

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
ECONOMIQUE, P.M.E.,  
CLASSES MOYENNES & ENERGIE



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

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SANTÉ PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE  
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT



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

## Enquête de santé par interview, Belgique, 2004

### Feuille de ménage

N° du ménage:

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

N° de l'enquêteur:

--	--	--	--

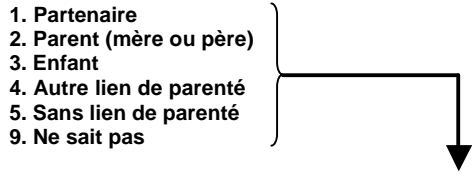
Date de l'enquête

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

## Composition du ménage

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

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

Check	N° de rang	HC.01.	HC.02.	HC.03.	HC.04.	
		Place dans le ménage <i>Enquêteur: Mentionnez le prénom des personnes habitant sous le même toit et leur relation avec la personne de référence.</i>  Mettez le <b>code</b> dans la case correspondante :  1. Partenaire 2. Parent (mère ou père) 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  (entourez)	
		Prénom	Code			
C.....	01	Personne de référence:		___ / ___ / ___		1 2
C.....	02			___ / ___ / ___		1 2
C.....	03			___ / ___ / ___		1 2
C.....	04			___ / ___ / ___		1 2
C.....	05			___ / ___ / ___		1 2
C.....	06			___ / ___ / ___		1 2
C.....	07			___ / ___ / ___		1 2
C.....	08			___ / ___ / ___		1 2
C.....	09			___ / ___ / ___		1 2
C.....	10			___ / ___ / ___		1 2
C.....	11			___ / ___ / ___		1 2
C.....	12			___ / ___ / ___		1 2

	<b>HC.05.</b>	<b>HC.06.</b>	<b>HC.07.</b>
	Quelle est la nationalité actuelle de chacun des membres de votre ménage?	Quel est le pays de naissance de chacun des membres de votre ménage?	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 et rémunérations perçus en fonction du travail qui a été presté (qu'il s'agisse d'une activité principale ou complémentaire) et la moyenne des revenus nets 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 revenu d'intégration sociale, 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.**

Indiquez l'unité monétaire rapportée:    Euros  <sub>1</sub>    FB  <sub>2</sub>

**Enquêteur:** Si, et seulement si la personne interrogée hésite, alors posez la question de la façon qui suit. Dans les autres cas, passez à AC.01.

**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 2.000 Euros (ou 80.000 Francs belges)?**

Oui  <sub>1</sub>    *Enquêteur: Montrez la carte 15.*

Non  <sub>2</sub>    *Enquêteur: Montrez la carte 16.*

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

(code)

Ne sait pas  <sub>9</sub>

Pas de réponse  <sub>-1</sub>

## Dépenses pour les soins de santé

**AC.01.** Combien votre ménage a-t-il dépensé au cours du dernier mois pour des prestataires de soins comme un médecin généraliste, spécialiste, dentiste, ...?

Les dépenses liées à l'admission 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.

Veuillez cocher s'il n'y a PAS eu de dépenses:  1

Indiquez l'unité monétaire rapportée: Euros  1      FB  2

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

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**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.

Veuillez cocher s'il n'y a PAS eu de remboursements:  1

Indiquez l'unité monétaire rapportée: Euros  1      FB  2

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

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

**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. Attention, les accessoires médicaux comme bandages, pansements, etc., ne doivent pas être pris en compte ici.**

Veuillez cocher s'il n'y a PAS eu de dépenses:  1

Indiquez l'unité monétaire rapportée: Euros  1 FB  2

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

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**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 personnes handicapées...)? Si vous ne pouvez pas donner un montant exact, donnez une estimation.**

Veuillez cocher s'il n'y a PAS eu de dépenses:  1 Passez à AC.06

Indiquez l'unité monétaire rapportée: Euros  1 FB  2

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

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**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)*

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
01. Hôpital .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Institut psychiatrique .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Institution pour personnes handicapées.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Maison de repos et/ou maison de repos et de soins .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Autre, précisez : .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

**AC.06. Les dépenses possibles pour les soins de santé ne sont pas limitées 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?**

Veuillez cocher s'il n'y a PAS eu de dépenses:  1 Passez à AC.07

Indiquez l'unité monétaire rapportée: Euros  1 FB  2

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

Ne sait pas  9 Pas de réponse  -1

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

- facilement supportable .....  1
- difficilement supportable .....  2
- impossible à supporter .....  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 prescrits 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 (d'un psychologue ou d'un psychiatre par exemple), qu'il n'a pas pu se payer?

