle fréquence mangez-vous des légumes crus ou préparés (excepté les pois chiches)?**

Tous les jours .....  1

5 à 6 fois par semaine .....  2

2 à 4 fois par semaine .....  3

1 fois par semaine .....  4

1 à 3 fois par mois .....  5

Jamais ou presque .....  9 Passez à NH.06.

Ne sait pas  9 Passez à NH.06.

Pas de réponse  -1 Passez à NH.06.

**NH.05. Quelle quantité de légumes crus ou préparés mangez-vous en moyenne un tel jour (= le jour de la consommation)?**

- Moins de 200 g .....  1
- Environ 200 g .....  2
- Plus de 200 g .....  3
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**NH.06. A quelle fréquence mangez-vous des fruits frais?**

- Tous les jours .....  1
- 5 à 6 fois par semaine.....  2
- 2 à 4 fois par semaine .....  3
- 1 fois par semaine .....  4
- 1 à 3 fois par mois .....  5
- Jamais ou presque jamais .....  6    Passez à NH.08.
- Ne sait pas  9    Passez à NH.08.
- Pas de réponse  -1    Passez à NH.08.

**NH.07. Quelle quantité de fruits mangez-vous en moyenne un tel jour (= le jour de la consommation)?**

- Moins de 2 portions .....  1
- Environ 2 portions.....  2
- Plus de 2 portions .....  3
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**NH.08. A quelle fréquence mangez-vous du pain gris (également biscottes grises, pistolets gris ou baguette grise)?**

- Tous les jours .....  1
- 5 à 6 fois par semaine .....  2
- 2 à 4 fois par semaine .....  3
- 1 fois par semaine .....  4
- 1 à 3 fois par mois .....  5
- Jamais ou presque jamais .....  6 **Passez à NH.10.**

Ne sait pas  9 **Passez à NH.10.**

Pas de réponse  -1 **Passez à NH.10.**

**NH.09. Quelle quantité de pain gris mangez-vous un tel jour (= le jour de la consommation)?**

- Moins que 8 tranches.....  1
- Environ 8 tranches .....  2
- Plus de 8 tranches .....  3

Ne sait pas  9 **Pas de réponse  -1**

**NH.10. A quelle fréquence mangez-vous du poisson ou des fruits de mer (tels que colin, cabillaud, moules, crevettes, ...)?**

- Tous les jours .....  1
- 5 à 6 fois par semaine .....  2
- 2 à 4 fois par semaine .....  3
- 1 fois par semaine .....  4
- 1 à 3 fois par mois .....  5
- Jamais ou presque jamais .....  6 **Passez à NH.12.**

Ne sait pas  9 **Passez à NH.12.**

Pas de réponse  -1 **Passez à NH.12.**

**NH.11. Quelle quantité de poisson ou de fruits de mer mangez-vous un tel jour (= le jour de la consommation)?**

- Moins de 100 g .....  1
- Environ 100 g .....  2
- Plus de 100 g .....  3
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**NH.12. A quelle fréquence buvez-vous des boissons sucrées ou alcoolisées (telles que bière, vin, boisson rafraîchissante, café sucré ou thé sucré, jus de fruits fabriqués industriellement, ...)**

- Tous les jours .....  1
- 5 à 6 fois par semaine .....  2
- 2 à 4 fois par semaine .....  3
- 1 fois par semaine .....  4
- 1 à 3 fois par mois .....  5
- Jamais ou presque jamais .....  6      Passez à NH.14.
- Ne sait pas  9      Passez à NH.14.
- Pas de réponse  -1      Passez à NH.14.

**NH.13. Quelle quantité de boissons sucrées ou alcoolisées buvez-vous en moyenne un tel jour (= le jour de la consommation)?**

- Moins d' 1 litre .....  1
- Environ 1 litre .....  2
- Plus d' 1 litre .....  3
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

Les questions suivantes portent sur les modifications de vos habitudes alimentaires au cours des 2 dernières années.

**NH.14. Au cours des 2 dernières années, avez-vous diminué votre consommation de graisses?**

On peut limiter la consommation de graisse par exemple, en limitant l'utilisation d'aliments riches en graisse tels que beurre, margarine, mayonnaise,... ou en remplaçant les produits riches en graisse (p. ex. les produits à base de lait entier) par des produits moins riches en graisse (p. ex. produits laitiers écrémés).

Oui .....  1

Non .....  2 Passez à NH.16.

Ne sait pas  9 Passez à NH.16.

Pas de réponse  -1 Passez à NH.16.

