

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

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

Enquête de santé par interview, Belgique, 2008

Questionnaire face à face

Personne sélectionnée

Numéro de la personne:

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

Prénom: _____

Enquêteur

Numéro de l'enquêteur:

--	--	--

Heure du début: heures minutes

Date de l'enquête:

Heure de la fin: heures minutes

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

Information sur la personne sélectionnée et le répondant

NR.01. Qui répond à l'enquête?

La personne sélectionnée

1

 ▶ MB.01.

Un proxy, autre membre du ménage

2

--	--

 → Numéro de rang du répondant (*voir HC.01, feuille de ménage*) ←

Un proxy, non-membre du ménage: qui?: _____

3

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

La personne sélectionnée a moins de 15 ans

1

 ▶ MB.01.

La personne sélectionnée n'est pas joignable.....

2

 ▶ MB.01.

La personne sélectionnée n'est pas capable de répondre personnellement

3

 ▶ NR.03.

La personne sélectionnée refuse de répondre personnellement

4

 ▶ MB.01.

NR.03. 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

Maladies et affections de longue durée

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	▶ MA.01.
Ne sais pas	9	▶ MA.01.
Pas de réponse.....	0	▶ MA.01.

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

.....

.....

Ne sais pas	9	
Pas de réponse.....	0	

MB.03. Etes-vous limité(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 sais pas	9	
Pas de réponse.....	0	

MB.04. Etes-vous confiné(e) au lit à cause 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 sais pas	9	
Pas de réponse.....	0	

MA.01. Je vais parcourir une liste de maladies ou affections. Pouvez-vous, pour chacune d'elles, m'indiquer si vous en souffrez ou si vous en avez déjà souffert?

MA.01.						MA.02.				MA.03.				MA.04.			
Maladie ou affection						Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?				Avez-vous souffert de cette maladie au cours des <u>12 derniers mois</u> ?				Au cours des <u>12 derniers mois</u> , avez-vous été pris en charge par un médecin ou un autre professionnel de la santé pour cette maladie?			
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse
01	Asthme (y compris asthme allergique)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
02	Bronchite chronique, maladies pulmonaires chroniques obstructives, emphysème	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
03	Infarctus	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
04	Maladie des coronaires (angine de poitrine)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
05	Tension artérielle élevée (hypertension)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Eng: Pour la tension artérielle élevée, si la réponse à la question MA.03 est OUI demandez MA.05 et MA.06.</i>														Non	Oui		
MA.05. Pour cette maladie, avez-vous suivi un régime diététique au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.06. Pour cette maladie, avez-vous pris des médicaments au cours des 12 derniers mois?														2	1		
06	Accident vasculaire cérébral (hémorragie cérébrale, thrombose)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
07	Arthrite rhumatoïde (inflammation des articulations)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
08	Arthrose (dégénérescence des articulations)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
09	Affection persistante au (bas du) dos	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
10	Affection persistante au niveau de la nuque et du cou	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
11.	Diabète	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Eng: Pour le diabète, si la réponse à la question MA.03 est OUI demandez MA.07, MA.08 et MA.09.</i>														Non	Oui		
MA.07. Pour cette maladie, avez-vous suivi un régime diététique au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.08. Pour cette maladie, avez-vous eu des injections (insuline) au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.09. Pour cette maladie, avez-vous pris des pilules ou des comprimés au cours des 12 derniers mois?														2	1		

MA.01.						MA.02.				MA.03.				MA.04.			
Maladie ou affection						Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?				Avez-vous souffert de cette maladie au cours des <u>12</u> derniers mois?				Au cours des <u>12</u> derniers mois, avez-vous été pris en charge par un médecin ou un autre professionnel de la santé pour cette maladie?			
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse
12	Allergie: rhinite, inflammation des yeux, inflammation de la peau, allergie alimentaire ou autre (asthme allergique exclu)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
13	Ulcère à l'estomac ou au duodénum	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
14	Cirrhose ou autre maladie du foie	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
15	Tumeur maligne ou cancer (y compris leucémie ou lymphome)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
16	Maux de tête graves, migraine	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
17	Incontinence urinaire, problèmes pour contrôler la vessie	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
18	Anxiété chronique	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Eng: Pour l'anxiété chronique, si la réponse à la question MA.03 est OUI demandez MA.10 et MA.11.</i>														Non	Oui		
MA.10. Pour cette maladie, avez-vous pris des médicaments au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.11. Pour cette maladie, avez-vous suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois?														2	1		
19	Dépression sérieuse ou dépression pour une période d'au moins 2 semaines	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Eng: Pour la dépression, si la réponse à la question MA.03 est OUI demandez MA.12 et MA.13.</i>														Non	Oui		
MA.12. Pour cette maladie, avez-vous pris des médicaments au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.13. Pour cette maladie, avez-vous suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois?														2	1		
20	Autres problèmes de santé mentale	2	1	9	0	2	1	9	-1	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Eng: Pour "autres problèmes de santé mentale", si la réponse à la question MA.03 est OUI demandez MA.14 et MA.15.</i>														Non	Oui		
MA.14. Pour cette maladie, avez-vous pris des médicaments au cours des 12 derniers mois?														2	1		
MA.15. Pour cette maladie, avez-vous suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois?														2	1		

MA.01.						MA.02.				MA.03.				MA.04.			
		Maladie ou affection				Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?				Avez-vous souffert de cette maladie au cours des <u>12</u> derniers mois?				Au cours des <u>12</u> derniers mois, avez-vous été pris en charge par un médecin ou un autre professionnel de la santé pour cette maladie?			
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse
21	Séquelles permanentes d'une blessure accidentelle	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
22	Troubles de la thyroïde	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
23	Glaucome – tension oculaire élevée	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
24	Cataracte	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
25	Maladie de Parkinson	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
26	Epilepsie	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
27	Fatigue chronique <u>pour une période d'au moins 3 mois</u>	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
28	Ostéoporose (décalcification des os)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
29	Fracture de la hanche, (fracture du col du fémur)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
30	Troubles intestinaux graves <u>pour une période d'au moins 3 mois</u>	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
31	Calculs rénaux	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
32	Maladie rénale grave excepté calculs rénaux	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
33	Inflammation chronique de la vessie (ex: cystite chronique ...)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
34	Affection cutanée grave ou chronique	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
35	Calculs ou inflammation de la vésicule	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
36	<i>Enquêteur: seulement pour les hommes:</i> Troubles prostatiques	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
37	Autres affections chroniques, précisez:	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0

Traumatismes: accidents

TR.04. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un des accidents suivants qui a donné lieu à une blessure externe ou interne?

Enquêteur: Pour chaque réponse positive, posez la question TR.05. Si aucun accident n'est rapporté (codes 2, 9 ou 0), alors passez à la question TR.09.

Les blessures qui résultent d'un empoisonnement et les agressions sont également incluses ici.

TR.04.						TR.05.				
Accidents						Suite à cet accident, avez-vous consulté un médecin, un(e) infirmier(e) ou le service des urgences d'un hôpital?				
		▲ TR.09		▲ TR.09	▲ TR.09					
		Non	Oui	Ne sait pas	Pas de réponse	Oui, un médecin ou un(e) infirmier(e)	Oui, un service d'urgences	Non, une consultation ou une intervention n'était pas nécessaire	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Accident de la route	2	1	9	0	1	2	3	9	0
02.	Accident au travail	2	1	9	0	1	2	3	9	0
03.	Accident à l'école	2	1	9	0	1	2	3	9	0
04.	Accident à la maison ou pendant les loisirs	2	1	9	0	1	2	3	9	0

Enquêteur: Si le répondant a été victime de plusieurs accidents, posez la question TR.06 et notez le numéro correspondant à l'accident rapporté en TR.04.

Si le répondant n'a eu qu'un seul accident, passez à la question TR.07.

TR.06. Parmi les accidents que vous avez rapportés, quel était le plus récent, c.-à-d. le dernier en date?

Accident N°

--	--

Veillez vous référer à ce dernier accident pour répondre aux questions suivantes:

TR.07. Quelle était l'origine principale de cet accident?

