



Institut National de Statistique



Institut Scientifique de la Santé Publique

Enquête de santé par interview, Belgique, 2001

Feuille de ménage

N° du ménage:

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

Nom de l'enquêteur: _____

N° de l'enquêteur:

--	--	--

Date de l'enquête

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

Composition du ménage

Enquêteur: *Mentionner ici également les personnes provisoirement absentes (par ex. les personnes en vacances, hospitalisées ou admises dans une institution pour une durée inférieure à 1 an).*

Ne pas mentionner les personnes présentes temporairement (hôtes, invité(e)s, pensionnaires,...).

N° d'identification	HC.01.	HC.02.	HC.03.	HC.04.
	Place dans le ménage <i>Enquêteur: Mentionner le prénom des personnes habitant sous le même toit et leur relation avec la personne de référence.</i> Mettez le code dans la case correspondante : 1. Partenaire 2. Parent 3. Enfant 4. Autre lien de parenté 5. Sans lien de parenté 9. Ne sait pas	Date de naissance Jour/mois/année Exemple : 19 janvier 1948 devient : 19/01/1948	Age (en années) Pour les enfants de moins d'un an, notez '0'.	Sexe 1. Masculin 2. Féminin
	Prénoms	code		
01	Personne de référence:		___ / ___ / ___	1 2
02			___ / ___ / ___	1 2
03			___ / ___ / ___	1 2
04			___ / ___ / ___	1 2
05			___ / ___ / ___	1 2
06			___ / ___ / ___	1 2
07			___ / ___ / ___	1 2
08			___ / ___ / ___	1 2
09			___ / ___ / ___	1 2
10			___ / ___ / ___	1 2
11			___ / ___ / ___	1 2
12			___ / ___ / ___	1 2

	HC.05. Quelle est la nationalité de chacun des membres de votre ménage?	HC.06. Quel est le pays de naissance de chacun des membres de votre ménage?	HC.07. Auprès de quelle mutuelle chacun des membres de votre ménage est-il affilié? 01. Mutualités chrétiennes 02. Mutualités neutres 03. Mutualités socialistes 04. Mutualités libérales 05. Mutualités libres 06. Caisse auxiliaire 07. SNCB 08. OSSOM 09. Autre, précisez 10. Aucune 99. Ne sait pas -1. Pas de réponse
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			
11.			
12.			

Revenus

Enquêteur: Ces questions sur le ménage sont à poser à la personne de référence ou à son/sa partenaire à la fin de l'interview face à face.

Dans les questions suivantes nous allons parler de la situation financière de votre ménage. Nous nous intéressons plus particulièrement au montant total des revenus disponibles de votre ménage. Par «montant total des revenus disponibles», nous entendons:

- les salaires nets (ou gages) perçus en fonction du travail qui a été presté (qu'il s'agisse d'une activité principale ou complémentaire) et les revenus pour les indépendants;
- les allocations sociales comme les allocations familiales, le chômage, la pension, les allocations pour incapacité de travail (temporaire ou invalidité) ou maladie professionnelle, le minimex, les aides du CPAS, ...;
- les sources complémentaires de revenu comme les loyers, rentes, intérêts de capitaux, etc.

La somme de toutes ces sources de revenu pour toutes les personnes du ménage est le montant total des revenus disponibles.

IN.01. Combien de personnes dans le ménage contribuent au montant total des revenus disponibles du ménage?

personnes

IN.02. Par mois, à combien s'élève le montant total des revenus disponibles du ménage? Si ce montant varie d'un mois à l'autre, donnez une moyenne.

FB

Enquêteur: Si, et seulement si la PI hésite, posez alors la question de la façon qui suit. Dans tous les autres cas, passez à IN.04.

IN.03. 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 80.000 francs?

Oui ¹ Montrez la carte 11

Non ² Montrez la carte 12

Pouvez-vous me montrer quel code correspond le mieux aux revenus du ménage?

(code)

IN.04. Parvenez-vous à couvrir vos dépenses avec l'ensemble des revenus disponibles mensuels du ménage, c'est à dire, parvenez-vous à nouer les deux bouts à la fin du mois?

Très difficilement..... 1

Difficilement..... 2

Plutôt difficilement..... 3

Plutôt facilement..... 4

Facilement..... 5

Très facilement..... 6

} Passez à la question AC.01.