**NH.15. Pour quelles raisons avez-vous diminué votre consommation de graisses?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Parce que vous êtes/étiez malade	1	2	9	-1
02. Pour maigrir ou stabiliser votre poids	1	2	9	-1
03. Parce que vous étiez inquiet vis-à-vis des conséquences de l'utilisation de graisses sur votre santé	1	2	9	-1
04. Sous l'influence de la famille, d'amis ou de connaissances	1	2	9	-1
05. Autre, précisez: _____	1	2	9	-1

**NH.16. Avez-vous, au cours des 2 dernières années, augmenté votre consommation d'aliments riches en fibres?**

Les aliments riches en fibres sont par exemple: fruits, légumes, pain gris, riz complet ou pâtes alimentaires, céréales, flocons d'avoine ou de son.

Oui .....  1

Non .....  2 Passez à ET.01.

Ne sait pas  9 Passez à ET.01.

Pas de réponse  -1 Passez à ET.01.

**NH.17. Pour quelles raisons avez-vous augmenté votre consommation d'aliments riches en fibres?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. A cause de problèmes de constipation (difficultés pour aller à selle) ou d'autres problèmes médicaux	1	2	9	-1
02. Parce que de tels aliments faisaient partie de votre régime amaigrissant	1	2	9	-1
03. Parce que vous savez que les fibres sont bonnes pour votre santé	1	2	9	-1
04. Sous l'influence de la famille, des amis ou de connaissances	1	2	9	-1
05. Autre, précisez: _____	1	2	9	-1

## Etudes

**Enquêteur:** Les questions suivantes sont limitées aux personnes de 6 ans et plus.

### ET.01. Poursuivez-vous actuellement des études de jour?

Oui .....  1

Non .....  2 Passez à ET.03.

Ne sait pas  9 Passez à ET.03.

Pas de réponse  -1 Passez à ET.03.

**Enquêteur:** Montrez la carte 14.

### ET.02. Quelles études poursuivez-vous actuellement?

Primaire .....  01

Secondaire inférieur général .....  02

Secondaire inférieur technique, artistique ou professionnel .....  03

Secondaire supérieur général .....  04

Secondaire supérieur technique .....  05

Secondaire supérieur artistique .....  06

Secondaire supérieur professionnel .....  07

Post-secondaire non supérieur .....  08

Supérieur non-universitaire de type court .....  09

Supérieur non-universitaire de type long .....  10

Universitaire .....  11

Universitaire – diplôme complémentaire .....  12

Doctorat avec thèse .....  13

Autre, précisez: \_\_\_\_\_  14

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

**Enquêteur:** Pour les étudiants et les écoliers, passez à SU.05.  
Pour les autres, continuez et montrez la carte 14.

**ET.03. Quel est le diplôme ou le degré le plus élevé que vous avez obtenu jusqu'à présent?**

- Primaire .....  01
- Secondaire inférieur général .....  02
- Secondaire inférieur technique, artistique ou professionnel .....  03
- Secondaire supérieur général .....  04
- Secondaire supérieur technique .....  05
- Secondaire supérieur artistique .....  06
- Secondaire supérieur professionnel .....  07
- Post-secondaire non supérieur .....  08
- Supérieur non-universitaire de type court .....  09
- Supérieur non-universitaire de type long .....  10
- Universitaire .....  11
- Universitaire – diplôme complémentaire .....  12
- Doctorat avec thèse .....  13
- Autre, précisez: .....  14
- Pas de diplôme .....  15
- Ne sait pas  99 Pas de réponse  -1

**ET.04. Quel âge aviez-vous quand vous avez terminé vos études?**

ans

Ne sait pas  99 Pas de réponse  -1



## Emploi

Les questions suivantes portent sur l'emploi. Nous considérons quelqu'un comme employé(e) s'il/si elle a une activité rémunérée, même si c'est seulement pour 1 heure par semaine.

Votre emploi rémunéré peut être éventuellement interrompu: cela signifie que vous n'êtes pas employé(e) en ce moment, mais que vous pouvez reprendre votre emploi dans un bref délai.

**EM.01. Avez-vous pour le moment, une activité professionnelle rémunérée, éventuellement temporairement interrompue?**

Oui, une activité rémunérée .....  1 Passez à EM.03.

Oui, mais activité temporairement interrompue.....  2

Non, pas d'activité rémunérée.....  3 Passez à EM.07.

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**EM.02. Quelle est la raison de cette interruption temporaire?**

Maladie ou accident .....  1

Chômage temporaire technique .....  2

Congé de maternité ou d'allaitement .....  3

Congé parental .....  4

Crédit temps (interruption de carrière) .....  5

Congé pour raison familiale.....  6

Congé spécial de promotion sociale, formation, études etc.....  7

Autre raison; précisez: .....  8

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

Je vous pose maintenant quelques questions concernant votre emploi. Je vais me limiter à  votre profession principale, c'est-à-dire  l'emploi auquel vous consacrez le plus de temps.