Chute, glissade, trébuchement, chute d'une hauteur (échelle, arbre, cheval...).....	1
Coup ou collision avec un objet ou une personne.....	2
Coupure, présence d'un corps étranger (dans l'œil, la gorge,...)	3
Autre, précisez: _____	4
Ne sait pas.....	9
Pas de réponse.....	0

TR.08. Quelles ont été les conséquences physiques (lésions, blessures) de cet accident?
(Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
01. Fracture, os cassé(s)	1	2
02. Entorse, foulure, déchirure de ligament.....	1	2
03. Plaie (coupure, perforation, morsure).....	1	2
04. Autre, précisez :	1	2
Ne sait pas.....	9	
Pas de réponse.....	0	

Enquêteur: Posez la question suivante uniquement aux personnes de **65 ans et plus**.
Si la personne est plus jeune que 65 ans, passez à question IL.01.

TR.09. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute, glissé ou trébuché, et donc perdu l'équilibre pour vous retrouver par terre, ou en tout cas, à un niveau plus bas?

Oui	1	
Non	2	► IL.01.
Ne sais pas	9	► IL.01.
Pas de réponse.....	0	► IL.01.

TR.10. Combien de fois est-ce arrivé?

		fois
--	--	------

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.*

Maintenant je vais vous poser des questions concernant l'exécution d'activités quotidiennes ordinaires. Répondez-y sans tenir compte des difficultés passagères.

IL.01. Portez-vous des lunettes ou des lentilles?

- | | | |
|---|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ IL.02. |
| Je suis aveugle ou je ne vois rien du tout..... | 3 | ▶ IL.05. |

Veuillez répondre aux questions suivantes en tenant compte de votre utilisation habituelle de lunettes ou de lentilles, c.-à-d. en les portant:

IL.02. Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal?

- | | | |
|--|---|--|
| Oui, sans aucune difficulté | 1 | |
| Oui, mais avec quelques difficultés | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficultés | 3 | |
| Non, pas du tout | 4 | |
| Ne sais pas | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

IL.03. Pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous (de l'autre côté de la rue)?

- | | | |
|--|---|----------|
| Oui, sans aucune difficulté | 1 | ▶ IL.05. |
| Oui, mais avec quelques difficultés | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficultés | 3 | |
| Non, pas du tout | 4 | |
| Ne sais pas | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

IL.04. Pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 1 mètre de vous (la longueur du bras)?

- | | | |
|--|---|--|
| Oui, sans aucune difficulté | 1 | |
| Oui, mais avec quelques difficultés | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficultés | 3 | |
| Non, pas du tout | 4 | |
| Ne sais pas | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

IL.05. Portez-vous un appareil auditif?

- | | | |
|--------------------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ IL.06. |
| Je suis tout à fait sourd..... | 3 | ▶ IL.09. |

Veillez répondre aux questions suivantes en tenant compte de votre utilisation habituelle de votre appareil auditif, c.-à-d. lorsque vous le portez:

IL.06. Pouvez-vous entendre distinctement ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes?

- | | |
|---|---|
| Oui, sans aucune difficulté | 1 |
| Oui, mais avec quelques difficultés | 2 |
| Oui, mais avec beaucoup de difficultés..... | 3 |
| Non, pas du tout | 4 |
| Ne sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

IL.07. Entendez-vous suffisamment bien pour suivre un programme télévisé avec un volume acceptable pour les autres?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Oui | 1 | ▶ IL.09. |
| Non | 2 | |
| Ne sais pas | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

IL.08. Pouvez-vous suivre un programme télévisé avec un volume plus élevé?

- | | |
|---------------------|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Ne sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Les questions suivantes concernent les problèmes éventuels de mobilité

IL.09. 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 sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

IL.10. Pouvez-vous marcher 500 mètres en terrain plat sans canne ni autre aide ou appareil spécifique?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

IL.11. Pouvez-vous monter et descendre des escaliers sans canne ni autre aide ou appareil spécifique?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

IL.12. Pouvez-vous vous baisser et vous agenouiller sans aide ou appareil spécifique?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

IL.13. Pouvez-vous soulever et porter un sac à provisions plein de 5 kilos sur une distance d'au moins 10 mètres sans aucune aide ou appareillage spécifique?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

IL.14. Pouvez-vous, à l'aide de vos doigts, saisir ou manipuler un petit objet tel qu'un stylo sans aucune aide?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

IL.15. Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs, comme par exemple une pomme ferme?

Oui, sans aucune difficulté	1
Oui, mais avec quelques difficultés	2
Oui, mais avec beaucoup de difficultés	3
Non, pas du tout	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

La question suivante concerne votre mémoire.

IL.16. Vous arrive-t-il parfois d'avoir des difficultés pour retenir ou pour vous rappeler certaines choses?

Non, pas de difficultés	1
Oui, quelques difficultés.....	2
Oui, beaucoup de difficultés	3
Je ne sais pas du tout le faire.....	4
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

Les questions suivantes concernent les activités liées aux besoins quotidiens. Ne tenez pas compte de vos difficultés passagères pour les accomplir.

Voici une liste d'activités (carte 4)

IL.17. Avez-vous habituellement des difficultés à réaliser une ou plusieurs des activités suivantes par vous-même?

		Non, aucune difficulté	Oui, quelques difficultés	Oui, beaucoup de difficultés	Je ne peux pas réaliser ces activités par moi-même	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Se coucher et se lever du lit	1	2	3	4	9	0
02.	S'asseoir et se relever d'une chaise	1	2	3	4	9	0
03.	S'habiller et se déshabiller	1	2	3	4	9	0
04.	Prendre un bain ou une douche	1	2	3	4	9	0
05.	Se laver les mains ou la figure	1	2	3	4	9	0
06.	Se nourrir à l'aide d'une fourchette et d'un couteau	1	2	3	4	9	0
07.	Utiliser les toilettes	1	2	3	4	9	0

Enquêteur: Si pour au moins une des activités de la question IL.17 la réponse est 2,3,4,9 ou 0, passez à la question IL.18.

Si la réponse est 1 pour toutes les activités de la question IL.17, passez à la page 17.

Parmi ces activités liées à vos besoins quotidiens, repensez à celles que vous réalisez difficilement seul(e).

IL.18. Disposez-vous généralement d'une aide?

Oui, au moins pour l'une des activités

Non, je fais toutes ces activités par moi-même ► IL.21.

Ne sais pas

Pas de réponse

IL.19. Qui vous apporte généralement de l'aide? (Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
01. Une aide professionnelle	1	2
02. La famille ou des amis	1	2

Ne sais pas

Pas de réponse

IL.20. Avez-vous suffisamment d'aide?

- Oui

1

 ► IL.22.
- Non, pas pour une activité au moins

2

 ► IL.22.
- Ne sais pas

9

 ► IL.22.
- Pas de réponse.....

0

 ► IL.22.

IL.21. Auriez-vous besoin d'aide?

- Oui, au moins pour une activité

1

- Non

2

- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

IL.22. Restez-vous en permanence au lit, même si une personne peut vous aider à vous lever?

- Oui

1

- Non

2

- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

IL.23. Etes-vous assis(e) toute la journée dans un fauteuil (autre qu'une chaise roulante) même si une personne peut vous aider à marcher?

- Oui

1

- Non

2

- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

IL.24. Etes-vous confiné(e) dans votre maison, votre appartement ou votre jardin?

- Oui

1

- Non

2

- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

Maintenant, nous nous référons aux activités domestiques de la vie quotidienne. Ignorez toujours les difficultés passagères pour les accomplir

Voici une liste d'activités (carte 5)

IL.25. Avez-vous habituellement des difficultés à réaliser une ou plusieurs des activités suivantes par vous-même?

		Non, aucune difficulté	Oui, quelques difficultés	Oui, beaucoup de difficultés	Je ne peux pas réaliser ces activités par moi-même	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Préparer les repas	1	2	3	4	9	0
02.	Utiliser le téléphone	1	2	3	4	9	0
03.	Faire toutes les courses	1	2	3	4	9	0
04.	Faire la lessive	1	2	3	4	9	0
05.	Faire des tâches ménagères légères	1	2	3	4	9	0
06.	Faire occasionnellement des tâches ménagères lourdes	1	2	3	4	9	0
07.	Gérer vos finances et les tâches administratives quotidiennes	1	2	3	4	9	0

Enquêteur: Si pour au moins une des activités de la question IL.25 la réponse est 2,3,4,9 ou 0, passez à la question IL.26.