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



## Logement

**LO.01. Comment pourriez-vous décrire au mieux votre habitation?**

- Habitation unifamiliale non mitoyenne .....  1
- Habitation unifamiliale semi-mitoyenne (d'un seul côté).....  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

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

**LO.02. Comment pourriez-vous 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
- Autre, précisez: .....  8

Ne sait pas  9

Pas de réponse  -1

Enquêteur: Si la personne est institutionnalisée, ne posez pas les questions LO.03 à LO.06 et passez directement à HE.01 page 11.

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

Propriétaire .....  1  
 Locataire .....  2      Passez à LO.06  
 Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

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

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

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

Indiquez l'unité monétaire rapportée:      Euros  1      FB  2

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

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

Enquêteur: Après cette question, passez à HE.01.

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

Indiquez l'unité monétaire rapportée:      Euros  1      FB  2

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

Ne sait pas  9      Pas de réponse  -1

## Santé et environnement

*Enquêteur: Les réponses par proxy ne sont pas autorisées.*

Les deux questions suivantes concernent des facteurs environnementaux. La première porte spécifiquement sur des facteurs environnementaux dans votre quartier, alors que la deuxième porte sur des facteurs environnementaux ici chez vous.

**HE.01. Dans votre quartier (ou voisinage), à quel point les conditions suivantes posent-elles un problème?**

*Enquêteur: Montrez la carte 17.*

	Très gros problème	Assez gros problème	Problème mineur	Pas du tout un problème	Cela arrive mais n'est pas un problème	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Gaz d'échappement.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
02. Mauvaises odeurs venant d'industries dans ou près du quartier .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
03. 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"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
04. 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"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
05. Pollution lumineuse provenant de l'extérieur: lumières la nuit, enseignes lumineuses, néons publicitaires.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
06. Vandalisme, graffitis ou endommagement délibéré de biens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

**HE.02. 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?**

	Extrême- ment	Beau- coup	Moyen- nement	Légère- ment	Pas du tout	Ne sait pas	Pas de réponse
01. Mauvaises odeurs venant d'industries près de votre résidence .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<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"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
13. Pollution lumineuse provenant de l'extérieur : lumières la nuit, enseignes lumineuses, néons publicitaires.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

**Enquêteur:** Pour les deux questions suivantes :

- inclure les personnes n'appartenant pas au ménage qui viennent fumer dans la maison ou appartement;
- exclure les membres du ménage qui fument seulement hors de la maison ou de l'appartement.

**HE.03. Est-ce que quelqu'un fume à l'intérieur de cette maison/ appartement presque chaque jour?**

- Oui.....  1
- Non.....  2 Passez à HE.05
- Ne sait pas  9 Passez à HE.05
- Pas de réponse  -1 Passez à HE.05

**HE.04. Combien de personnes fument à l'intérieur de cette maison/ appartement presque chaque jour?**

--	--

- Ne sait pas  99
- Pas de réponse  -1

**HE.05. Existe-t-il des restrictions concernant la consommation de cigarettes à l'intérieur de cette maison/ appartement?**

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

**HE.06. Quelles sont les restrictions concernant la cigarette à l'intérieur de cette maison ou appartement?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Les fumeurs sont priés de s'abstenir de fumer dans la maison .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Il n'est permis de fumer que dans certaines pièces.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Il est interdit de fumer en présence de jeunes enfants .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Autre restriction (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Ne sait pas <input type="checkbox"/> 9	Pas de réponse <input type="checkbox"/> -1	





RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

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

Section d'Epidémiologie  
Institut Scientifique de Santé Publique  
Rue Juliette Wytsman, 14 - 16  
B - 1050 Bruxelles

Tél.: 02/642.57.53  
02/642.57.55  
02/642.57.71  
02/642.40.87

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

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

2 Juin 2004