**EM.03. Pouvez-vous décrire précisément votre activité professionnelle?**

..... 

--	--	--

Ne sait pas  999

Pas de réponse  -1

**EM.04. Quelle est l'activité économique principale de l'entreprise ou de l'institution où vous travaillez?**

.....

Ne sait pas  999

Pas de réponse  -1

**EM.05. Quand exercez-vous cette activité professionnelle?**

Seulement pendant la journée (éventuellement deux équipes) .....  1

Seulement la nuit (emploi fixe de nuit).....  2

Seulement le week-end (emploi fixe de week-end).....  3

Je travaille dans une équipe tournante (ex: matin et soir (ou nuit)) .....  4

Horaires (très) irréguliers .....  5

Autre type d'horaire, précisez : .....  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**EM.06. Combien d'heures par semaine exercez-vous votre activité professionnelle (principale)?**

heures par semaine

Ne sait pas  999

Pas de réponse  -1

*Enquêteur : Après cette question, passez au module 'revenus'.*

**EM.07. Vous n'exercez aucune activité rémunérée. Dans quelle situation suivante vous retrouvez-vous le mieux?**

(Pré)pensionné(e) .....  1

Maladie ou invalidité.....  2

Chômeur(se) complet.....  3

Etudiant(e) .....  4

Occupé(e) à temps plein dans le ménage, sans rémunération .....  5

Autre situation, précisez: \_\_\_\_\_  6

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**EM.08. Avez-vous déjà exercé un emploi rémunéré?**

Oui .....  1  
 Non .....  2    Passez à EM.12.  
 Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**EM.09. Jusqu'à quand avez-vous exercé un emploi rémunéré?**

*Enquêteur: Remplissez 99 et/ou 9999 si le mois et/ou l'année sont inconnus.*

Mois:                        Année:      
 Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**EM.10. Pouvez-vous décrire précisément l'activité professionnelle que vous avez exercée en dernier lieu?**

.....     
 Ne sait pas  999                      Pas de réponse  -1

**EM.11. Quelle est/ était l'activité principale de l'entreprise ou de l'institution où vous avez travaillé en dernier lieu?**

.....     
 Ne sait pas  999                      Pas de réponse  -1

*Enquêteur: Après cette question passez au module "revenus".  
 La question EM.12 ne doit être posée qu'aux personnes qui n'ont jamais exercé une profession. Elle doit alors être posée, même si le conjoint ou partenaire est décédé.*

**EM.12. Pouvez-vous décrire précisément l'activité professionnelle de votre conjoint ou partenaire (activité actuelle ou celle qu'il/elle a exercée en dernier lieu)?**

.....     
 Ne sait pas  999                      Pas de réponse  -1

## Revenus

Les questions suivantes concernent vos revenus personnels disponibles par mois. Nous entendons par «revenus disponibles» aussi bien:

- les salaires nets et rémunérations perçus en fonction du travail qui a été presté (qu'il s'agisse d'une activité principale ou complémentaire), la moyenne des revenus nets pour les indépendants;
- les allocations sociales personnelles (allocations de chômage, pension, allocations pour incapacité de travail (temporaire ou invalidité), allocations suite à un accident de travail, revenu d'intégration sociale et aides du CPAS, ...).

**IN.06. Quel est actuellement votre propre revenu net, mensuel, tout compris? Si ce montant varie d'un mois à l'autre, donnez une moyenne.**

Indiquez l'unité monétaire rapportée:    Euros             FB

--	--	--	--	--	--

*Enquêteur:    Si, et seulement si, la personne interrogée hésite, posez alors la question de la façon qui suit. Dans tous les autres cas, passez à IN.08.*

**IN.07. Vous trouvez peut-être difficile de répondre à cette question. Il vous sera sans doute plus facile d'y répondre si je vous la pose comme ceci : est-ce que le montant total est plus élevé que 2.000 Euros (ou 80.000 Francs belges)?**

Oui        *Montrez la carte 15.*

Non        *Montrez la carte 16.*

**Pouvez-vous me dire quel code correspond le mieux avec vos revenus nets?**

--	--

 (code)

Ne sait pas  99

Pas de réponse  -1

Dans le prix des soins de santé (consultations chez un généraliste ou un spécialiste, hospitalisation, médicaments), il y a généralement une partie qui n'est pas remboursée par l'organisme assureur et que les gens doivent payer eux-mêmes; on l'appelle le ticket modérateur.