Si la réponse est 1 pour toutes les activités de la question IL.25, passez au module suivant.

IL.26. Pourquoi avez-vous des difficultés pour réaliser ces activités?

- Principalement à cause de mon état de santé, de mes limitations physiques ou de mon âge avancé 1
- Principalement pour d'autres raisons (je n'ai jamais essayé de le faire, etc...) 2
- Ne sais pas 9
- Pas de réponse..... 0

Repensez à ces activités domestiques que vous réalisez difficilement seul(e).

IL.27. Disposez-vous généralement d'une aide?

- Oui, au moins pour l'une des activités

1

- Non, je fais toutes ces activités par moi-même

2

 ► IL.30.
- Ne sais pas

9

 ► IL.30.
- Pas de réponse.....

0

 ► IL.30.

IL.28. Qui vous apporte généralement de l'aide?

(plusieurs réponses possibles)

- | | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| 01. Une aide professionnelle | 1 | 2 |
| 02. Aide de la famille ou des amis | 1 | 2 |
- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

IL.29. Avez-vous suffisamment d'aide?

- Oui

1

 ► PI.01.
- Non, pour une activité au moins

2

 ► PI.01.
- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

IL.30. Auriez-vous besoin d'aide?

- Oui, au moins pour une activité

1

- Non

2

- Ne sais pas

9

- Pas de réponse.....

0

Douleur

Enquêteur: Si le répondant est un proxy, passez directement à GP.01.

Les questions suivantes concernent toutes les douleurs physiques, de quelque nature qu'elles soient, que vous auriez ressenties au cours des 4 dernières semaines.

PI.01. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos douleurs physiques?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Aucune..... | 1 | ▶ GP.01. |
| Très faible | 2 | |
| Faible | 3 | |
| Moyenne | 4 | |
| Grande..... | 5 | |
| Très grande | 6 | |
| Ne sais pas..... | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

PI.02. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure ces douleurs vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques?

- | | |
|---------------------|---|
| Pas du tout..... | 1 |
| Un petit peu | 2 |
| Moyennement..... | 3 |
| Beaucoup..... | 4 |
| Enormément | 5 |
| Ne sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Contacts avec un médecin généraliste

Voici maintenant quelques questions au sujet de l'utilisation des services de soins de santé.

GP.01. Avez-vous un médecin généraliste attitré ou un cabinet de médecins généralistes attitré? Il peut aussi s'agir d'une maison médicale.

Enquêteur: Par un médecin ou cabinet de médecins "attitré" on entend: un médecin (ou cabinet) que le répondant contacte habituellement en cas de problèmes de santé.

- | | | |
|---------------------|----------|----------|
| Oui | 1 | ▶ GP.03. |
| Non | 2 | |
| Ne sais pas | 9 | ▶ GP.03. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ 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 6.

	Oui	Non
01. Je ne suis jamais malade	1	2
02. Je suis souvent absent pour longtemps	1	2
03. Je consulte plusieurs médecins généralistes, d'après le problème	1	2
04. Je m'adresse normalement directement à un spécialiste.....	1	2
05. Je m'adresse normalement directement au service des urgences	1	2
06. Autre raison, précisez: _____	1	2
Ne sait pas	9	
Pas de réponse.....	0	

Les questions qui suivent concernent vos consultations avec le médecin généraliste pour vous-même. Il s'agit des consultations au cabinet du médecin et des visites à domicile, mais aussi les conseils par téléphone.

GP.03. Quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour la dernière fois?

- | | | |
|-------------------------------|---|----------|
| Il y a moins de 12 mois | 1 | |
| Il y a 12 mois ou plus | 2 | ▶ SP.01. |
| Jamais | 3 | ▶ SP.01. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ SP.01. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ SP.01. |

GP.04. Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des 4 dernières semaines qui se sont terminées hier, c'est-à-dire depuis le ___ / ___ / ___ ?

fois (*Enquêteur: pas du tout = 0*)

- | | |
|---------------------|----|
| Ne sais pas | 99 |
| Pas de réponse..... | -1 |

Attention: maintenant il s'agit des consultations avec le médecins généraliste au cours des **2 derniers mois.**

GP.05. Au cours des 2 derniers mois qui se sont terminés hier, c'est-à-dire depuis le ___ / ___ / _____, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste?

fois (*Enquêteur: pas du tout = 0 et ▶ SP.01.)*

- | | |
|---------------------|----|
| Ne sais pas | 99 |
| Pas de réponse..... | -1 |

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 dernières consultations avec un médecin généraliste qui ont eu lieu au cours des 2 derniers mois, à commencer par la plus récente.

Enquêteur: Veillez à ce que les consultations rapportées aient eu lieu **dans les 2 derniers mois**.

	GP.06.	GP.07.
	Quand cette consultation a-t-elle eu lieu?	Quel était le motif principal de cette consultation?
1	<p>Dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ► GP.09.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
2	<p>Avant-dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ► GP.09.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
3	<p>Avant avant-dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ► GP.09.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>

	GP.08.	GP.09.	GP.10.
	<p>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé qui ont motivé cette consultation.</p> <p>Prenez aussi en compte les troubles de santé mentale ou les problèmes sociaux.</p>	<p>Quel était cet autre motif?</p>	<p>Dans quel cadre cette consultation a-t-elle eu lieu?</p>
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas ▶ GP.10.</p> <p>0. Pas de réponse ▶ GP.10.</p>	<p>1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie</p> <p>2. Vaccination</p> <p>3. Prescription de la pilule</p> <p>4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé</p> <p>5. Autre, précisez:</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Consultation chez le médecin</p> <p>2. Visite à domicile</p> <p>3. Avis par téléphone</p> <p>4. Autre, précisez:</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas ▶ GP.10.</p> <p>0. Pas de réponse ▶ GP.10.</p>	<p>1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie</p> <p>2. Vaccination</p> <p>3. Prescription de la pilule</p> <p>4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé</p> <p>5. Autre, précisez:</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Consultation chez le médecin</p> <p>2. Visite à domicile</p> <p>3. Avis par téléphone</p> <p>4. Autre, précisez:</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas ▶ GP.10.</p> <p>0. Pas de réponse ▶ GP.10.</p>	<p>1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie</p> <p>2. Vaccination</p> <p>3. Prescription de la pilule</p> <p>4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé</p> <p>5. Autre, précisez:</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Consultation chez le médecin</p> <p>2. Visite à domicile</p> <p>3. Avis par téléphone</p> <p>4. Autre, précisez:</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>

Contacts avec un médecin spécialiste

Les questions suivantes concernent les consultations que vous avez eues pour vous-même avec un médecin spécialiste. Il s'agit des consultations en polyclinique, mais aussi des consultations par téléphone.

Les consultations avec un spécialiste au cours d'une hospitalisation ou d'une hospitalisation de jour ne doivent pas être rapportées ici.

Enquêteur: Ne pas tenir compte non plus des consultations:

- dans le cadre d'un service des urgences;
- avec un pédiatre lors d'une consultation de l'ONE.

SP.01. Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir réellement eu besoin de consulter un médecin spécialiste, mais de ne pas l'avoir fait?

- | | | |
|---|---|----------|
| Oui, c'est arrivé au moins une fois | 1 | |
| Non, ce n'est pas arrivé | 2 | ▶ SP.03. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ SP.03. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ SP.03. |

SP.02. Pour quelle raison n'avez-vous finalement pas consulté un médecin spécialiste?

Enquêteur: Montrez la carte 7.