IN.05. A combien devrait s'élever l'ensemble des revenus disponibles du ménage pour arriver à couvrir vos dépenses, c'est-à-dire pour parvenir à nouer les deux bouts à la fin du mois?

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

FB

Dépenses pour les soins de santé

Enquêteur: Si la famille n'a rien dépensé pour des prestataires de soins, médicaments, et/ou entrée dans une institution de soins, remplissez 0 francs à chaque fois.

AC.01. Combien votre ménage a-t-il dépensé au cours du mois passé pour des prestataires de soins comme les médecins, spécialistes, dentistes?

Les dépenses liées à une entrée dans une institution de soins (clinique, maison de repos, institution pour personnes handicapées) ne doivent pas être prises en compte. Si vous ne connaissez pas le montant de manière précise, donnez une estimation.

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

FB au cours du dernier mois

AC.02. De combien votre ménage a-t-il été remboursé au cours du dernier mois par la mutualité? Si vous ne connaissez pas le montant de manière précise, donnez une estimation.

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

FB au cours du dernier mois

AC.03. Combien votre ménage a-t-il dépensé au cours du dernier mois pour acheter des médicaments (prescrits et non prescrits)? Si vous ne pouvez pas donner un montant exact, donnez une estimation.

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

FB au cours du dernier mois

AC.04. Combien votre ménage a-t-il dépensé au cours du dernier mois pour payer les frais de prise en charge dans une institution de soins (hôpital, maison de repos, institution pour personne handicapée)? Si vous ne pouvez pas donner un montant exact, donnez une estimation.

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

 FB au cours du dernier mois

Enquêteur: S'il n'y a pas de frais pour le séjour dans une institution de soins, passez à AC.06.

AC.05. Pouvez-vous préciser pour quel type d'institution votre ménage a dû payer les frais de prise en charge au cours du dernier mois?
(plusieurs réponses possibles)

- 01. Hôpital..... 1
- 02. Institut psychiatrique..... 2
- 03. Institution pour personnes handicapées..... 3
- 04. Maison de repos ou maison de repos et de soins 4
- 05. Autre, précisez: _____ 5

AC.06. Les dépenses possibles pour les soins de santé ne sont pas limitées seulement aux dépenses pour les prestataires de soins, les médicaments ou le séjour dans une institution de soins. Des accessoires médicaux peuvent eux aussi induire des coûts.

Je vais vous citer une liste d'accessoires médicaux. Pouvez-vous à chaque fois me dire combien votre ménage a dépensé au cours du mois dernier pour chacun de ces items?

- 01. Pansement, matériel de désinfection et/ou compresses FB
- 02. Bandages FB
- 03. Aliments par sonde ou aliments spéciaux sur prescription médicale FB
- 04. Bouteilles d'oxygène / aérosols FB
- 05. Matériel d'injection FB
- 06. Matériel pour incontinence et alaises FB

AC.07. Trouvez-vous que votre contribution personnelle pour les soins de santé (l'argent que vous devez payer vous-même) est pour votre budget:

- facilement supportable..... 1
- difficilement supportable..... 2
- impossible..... 3
- Ne sait pas..... 9
- Pas de réponse..... -1

AC.08. Il est difficile pour certains de recevoir des soins médicaux lorsqu'ils en ont besoin. Au cours des 12 derniers mois, vous ou quelqu'un de votre ménage a-t-il eu besoin de soins médicaux ou d'une opération qu'il n'a pas pu se payer?

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

AC.09. Au cours des 12 derniers mois, vous ou quelqu'un de votre ménage a-t-il eu besoin de soins dentaires qu'il n'a pas pu se payer?

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

AC.10. Au cours des 12 derniers mois, vous ou quelqu'un de votre ménage a-t-il eu besoin de médicaments sur prescription qu'il n'a pas pu se payer?

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

AC.11. Au cours des 12 derniers mois, vous ou quelqu'un de votre famille a-t-il eu besoin de lunettes qu'il n'a pas pu se payer?

Oui..... 1

Non..... 2

Ne sait pas..... 9

Pas de réponse..... -1

AC.12. Au cours des 12 derniers mois, vous ou quelqu'un de votre ménage a-t-il eu besoin de soins en santé mentale qu'il n'a pas pu se payer?