Certaines personnes bénéficient officiellement d'une réduction de ce ticket modérateur, un statut que l'on appelait avant "tarif préférentiel".

**IN.08. A votre connaissance, bénéficiez-vous pour le moment d'une réduction du ticket modérateur?**

Attention, il ne faut pas mentionner ici une diminution de votre participation financière qui résulterait d'une assurance spéciale à laquelle vous auriez souscrit soit vous-même directement, soit via votre employeur.

- Oui .....  1
- Non .....  2    Passez à IN.10.
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

**IN.09. Il existe plusieurs catégories de personnes qui ont droit à une réduction du ticket modérateur. Pouvez-vous indiquer à quelle catégorie vous appartenez?**

- Veufs(veuves), invalides, pensionné(e)s, orphelins (VIPO) .....  1
- Anciens colons, religieux(ses) et personnes non couvertes par un régime de sécurité sociale.....  2
- Ayants droit à des allocations familiales complémentaires pour enfants handicapés.....  3
- Ayants droit à un revenu garanti pour personnes âgées .....  4
- Ayants droit allocations pour handicapés.....  5
- Minimexés ou personnes dépendant du CPAS.....  6
- Chômeurs de longue durée.....  7
- Autre catégorie, précisez : \_\_\_\_\_  8
- Ne sait pas  9                      Pas de réponse  -1

La contribution personnelle en cas d'hospitalisation peut être sérieusement diminuée lorsqu'une assurance hospitalisation complémentaire a été souscrite. Une telle assurance peut être souscrite par vous-même ou sur l'initiative de votre employeur, et ce, aussi bien auprès d'une mutuelle que d'un assureur privé.

**IN.10. Avez-vous, de votre propre initiative ou sur l'initiative de votre employeur, souscrit à une telle assurance hospitalisation complémentaire?**

Oui .....  1

Non .....  2

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

Enquêteur: *Uniquement pour les indépendants. Pour les autres, passez à SU.05.*

Les indépendants sont, en matière de soins de santé, assuré pour les 'gros risques' (hospitalisations, analyses de sang, radiographies, ...).

Ils peuvent cependant souscrire une assurance complémentaire pour les soins dits 'petits risques' (consultation d'un médecin, achat de médicaments,...)

**IN.11. Etes-vous assuré(e) pour les "petits risques"?**

Oui .....  1

Non .....  2 **Passez à SU.05.**

Ne sait pas  9 **Passez à SU.05.**

Pas de réponse  -1 **Passez à SU.05.**

**IN.12. Via quel organisme êtes-vous assuré(e) pour les "petits risques"?**

Via une caisse de maladie.....  1

Via une assurance privée.....  2

L'assurance 'petits risques' fait obligatoirement partie du portefeuille d'assurance de base .....  3

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**Evaluation: Questions à poser à la personne interrogée**

**SU.05. Avez-vous trouvé ces questions difficiles?**

- Très difficiles .....  1
- Plutôt difficiles .....  2
- Ni difficiles, ni faciles .....  3
- Plutôt faciles .....  4
- Très faciles .....  5
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**SU.06. Avez-vous trouvé ces questions trop personnelles ou trop intimes?**

- Oui.....  1
- Non.....  2
- Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**Merci pour votre aimable collaboration!**

*Enquêteur:* Mentionnez l'heure de fin d'interview sur la première page.  
Répondez vous-même aux questions ENQ.01 et ENQ.02.

**Evaluation: Questions pour l'enquêteur**

**ENQ.01. La personne interrogée a-t-elle contribué volontairement?**

- Très spontanément .....  1
- Plutôt spontanément .....  2
- Ni spontanément, ni difficilement .....  3
- Plutôt difficilement .....  4
- Très difficilement.....  5

**ENQ.02. Dans quelle mesure pensez-vous que la personne interrogée a compris les questions (et a donc eu besoin de peu d'explications):**

- Tout à fait compris .....  1
- Plutôt bien compris .....  2
- A moitié compris .....  3
- Plutôt pas compris .....  4
- Pas du tout compris .....  5

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Mme. L. Gisle  
Mme. E. Hesse  
Mr. J. Tafforeau  
Mme. J. Buziarsist

Section d'Epidémiologie  
Institut Scientifique de Santé Publique  
Rue Juliette Wytsman, 14  
B - 1050 Bruxelles

Tél.: 02/642.57.53  
02/642.57.55  
02/642.40.87

e-mail: [his@iph.fgov.be](mailto:his@iph.fgov.be)

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/HIS>

2 Juin 2004