- | | | |
|---|---|--|
| Je n'en avais pas les moyens (trop cher ou pas couvert par la mutuelle ou une assurance) | 1 | |
| Il y avait une liste d'attente ou je n'avais pas le document nécessaire pour être référé chez un médecin spécialiste | 2 | |
| Je n'avais pas de temps, soit à cause de mon travail, soit parce que je devais m'occuper de mes enfants ou d'autres personnes | 3 | |
| Problème de distance / pas de moyen de transport disponible | 4 | |
| Peur du médecin, de l'hôpital, des examens médicaux, des traitements | 5 | |
| J'ai préféré attendre pour voir si le problème allait se résoudre par lui-même | 6 | |
| Je ne connaissais pas de bon spécialiste | 7 | |
| Autre raison, précisez: _____ | 8 | |
| Ne sais pas | 9 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

SP.03. Quand avez-vous consulté un médecin spécialiste la dernière fois?

- | | | |
|-------------------------------|---|----------|
| Il y a moins de 12 mois | 1 | |
| Il y a 12 mois ou plus | 2 | ▶ DE.01. |
| Jamais | 3 | ▶ DE.01. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ DE.01. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ DE.01. |

SP.04. Combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 4 dernières semaines qui se sont terminées hier, c'est-à-dire depuis le ___ / ___ / ___?

fois (*Enquêteur: pas du tout = 0*)

- | | |
|---------------------|----|
| Ne sais pas | 99 |
| Pas de réponse..... | -1 |

Il s'agit maintenant des consultations avec le médecin spécialiste au cours des 2 derniers mois.

SP.05. Combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 2 derniers mois qui se sont terminés hier, c'est-à-dire depuis le ___ / ___ / ___?

fois (*Enquêteur: pas du tout = 0 ▶ DE.01.*)

- | | |
|---------------------|----|
| Ne sais pas | 99 |
| Pas de réponse..... | -1 |

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

	SP.06.	SP.07.	SP.08.
	<p>Quand cette consultation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>De quel type de spécialiste s'agissait-il?</p> <p><i>Enquêteur: Montrez la carte 8. Notez le n° du type de spécialiste.</i></p>	<p>Quel était le motif principal de cette consultation?</p>
1	<p>Dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Eng: Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</i></p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ▶ SP.10.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
2	<p>Avant-dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Eng: Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</i></p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ▶ SP.10.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
3	<p>Avant-avant-dernière consultation</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>0. Pas de réponse</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Eng: Si le type de spécialiste n'est pas indiqué dans la liste, notez la spécialité en lettres majuscules.</i></p> <p>.....</p> <p>99. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Une ou plusieurs <u>nouvelles</u> maladies, plaintes et problèmes de santé</p> <p>2. Contrôle ou renouvellement de prescription pour des maladies, des plaintes ou des problèmes de santé <u>connus</u></p> <p>3. Vous n'aviez pas de maladie, de plainte ou de problèmes de santé, mais vous avez consulté votre médecin pour une autre raison ▶ SP.10.</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>

Enquêteur: Veillez à ce que les consultations rapportées aient eu lieu **dans les 2 derniers mois**.

	SP.09.	SP.10.	SP.11.	SP.12.
	Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé qui ont motivé cette consultation. Prenez aussi en compte les troubles de santé mentale ou les problèmes sociaux.	Quelle était cet autre motif?	Lorsque vous avez consulté le spécialiste pour ce motif, était-ce pour la première fois ou bien était-ce une visite de contrôle?	Qui a pris l'initiative de prendre contact avec ce médecin spécialiste?
1	..... ..... ..... ..... ▶ SP.11. 9. Ne sait pas ▶ SP.11. 0. Pas de réponse ▶ SP.11.	1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie 2. Vaccination 3. Prescription de la pilule 4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé 5. Autre, précisez:	1. Première consultation 2. Visite de contrôle ▶ contact suivant ▶ ou DE.01. 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Un médecin généraliste 3. Un autre médecin spécialiste 4. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin du travail ou autre) 5. J'ai été appelé(e) par le spécialiste lui-même 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin, précisez: 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse
2	..... ..... ..... ..... ▶ SP.11. 9. Ne sait pas ▶ SP.11. 0. Pas de réponse ▶ SP.11.	1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie 2. Vaccination 3. Prescription de la pilule 4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé 5. Autre, précisez:	1. Première consultation 2. Visite de contrôle ▶ contact suivant ▶ ou DE.01. 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Un médecin généraliste 3. Un autre médecin spécialiste 4. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin du travail ou autre) 5. J'ai été appelé(e) par le spécialiste lui-même 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin, précisez: 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse
3	..... ..... ..... ..... ▶ SP.11. 9. Ne sait pas ▶ SP.11. 0. Pas de réponse ▶ SP.11.	1. Contrôle préventif sans aucune plainte ou maladie 2. Vaccination 3. Prescription de la pilule 4. Raison administrative, comme par ex. un certificat de bonne santé 5. Autre, précisez:	1. Première consultation 2. Visite de contrôle ▶ contact suivant ▶ ou DE.01. 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse	1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant) 2. Un médecin généraliste 3. Un autre médecin spécialiste 4. Un service de prévention (ONE, médecin scolaire, médecin du travail ou autre) 5. J'ai été appelé(e) par le spécialiste lui-même 6. Quelqu'un qui n'est pas médecin, précisez: 9. Ne sait pas 0. Pas de réponse

Contacts avec un dentiste

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

Enquêteur: Si la personne interrogée a moins de 15 ans, passez directement à DE.05.

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

DE.01. Avez-vous encore vos propres dents, ne fût-ce qu'une seule?

Oui	1
Non	2
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

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

Oui	1	
Non	2	▶ DE.04.
Ne sais pas	9	
Pas de réponse.....	0	

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

prothèse complète?	1
prothèse partielle?	2
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

DE.04. Portez-vous une prothèse fixe?

Oui	1
Non	2
Ne sais pas	9
Pas de réponse.....	0

DE.05. A quelle fréquence 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 sais pas	9
Pas de réponse.....	0

Les questions suivantes concernent des consultations que vous auriez eues pour vous-même chez un dentiste, un orthodontiste ou un autre spécialiste dentaire.

DE.06. Quand avez-vous consulté un dentiste ou orthodontiste pour la dernière fois?

Il y a moins de 6 mois	1	
Il y a 6 mois ou plus, mais moins de 12 mois	2	▶ ED.01.
Il y a 12 mois ou plus	3	▶ ED.01.
Jamais	4	▶ ED.01.
Ne sait pas	9	▶ ED.01.
Pas de réponse	0	▶ ED.01.

DE.07. Combien de fois avez-vous consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours des 2 derniers mois qui se sont terminées hier, c'est-à-dire depuis le ___ / ___ / ___?

fois (*Enquêteur: pas du tout = 0 et ▶ ED.01.*)

Ne sais pas	99
Pas de réponse.....	-1

DE.08. Combien de fois avez-vous consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours des 4 dernières semaines qui se sont terminées hier, c'est-à-dire depuis le ____ / ____ / ____?

--	--

 fois (*Enquêteur: pas du tout = 0*)

Ne sais pas

99
-1

Pas de réponse.....

Contacts avec le service des urgences d'un hôpital

Les questions qui suivent concernent vos contacts avec l'hôpital.

Nous commençons par les visites que vous auriez faites pour vous-même au service des urgences d'un hôpital.

Vous ne devez pas tenir compte ici des visites au service des urgences dans le cas où une hospitalisation, même d'une seule nuit, a suivi cette visite: ce genre de contact est repris dans le module "hospitalisation".

ED.01. Quand avez-vous consulté un service des urgences d'un hôpital pour la dernière fois?

- | | | |
|-------------------------------|---|----------|
| Il y a moins de 12 mois | 1 | |
| Il y a 12 mois ou plus | 2 | ▶ HO.01. |
| Jamais | 3 | ▶ HO.01. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ HO.01. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ HO.01. |

ED.02. Combien de fois avez-vous consulté le service des urgences d'un hôpital au cours des 4 dernières semaines qui se sont terminées hier, c'est-à-dire depuis le ____ / ____ / ____?

--

--

 fois (*Enquêteur: pas du tout = 0*)

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Ne sais pas | 99 | |
| Pas de réponse..... | -1 | |

Il s'agit maintenant des visites à un service d'urgences au cours des **2 derniers mois**.