Oui..... 1

Non..... 2

Ne sait pas..... 9

Pas de réponse..... -1

Logement

LO.01. Comment est-ce que vous pourriez décrire au mieux votre habitation?

- Habitation unifamiliale non mitoyenne..... 1
- Habitation unifamiliale semi-mitoyenne..... 2
- Habitation unifamiliale mitoyenne des deux côtés..... 3
- Habitation dans un immeuble comprenant deux logements..... 4
- Habitation dans un immeuble comprenant de trois à neuf logements..... 5
- Habitation dans un immeuble comprenant dix logements ou plus..... 6
- Chambre ou studio meublé..... 7
- Lieu de résidence pour personnes âgées (home, maison de repos,
maison de repos et de soins)..... 8
- Seigneurie pour personnes âgées..... 9
- Autre, précisez _____ 10

LO.02. Comment est-ce que vous pourriez décrire au mieux l'environnement de votre habitation?

- Rural ou semi-rural..... 1
- Zone résidentielle avec jardins..... 2
- Zone résidentielle dense, souvent avec jardin..... 3
- Zone résidentielle avec une majorité d'immeubles à
appartements multiples..... 4
- Zone à caractère commercial..... 5
- Zone à caractère industriel..... 6
- Zone principalement composée de bureaux..... 7

LO.03. Votre ménage est-il locataire ou est-il propriétaire de cette habitation?

- Propriétaire..... 1
- Locataire..... 2 Passez à la question LO.06.

LO.04. Devez-vous encore payer des mensualités pour le remboursement de votre habitation?

Oui..... ¹

Non..... ² Passez à la question HE.01.

LO.05. Combien payez-vous par mois pour ce remboursement?

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

FB

Passez à la question HE.01.

LO.06. Combien payez-vous par mois pour votre loyer?

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

FB

Santé et environnement

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

	<i>Extrêmement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Pas de réponse</i>
01. Mauvaises odeurs venant d'industries près de la résidence	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
02. Mauvaises odeurs venant d'autres sources (égouts, déchets, engrais)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
03. Accumulation d'immondices	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
04. Humidité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
05. Moisissures ou champignons	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
06. Champs électromagnétiques venant des lignes à haute tension ou d'antenne de G.S.M.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
07. Vibrations dues au trafic routier, ferroviaire, aérien ou aux entreprises proches	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
08. Bruit du trafic routier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
09. Bruit du trafic ferroviaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
10. Bruit du trafic aérien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
11. Bruit provenant des entreprises proches (usine, atelier)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1
12. Bruit de voisinage (p.ex. voix humaines, chiens, enfants)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> -1

HE.02. Trouvez-vous votre lieu de résidence...:

- très bruyant..... 1
- plutôt bruyant..... 2
- pas très bruyant..... 3
- pas bruyant du tout..... 4
- Ne sait pas..... 9
- Pas de réponse..... -1

Enquêteur: Si le lieu de résidence n'est «pas bruyant du tout», (réponse 4 à la question HE.02.), le questionnaire est terminé.

HE.03. Quand êtes-vous gêné(e) par le bruit?

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de Réponse
01. Pendant la journée.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
02. Pendant la nuit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
03. Tôt le matin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
04. Pendant la soirée.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
05. En permanence.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

HE.04. Quels sont les effets néfastes du bruit sur vous?

	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de Réponse
01. Effets sur le sommeil.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
02. Interférence au niveau de la communication.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
03. Problèmes de perte d'ouïe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
04. Agacement ou irritation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
05. Diminution de la performance ou de la productivité.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
06. Autre, précisez: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

HE.05. Etes-vous tellement gêné(e) par le bruit sur votre lieu de résidence que vous avez entrepris des actions comme:

	Oui	Non	Pas de Réponse
01. faire des travaux d'isolation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
02. utiliser des boules quiès.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
03. vous plaindre à vos voisins.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
04. déposer une plainte au bureau de police.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
05. penser à déménager.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
06. vous isoler dans une pièce calme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
07. prendre des médicaments (tranquillisants, somnifères.....)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1
08. avoir un autre comportement particulier,.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -1

précisez: _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Mme. L. Gisle
Mr. J. Tafforeau

Service d'Epidémiologie
Institut Scientifique de la Santé Publique
Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles

Tél : 02/642.57.26
02/642.57.40

e-mail his@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidemo/epifr/index0.htm>

27 mars 2001