ED.03. Combien de fois avez-vous consulté le service des urgences d'un hôpital au cours des 2 derniers mois qui se sont terminés hier, c'est-à-dire depuis le ____ / ____ / ____?

--

--

 fois (*Enquêteur: pas du tout = 0*)

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Ne sais pas | 99 | |
| Pas de réponse..... | -1 | |

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

Enquêteur: Veillez à ce que les contacts aient eu lieu au cours des 2 derniers mois.

	ED.04. Quand ce contact a-t-il eu lieu?	ED.05. Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous êtes venu au service des urgences. Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.	ED.06. Qui a pris l'initiative de consulter le service des urgences?
1	<p>Dernier contact</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>0. Pas de réponse</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant)</p> <p>2. Le médecin généraliste ► ED.08.</p> <p>3. Un médecin spécialiste ► ED.08.</p> <p>4. Quelqu'un qui n'est pas médecin</p> <p>9. Ne sait pas ► ED.08.</p> <p>0. Pas de réponse ► ED.08.</p>
2	<p>Avant-dernier contact</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>0. Pas de réponse</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant)</p> <p>2. Le médecin généraliste ► ED.08.</p> <p>3. Un médecin spécialiste ► ED.08.</p> <p>4. Quelqu'un qui n'est pas médecin</p> <p>9. Ne sait pas ► ED.08.</p> <p>0. Pas de réponse ► ED.08.</p>
3	<p>Avant-avant-dernier contact</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>0. Pas de réponse</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Moi-même (ou parent/tuteur dans le cas d'un enfant)</p> <p>2. Le médecin généraliste ► ED.08.</p> <p>3. Un médecin spécialiste ► ED.08.</p> <p>4. Quelqu'un qui n'est pas médecin</p> <p>9. Ne sait pas ► ED.08.</p> <p>0. Pas de réponse ► ED.08.</p>

	ED.07.			ED.08.
	Pourquoi avez-vous préféré consulter un service des urgences plutôt que d'aller voir un médecin généraliste ou spécialiste? (Plusieurs réponses possibles)			Quand le contact a-t-il eu lieu?
	<i>Enquêteur: Montrez la carte 9.</i>			
1		Oui	Non	
	01. Le service des urgences est ouvert 24h sur 24h	1	2	1. Dans la semaine, pendant la journée
	02. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment	1	2	2. Dans la semaine, pendant la nuit
	03. Pas de frais de consultation immédiats	1	2	3. Le week-end, pendant la journée
	04. Meilleur traitement	1	2	4. Le week-end, pendant la nuit
	05. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux	1	2	
	06. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs.....	1	2	
	07. Autre raison, précisez:	1	2	
	Ne sait pas	9		9. Ne sait pas
Pas de réponse	0		0. Pas de réponse	
2		Oui	Non	
	01. Le service des urgences est ouvert 24h sur 24h	1	2	1. Dans la semaine, pendant la journée
	02. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment	1	2	2. Dans la semaine, pendant la nuit
	03. Pas de frais de consultation immédiats	1	2	3. Le week-end, pendant la journée
	04. Meilleur traitement	1	2	4. Le week-end, pendant la nuit
	05. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux	1	2	
	06. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs.....	1	2	
	07. Autre raison, précisez:	1	2	
	Ne sait pas	9		9. Ne sait pas
Pas de réponse	0		0. Pas de réponse	
3		Oui	Non	
	01. Le service des urgences est ouvert 24h sur 24h	1	2	1. Dans la semaine, pendant la journée
	02. Tous les examens complémentaires peuvent être réalisés au même moment	1	2	2. Dans la semaine, pendant la nuit
	03. Pas de frais de consultation immédiats	1	2	3. Le week-end, pendant la journée
	04. Meilleur traitement	1	2	4. Le week-end, pendant la nuit
	05. Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux	1	2	
	06. Parce qu'il y a un hôpital avec un service des urgences dans les environs.....	1	2	
	07. Autre raison, précisez:	1	2	
	Ne sait pas	9		9. Ne sait pas
Pas de réponse	0		0. Pas de réponse	

Hospitalisation

Les questions qui suivent portent sur les admissions à l'hôpital.

Tous les types d'établissements hospitaliers doivent être pris en compte.

Mais ne tenez pas compte des visites au service des urgences ou des consultations réalisées dans un hôpital comme patient externe, c.-à-d. non hospitalisé.

Les hospitalisations pour un accouchement sont également considérées.

Nous commencerons par quelques questions sur les hospitalisations **pour lesquels vous avez dû rester à l'hôpital pendant la nuit.**

HO.01. Au cours des 12 derniers mois, soit depuis le ____ / ____ / _____, avez-vous été admis(e) à l'hôpital pendant au moins une nuit?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ HO.07. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ HO.07. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ HO.07. |

HO.02. Combien de fois?

		fois
--	--	------

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Ne sais pas | 99 | |
| Pas de réponse..... | 0 | |

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 dernières hospitalisations qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois, à commencer par la plus récente.

Enquêteur: Veillez à ce que les hospitalisations aient lieu au cours des 12 derniers mois.

	HO.03.	HO.04.	HO.05.	HO.06.
	<p>Quand cette hospitalisation a-t-elle eu lieu? (date d'admission)</p>	<p>S'agissait-il d'un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie d'un hôpital général?</p>	<p>Combien de nuits avez-vous passées à l'hôpital?</p>	<p>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé qui ont justifié cette hospitalisation.</p> <p>Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.</p>
1	<p>Dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui, un hôpital psychiatrique</p> <p>2. Oui, un service de psychiatrie d'un hôpital général</p> <p>3. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. nuits</p> <p>2. Hospitalisation en cours</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
2	<p>Avant-dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui, un hôpital psychiatrique</p> <p>2. Oui, un service de psychiatrie d'un hôpital général</p> <p>3. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. nuits</p> <p>2. Hospitalisation en cours</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
3	<p>Avant-avant-dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>1. Oui, un hôpital psychiatrique</p> <p>2. Oui, un service de psychiatrie d'un hôpital général</p> <p>3. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>1. nuits</p> <p>2. Hospitalisation en cours</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>

Hospitalisation de jour

Les questions suivantes concernent les hospitalisations de jour.

HO.07. Au cours des **12 derniers mois**, c'est-à-dire depuis le ___/___/___, avez-vous été admis(e) à l'hôpital pour une hospitalisation de jour, c.-à-d. une hospitalisation pendant laquelle vous avez reçu une chambre et un lit, mais avez pu retourner à la maison le même jour?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ HO.11. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ HO.11. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ HO.11. |

HO.08. Combien de fois?

--	--

 fois

- | | |
|---------------------|----|
| Ne sais pas | 99 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Les questions suivantes se réfèrent aux 3 dernières hospitalisations de jour qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois, à commencer par la plus récente.

Enquêteur: Veillez à ce que les hospitalisations de jour aient lieu au cours des 12 derniers mois.

	HO.09.	HO.10.
	<p>Quand cette hospitalisation a-t-elle eu lieu? (date d'admission)</p>	<p>Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé qui ont justifié cette hospitalisation.</p> <p>Prenez aussi en compte les problèmes de santé mentale ou d'ordre social.</p>
1	<p style="text-align: center;">Dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
2	<p style="text-align: center;">Avant-dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>
3	<p style="text-align: center;">Avant-avant-dernière hospitalisation</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>0. Pas de réponse</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Ne sait pas</p> <p>0. Pas de réponse</p>

Les questions suivantes concernent aussi bien les hospitalisations de jour que celles pour lesquelles vous avez dû passer la nuit à l'hôpital.

HO.11. Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé qu'un médecin ait estimé que vous deviez vraiment être admis(e) à l'hôpital, mais que vous n'ayez finalement pas été hospitalisé(e)?

- | | | |
|---|---|----------|
| Oui, c'est arrivé au moins une fois | 1 | |
| Non, cela ne m'est pas arrivé | 2 | ▶ OH.01. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ OH.01. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ OH.01. |

HO.12. Quelle fut la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été hospitalisé(e) ?

Enquêteur: Montrez la carte 10.

- | | |
|--|---|
| Je n'en avais pas les moyens (trop cher ou pas couvert par la mutuelle ou une assurance) | 1 |
| Liste d'attente, autres raisons liées à l'hôpital | 2 |
| Manque de temps en raison du travail, de la nécessité de s'occuper des enfants ou d'autres personnes | 3 |
| L'hôpital est trop éloigné / pas de moyens de transport..... | 4 |
| Par crainte de l'opération / du traitement..... | 5 |
| Pour une autre raison, précisez: _____ | 6 |
| Ne sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Contacts avec d'autres services de santé

Les questions suivantes concernent les contacts que vous auriez eus pour vous-même avec d'autres professionnels de la santé, des services de prévention et des services sociaux.

OH.01. Au cours des 12 derniers mois, soit depuis le ____/____/____, avez-vous consulté les professionnels ou service suivants?

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Laboratoire médical, centre de radiologie ou d'imagerie médicale	1	2	9	0
02. Kinésithérapeute	1	2	9	0
03. Infirmière/sage femme ou accoucheur/euse (excepté lors d'une hospitalisation, lors de soins à domicile, dans un laboratoire médical ou dans un centre de radiologie ou d'imagerie médicale)	1	2	9	0
04. Diététicien(ne)	1	2	9	0
05. Logopède	1	2	9	0
06. Ergothérapeute	1	2	9	0
07. Psychologue ou psychothérapeute	1	2	9	0
08. Autres professionnels de la santé Précisez: _____	1	2	9	0

OH.02. Au cours des 12 derniers mois, soit depuis le ____/____/____, avez-vous consulté un ou une ...

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Homéopathe?	1	2	9	0
02. Acuponcteur/trice?	1	2	9	0
03. Phytothérapeute/herbaliste?	1	2	9	0
04. Chiropracteur/trice?	1	2	9	0
05. Thérapeute manuel?	1	2	9	0
06. Ostéopathe?	1	2	9	0
07. Autre praticien(ne) de médecine alternative? Précisez : _____	1	2	9	0

OH.03. Au cours des 12 derniers mois, soit depuis le ____ / ____ / ____, avez-vous utilisé un des services suivants?

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Service de soins à domicile presté par une infirmière ou une sage-femme ou accoucheur/euse	1	2	9	0
<i>Enq: Si OUI, posez la question suivante:</i>	←			
01.01. S'agissait-il d'un service rémunéré entièrement par vos propres moyens?	1	2	9	0
02. Service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior)	1	2	9	0
<i>Enq: Si OUI, posez les questions suivantes:</i>	←			
02.01. S'agissait-il d'un service payé par des chèques services?	1	2	9	0
02.02. S'agissait-il d'un service privé, entièrement rémunéré par vos propres moyens?	1	2	9	0
03. Repas chauds à domicile	1	2	9	0
04. Service de transport	1	2	9	0
05. Autres services de soins à domicile. Précisez: _____	1	2	9	0

OH.04. Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire depuis le ____ / ____ / ____, avez-vous 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	0
02. Médecine scolaire	1	2	9	0
03. Médecine du travail	1	2	9	0
04. CPAS	1	2	9	0
05. Centre de Santé Mentale	1	2	9	0
06. Centre de planning familial ou de consultation conjugale	1	2	9	0
07. Autre service d'assistance sociale ou mentale. Précisez: _____	1	2	9	0

Consommation de médicaments

Médicaments pris au cours des 2 dernières semaines

J'aimerais à présent vous interroger sur votre consommation de médicaments ou de compléments alimentaires. Les questions suivantes concernent les médicaments que vous avez pris au cours des 2 dernières semaines. Vous devez également inclure les médicaments à base de plantes ou les vitamines, ainsi que – pour les femmes – les contraceptifs ou d'autres hormones.

DR.01. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments prescrits ou recommandés par un médecin?

Oui

1

Non

2

 ► DR.03.

Ne sais pas

9

 ► DR.03.

Pas de réponse.....

0

 ► DR.03.

DR.02. Ces médicaments étaient-ils destinés à soigner...?

Enquêteur: Posez la question et entourez le code de réponse pour chaque item de 01 à 16.

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Asthme	1	2	9	0
02. Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème	1	2	9	0
03. Tension artérielle élevée	1	2	9	0
04. Taux de cholestérol trop élevé dans le sang	1	2	9	0
05. Autre affection cardiovasculaire, telle que: accident vasculaire cérébral (attaque), hémorragie cérébrale ou infarctus	1	2	9	0
06. Douleurs dans les articulations (arthrose, arthrite)	1	2	9	0
07. Douleurs de la nuque ou du dos	1	2	9	0
08. Mal de tête ou migraine	1	2	9	0
09. Autres douleurs	1	2	9	0
10. Diabète	1	2	9	0
11. Symptômes d'allergie (eczéma, rhinite, rhume des foies)	1	2	9	0
12. Problèmes d'estomac	1	2	9	0
13. Cancer (chimiothérapie)	1	2	9	0
14. Dépression	1	2	9	0
15. Nervosité ou anxiété	1	2	9	0
16. Prévention d'ostéoporose	1	2	9	0

Avez-vous pris d'autres médicaments qui vous ont été prescrits, tels que ... ?

Enquêteur: Posez la question et entourez le code de réponse pour chaque item de 17 à 21.

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
17. Somnifères	1	2	9	0
18. Antibiotiques	1	2	9	0
19. <i>(Pour les femmes)</i> : pilules contraceptives, contraceptifs injectables, patchs...	1	2	9	0
20. <i>(Pour des femmes)</i> : hormones pour la ménopause	1	2	9	0
21. D'autres médicaments prescrits par un médecin Si oui: quel type de médicaments? _____	1	2	9	0

DR.03. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des produits (médicaments, suppléments alimentaires, plantes médicinales ou vitamines) non prescrits ou non recommandés par un médecin?

- Oui 1
- Non 2 ▶ p. 43.
- Ne sais pas 9 ▶ p. 43.
- Pas de réponse..... 0 ▶ p. 43.

DR.04. Ces médicaments étaient-ils destinés à soigner... ?

Enquêteur: Posez la question et entourez le code de réponse pour chaque item de 01 à 10.

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Douleur dans les articulations (arthrose, arthrite)	1	2	9	0
02. Mal de tête ou migraine	1	2	9	0
03. Autre douleur	1	2	9	0
04. Rhume, grippe, mal de gorge	1	2	9	0
05. Symptômes allergiques (eczéma, rhinite, rhume des foins)	1	2	9	0
06. Problème d'estomac	1	2	9	0
07. Nervosité ou anxiété	1	2	9	0
08. Ou bien s'agissait-il de somnifères?	1	2	9	0
09. Ou bien de vitamines, de minéraux ou de tonifiants?	1	2	9	0
10. Ou d'autres produits, médicaments ou suppléments? <i>Si oui précisez:</i> _____	1	2	9	0

Médicaments pris au cours des dernières 24 heures

Enquêteur: Si le répondant n'a pris aucun médicament au cours des 2 dernières semaines (réponse à la question DR.01 et DR.03 = "Non"), passez à la question PS.01.

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

DR.05. Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis _____ heures hier, avez-vous pris des médicaments?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ PS.01. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ PS.01. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ PS.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-barres sur l'emballage. En-dessous de ce code-barres, vous trouverez des chiffres.

Dans la plupart des cas, il s'agit de 4 chiffres - d'un tiret et de 3 chiffres (ex.1258-514). Il s'agit du "code CNK". Pour d'autres, vous trouverez un code composé d'un plus grand nombre de chiffres; dans ce cas, le code CNK correspond aux 7 premiers chiffres de la série.

En réponse à DR.06 et DR.07, notez le nom et le code CNK des médicaments que le répondant a pris au cours de ces dernières 24 heures. Pour chacun de ces médicaments posez également les questions DR.08 à DR.09.

Enquêteur: N'oubliez pas les questions DR.08 et DR.09 de la page en vis-à-vis, pour chaque médicament!

	DR.06.	DR.07.
	Nom du médicament (EN MAJUSCULES)	Code CNK
	<i>Enq.: Si pas de nom, entourez une des options (8, 9, 0)</i>	<i>Enq.: Si pas de code, entourez une des options (99, 9, 0)</i>
01	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
02	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
03	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
04	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
05	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
06	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
07	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
08	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
09	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
10	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
11	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
12	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
13	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR

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

	DR.08.	DR.09.
	S'agit-il d'un médicament à usage interne (comme un comprimé, un spray, du sirop ou une injection) ou à usage externe (comme une pommade ou des gouttes)?	Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous avez pris ce médicament.
01	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
02	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
03	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
04	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
05	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
06	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
07	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
08	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
09	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
10	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
11	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
12	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
13	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR

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

Enquêteur: N'oubliez pas les questions DR.08 à DR.09 de la page en vis-à-vis, pour chaque médicament!

	DR.06.	DR.07.
	Nom du médicament (EN MAJUSCULES)	Code CNK
	<i>Eng.: Si pas de nom, entourez une des options (8, 9, 0)</i>	<i>Eng.: Si pas de code, entourez une des options (99, 9, 0)</i>
14	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
15	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
16	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
17	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
18	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
19	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
20	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
21	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
22	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
23	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
24	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
25	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR
26	8. Préparation 9. NSP 0. 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 0. PR

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

	DR.08.	DR.09.
	S'agit-il d'un médicament à usage interne (comme un comprimé, un spray, du sirop ou une injection) ou à usage externe (comme une pommade ou des gouttes)?	Décrivez les plaintes, les maladies ou les problèmes de santé pour lesquels vous avez pris ce médicament.
14	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
15	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
16	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
17	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
18	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
19	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
20	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
21	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
22	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
23	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
24	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
25	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR
26	1. Usage interne <input type="checkbox"/> 2. Usage externe <input type="checkbox"/> 9. NSP 0. PR	9. NSP 0. PR

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

Satisfaction des patients

Enquêteur: Cette question ne peut pas être posée à un proxy.

Montrez la carte 11.

PS.01. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des services fournis par les prestataires de soins suivants, en Belgique?

		Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Hôpitaux (y compris services des urgences)	1	2	3	4	5	9	0
02.	Dentistes, orthodontistes et autres spécialistes de soins dentaires	1	2	3	4	5	9	0
03.	Médecins spécialistes	1	2	3	4	5	9	0
04.	Médecins généralistes ou médecins de famille	1	2	3	4	5	9	0
05.	Services de soins à domicile	1	2	3	4	5	9	0

Vaccination

Vaccination contre le Tétanos

VA.01. Avez-vous déjà été vacciné(e) ou reçu un rappel de vaccin contre le Tétanos?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ VA.03. |
| Je ne sais pas de quoi il s'agit..... | 3 | ▶ VA.03. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ VA.03. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ VA.03. |

VA.02. 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 sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Vaccination contre l'Hépatite B

Enquêteur: Les noms commerciaux des vaccins pour l'Hépatite B (HB) sont:
 Engerix B®, HB Vax Pro®, Fendrix®, Twinrix® or Infanrix-Hexa®.

VA.03. Avez-vous déjà été vacciné(e) contre l'Hépatite B (une forme de jaunisse)?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ VA.05. |
| Je ne sais pas de quoi il s'agit..... | 3 | ▶ VA.05. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ VA.05. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ VA.05. |

VA.04. 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 sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Vaccination contre la Grippe

VA.05. Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la Grippe?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ VA.07. |
| Je ne sais pas de quoi il s'agit..... | 3 | ▶ VA.07. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ VA.07. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ VA.07. |

VA.06. Quand avez-vous eu votre dernier vaccin contre la Grippe?

Enquêteur: Remplissez 99 si le mois est inconnu et 9999 si l'année est inconnue.

Mois: Année:

- Pas de réponse..... 0

Vaccination contre le Pneumocoque

Enquêteur: Le nom commercial du vaccin contre le Pneumocoque est le Pneumo 23®.

VA.07. Avez-vous déjà été vacciné(e) ou reçu un rappel de vaccin contre le Pneumocoque?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ VA.09. |
| Je ne sais pas de quoi il s'agit..... | 3 | ▶ VA.09. |
| Ne sais pas | 9 | ▶ VA.09. |
| Pas de réponse..... | 0 | ▶ VA.09. |

VA.08. 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 sais pas | 9 |
| Pas de réponse..... | 0 |

Enquêteur : Les deux questions suivantes ne doivent être posées qu'aux personnes âgées de 12 ans ou plus. Les autres passent à NS.01.

Autres vaccinations

VA.09. Avez-vous reçu une ou plusieurs autres vaccinations au cours des 12 derniers mois?

- Oui

1

- Non

2

 ► NS.01.
- Ne sais pas

9

 ► NS.01.
- Pas de réponse.....

0

 ► NS.01.

VA.10. Quel(s) vaccin(s) avez-vous reçu(s):

.....

.....

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.01. Quelle est votre taille, sans chaussures?

			cm
--	--	--	----

Ne sais pas	999
Pas de réponse.....	0

NS.02. Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures?

Enquêteur: Pour les femmes qui sont enceintes actuellement, demandez le poids avant la grossesse.

			kg
--	--	--	----

Ne sais pas	999
Pas de réponse.....	0

NH.01. A quelle fréquence mangez-vous des fruits?

Enquêteur: Montrez la carte 12 pour les questions NH.01, NH.03, NH.05, NH.07, NH.09 et NH.11.

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ NH.03.
Ne sait pas	9	▶ NH.03.
Pas de réponse	0	▶ NH.03.

NH.02. Quelle quantité de fruits mangez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

*Enquêteur : Une portion correspond à: 1 pomme, 1 banane, 1 orange... ou
2 prunes, 2 kiwis, 7 fraises... ou
½ pamplemousse ou 1 tranche d'ananas ou de melon.*

Moins de 2 portions	1
Environ 2 portions	2
Plus de 2 portions	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

NH.03. A quelle fréquence mangez-vous des légumes (excepté des jus et des pommes de terre)?

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ NH.05.
Ne sait pas	9	▶ NH.05.
Pas de réponse	0	▶ NH.05.

NH.04. Quelle quantité de légumes mangez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

Moins de 200 g	1
Environ 200 g	2
Plus de 200 g	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

NH.05. A quelle fréquence buvez-vous des jus de fruits ou de légumes?

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ NH.07.
Ne sait pas	9	▶ NH.07.
Pas de réponse	0	▶ NH.07.

NH.06. Quelle quantité de jus de fruits ou de légumes buvez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

Moins de 2 verres	1
Environ 2 verres	2
Plus de 2 verres	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

NH.07. A quelle fréquence mangez-vous du pain gris (également biscottes grises, pistolets gris ou baguette grise)?

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ NH.09.
Ne sait pas	9	▶ NH.09.
Pas de réponse	0	▶ NH.09.

NH.08. Quelle quantité de pain gris mangez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

Moins de 8 tranches	1
Environ 8 tranches.....	2
Plus de 8 tranches.....	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

NH.09. A quelle fréquence mangez-vous du poisson, des crustacés ou des fruits de mer (tels que colin, cabillaud, moules, crevettes,...)?

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ NH.11.
Ne sait pas	9	▶ NH.11.
Pas de réponse	0	▶ NH.11.

NH.10. Quelle quantité de poisson ou fruits de mer mangez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

Moins de 100 g	1
Environ 100 g.....	2
Plus de 100g.....	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

NH.11. A quelle fréquence buvez-vous des boissons rafraîchissantes sucrées?

Attention: il ne faut pas tenir compte ici des boissons rafraîchissantes « light »

2 fois par jour ou plus	1	
1 fois par jour	2	
4 à 6 fois par semaine	3	
1 à 3 fois par semaine	4	
Moins d'une fois par semaine	5	
Jamais	6	▶ HE.01.
Ne sait pas	9	▶ HE.01.
Pas de réponse	0	▶ HE.01.

NH.12. Quelle quantité de boissons rafraîchissantes sucrées buvez-vous en moyenne les jours où vous en consommez?

Moins d' 1 litre.....	1
Environ 1 litre.....	2
Plus d' 1 litre	3
Ne sait pas	9
Pas de réponse	0

Santé et environnement

Les questions suivantes concernent des facteurs environnementaux ici chez vous.

Enquêteur: Si le répondant est un proxy, passez à la question ET.01.

HE.01. Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes ici, chez vous, de quelle façon êtes-vous gêné(e), affecté(e) ou ennuyé(e), par une des conditions suivantes?

Enquêteur: Montrez la carte 13.

		Pas du tout	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Pollution de l'air (poussières fines, crasse, poussières, fumée, ozone)	5	4	3	2	1	9	0
02.	Mauvaises odeurs venant d'industries près de votre résidence	5	4	3	2	1	9	0
03.	Mauvaises odeurs venant d'autres sources (égouts, déchets, engrais)	5	4	3	2	1	9	0
04.	Accumulation d'immondices	5	4	3	2	1	9	0
05.	Humidité	5	4	3	2	1	9	0
06.	Moisissures ou champignons	5	4	3	2	1	9	0
07.	Vibrations dues au trafic routier, ferroviaire, aérien ou aux entreprises proches	5	4	3	2	1	9	0
08.	Bruit du trafic routier	5	4	3	2	1	9	0
09.	Bruit du trafic ferroviaire, du tram ou du métro	5	4	3	2	1	9	0
10.	Bruit du trafic aérien	5	4	3	2	1	9	0
11.	Bruit provenant des entreprises proches (usine, atelier)	5	4	3	2	1	9	0
12.	Bruit de voisinage	5	4	3	2	1	9	0

HE.02. Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes ici, chez vous, de quelle façon votre sommeil est-il perturbé par le ...:

Enquêteur : Montrez la carte 14.

		Pas du tout	Légè- rement	Moyen- nement	Beaucoup	Extrê- mement	Ne sait pas	Pas de réponse
01.	Bruit du trafic routier	5	4	3	2	1	9	0
02.	Bruit du trafic ferroviaire, du tram ou du métro	5	4	3	2	1	9	0
03.	Bruit du trafic aérien	5	4	3	2	1	9	0
04.	Bruit provenant des entreprises proches (usine, atelier)	5	4	3	2	1	9	0
05.	Bruit de voisinage	5	4	3	2	1	9	0

Etudes

Enquêteur: Les questions suivantes sont limitées aux personnes de 6 ans et plus.
 Pour les enfants de moins de 6 ans, l'interview est terminée.
 N'oubliez toutefois pas les questions ENQ.01, ENQ.02!

ET.01. Poursuivez-vous actuellement des études de jour (éventuellement à temps partiel)?

- | | | |
|----------------------|----------|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ ET.03. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ ET.03. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ ET.03. |

ET.02. Quelles études poursuivez-vous actuellement?

Enquêteur: Montrez la carte 15.

- | | | |
|--|-----------|--|
| 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 | 0 | |

Enquêteur: Pour les étudiants et les écoliers, l'interview est terminée.
 N'oubliez toutefois pas les questions ENQ.01 et ENQ.02!
 Pour les autres, continuez et montrez la carte 15.

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	0

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

Age:

Ne sais pas	99
Pas de réponse.....	0

Emploi

Les questions suivantes portent sur l'emploi. Nous considérons que quelqu'un a un emploi si il/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 ne travaillez pas 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 (éventuellement temporairement interrompue)..... | 1 | ▶ EM.04. |
| Non, pas d'activité rémunérée..... | 2 | |
| Ne sait pas | 9 | |
| Pas de réponse | 0 | |

EM.02. Vous n'exercez actuellement aucune activité rémunérée. Dans quelle situation suivante vous retrouvez-vous le mieux?

- | | |
|---|----------|
| Chômage | 1 |
| Maladie ou invalidité | 2 |
| Etudes..... | 3 |
| Pensionné(e) | 4 |
| Je suis occupé(e) à temps plein dans le ménage, sans rémunération | 5 |
| Je suis un aidant chez un indépendant | 6 |
| Autre situation, précisez: _____ | 7 |
| Ne sait pas | 9 |
| Pas de réponse | 0 |

EM.03. Vous n'exercez actuellement aucune activité rémunérée. Avez-vous déjà exercé un travail rémunéré?

- | | | |
|----------------------|----------|----------|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ▶ EM.11. |
| Ne sait pas | 9 | ▶ EM.11. |
| Pas de réponse | 0 | ▶ EM.11. |

Enquêteur: Pour les personnes qui ont actuellement un emploi rémunéré (EM.01=1), les questions suivantes concernent cet emploi actuel.
 Pour les personnes qui ont eu un emploi rémunéré dans le passé (EM.03=1), les questions suivantes concernent leur dernier emploi.

EM.04. Etes-vous (étiez-vous) employé(e) ou indépendant(e)?

Employé(e)	1	
Indépendant(e)	2	▶ EM.07.
Ne sait pas	9	▶ EM.07.
Pas de réponse	0	▶ EM.07.

EM.05. Combien d'heures par semaine travaillez-vous (travailliez-vous)?

	Heures par semaine:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
Ne sait pas		99		
Pas de réponse		0		

EM.06. Pouvez-vous décrire précisément votre (dernier) emploi?

.....	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Ne sait pas	999			
Pas de réponse	0			

EM.07. Quelle est l'activité principale de l'entreprise ou de l'institution où vous travaillez (avez travaillé)?

.....	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Ne sait pas	999			
Pas de réponse	-1			

Enquêteur: Les questions suivantes s'adressent aux personnes qui ont actuellement un emploi rémunéré (EM.01=1). Pour les autres, l'interview est terminée. N'oubliez pas ENQ.01 et ENQ.02, p.63.

EM.08. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent(e) de votre travail pour des raisons de santé? Prenez en considération toutes les maladies, blessures et autres problèmes de santé que vous auriez eus et qui ont causé une absence au travail.

Oui	1	
Non	2	▶ EM.10.
Ne sait pas	9	▶ EM.10.
Pas de réponse	0	▶ EM.10.

EM.09. Au cours des 12 derniers mois, combien de jours au total étiez-vous absent(e) de votre travail pour des raisons de santé? Si vous ne connaissez pas le nombre exact de jours, donnez une estimation.

Nombre de jours:

--	--	--

Ne sait pas

999

Pas de réponse

0

EM.10. Sur votre lieu de travail, dans quelle mesure êtes-vous exposé(e) aux situations suivantes:

Enquêteur : Montrez la carte 16.

	Sévèrement exposé(e)	Quelque peu exposé(e)	Pas exposé(e)	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Harcèlement ou intimidation	1	2	3	9	0
02. Discrimination	1	2	3	9	0
03. Violence ou menace de violence	1	2	3	9	0
04. Surcharge de travail ou trop peu de temps	1	2	3	9	0
05. Produits chimiques, poussière, fumées, gaz	1	2	3	9	0
06. Bruit ou vibrations	1	2	3	9	0
07. Mauvaises postures de travail, mouvements difficiles ou soulèvement de charges lourdes	1	2	3	9	0
08. Risques d'accident	1	2	3	9	0

Enquêteur : La question suivante concerne uniquement les personnes qui n'ont jamais exercé une activité rémunérée. Les autres personnes ont terminé l'interview. N'oubliez toutefois pas les questions ENQ.01 et ENQ.02!

EM.11. Pouvez-vous décrire précisément l'activité professionnelle de votre conjoint ou partenaire (activité actuelle ou celle qu'il/elle a exercée en dernier lieu)?

.....

--	--	--

Pas de conjoint/partenaire

888

Ne sait pas

999

Pas de réponse

0

Merci pour votre aimable collaboration!

Enquêteur: Indiquez 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. Le répondant a-t-il 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 le répondant a compris les questions?
(et a donc eu besoin de peu d'explications):**

N'a pas eu besoin d'explications	1
A eu besoin de quelques explications	2
A eu besoin de nombreuses explications	3

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES:

Lydia Gisle
Edith Hesse
Jean Tafforeau

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

Tél.: 02/642.57.53
02/642.57.55
02/642.57.71

e-mail: his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm>

Décembre 2007