

Cadre réservé à l'enquêteur

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
N° adresse	N° individuel
.....	_ _ _ _
Prénom de l'assuré	Année de naissance

PERSONNE  
ACVC



## ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2012

### Questionnaire « Moins de 15 ans »

**Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon strictement anonyme**

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n° 2012X718AU du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, valable pour l'année 2012.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'IRDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de GfK ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy-les-Moulineaux.

**IRDES**  
Institut de recherche  
et documentation en  
économie de la santé



Il est important que ce soit l'adulte connaissant le mieux la santé de l'enfant qui remplisse ce questionnaire

**Prénom de l'enfant à qui est adressé le questionnaire :** .....  
(voir encadré en haut de la première page du questionnaire)

**Date de naissance de l'enfant à qui est adressé le questionnaire :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Prénom de la personne qui remplit le questionnaire :** ..... |\_|\_|  
(réservé chiff ement)

NIND\_REMP

## Santé et habitudes de vie



Les questions 1 à 4 doivent être posées directement à l'enfant.  
S'il est trop jeune pour y répondre, veuillez passer à la question 5.

→ **1.** Comment est ton état de santé en général ?

- <sub>1</sub> Très bon
- <sub>2</sub> Bon
- <sub>3</sub> Assez bon
- <sub>4</sub> Mauvais
- <sub>5</sub> Très mauvais

**ETASANTE**

→ **2.** As-tu une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Ne sais pas

**CHRONIQUE**

→ **3.** Es-tu limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les enfants font habituellement ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité
- <sub>2</sub> Oui, limité, mais pas fortement
- <sub>3</sub> Non pas limité du tout

**LIMITE**

→ **4.** Peux-tu noter, entre 0 et 10, ton état de santé ?  
(0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)

|\_|\_|

**NOTE**

**5.** Quelle est sa taille en cm ? |\_| m |\_|\_| cm **TAILLE**

Quel est son poids ? |\_|\_|\_| kg **POIDS**

**6.** Au cours des 12 derniers mois, a-t-il eu une de ces maladies ou problème de santé ?

- <sub>1</sub> Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique) **PB\_ASTHM**
- <sub>2</sub> Cervicalgies (douleurs du cou) et autres atteintes cervicales chroniques **PB\_CERVICAL**
- <sub>3</sub> Diabète **PB\_DIABET**
- <sub>4</sub> Allergies telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire (hors asthme allergique) **PB\_ALLERGI**
- <sub>5</sub> Dépression **PB\_DEPRESS**
- <sub>6</sub> Aucune des maladies citées ci-dessus **PB\_NON**

**7.** Souff e-t-il depuis au moins un mois de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes fréquents ou sommeil non réparateur ou réveil trop précoce) au moins 3 nuits par semaine ?

- <sub>1</sub> Oui **SOM\_TROUBLE**  
<sub>2</sub> Non

**8.** Si oui, ces troubles du sommeil ont-ils un retentissement sur sa vie quotidienne (sommolence diurne, baisse de l'attention, irritabilité...) ?

- <sub>1</sub> Oui **SOM\_VIE**  
<sub>2</sub> Non

**9.** Si oui, a-t-il consulté un médecin pour ces troubles du sommeil ?

- <sub>1</sub> Oui **SOM\_CONSULT**  
<sub>2</sub> Non

**10.** Porte-t-il :

- <sub>1</sub> Des lunettes ou des lentilles ? **PORTLUN**  
<sub>2</sub> Un appareil auditif ? **PORTAUD**  
<sub>3</sub> Un appareil d'orthodontie encore appelé appareil de redressement dentaire ? **PORTORT**  
<sub>4</sub> Aucune des propositions ci-dessus **PORTNON**

**11.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où il effectue un trajet d'au moins 10 minutes à pied ?

|\_| jours (0 si jamais) **TRAJAPIED** **TRAJAPIEDJR**

Précisément, combien de temps en moyenne par jour durent ces trajets |\_|\_| h |\_|\_| min

**12.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où il effectue un trajet d'au moins 10 minutes à vélo ?

|\_| jours (0 si jamais) **TRAJAVELO** **TRAJAVELOJR**

Précisément, combien de temps en moyenne par jour durent ces trajets |\_|\_| h |\_|\_| min

**13.** Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où il fait du sport pendant au moins 10 minutes de façon continue

|\_| jours (0 si jamais) **SPORT** **SPORTSEM**

Précisément, combien de temps dans une semaine habituelle |\_|\_|\_| h |\_|\_| min

**Tournez la page SVP ➡**



Une portion est l'équivalent de 80 à 100 grammes.  
C'est par exemple :



1 pomme



2 abricots



5-6 fraises



1 petit  
salade de fruits



1 petite  
assiette de crudité

**14.** A quelle fréquence consomme-t-il des fruits (en excluant les jus) ?

<sub>1</sub> 1 fois ou plus par jour

Combin de por ons par jour ? |\_\_|\_\_| **FRUITJR**

<sub>2</sub> Entre 4 et 6 fois par semaine

<sub>3</sub> Entre 1 et 3 fois par semaine

<sub>4</sub> Moins d'1 fois par semaine

<sub>5</sub> Jamais

FRUIT

**15.** A quelle fréquence consomme-t-il des légumes ou de la salade (en excluant les jus et les pommes de terre) ?

<sub>1</sub> 1 fois ou plus par jour

Combin de por ons par jour ? |\_\_|\_\_| **LEGUMEJR**

<sub>2</sub> Entre 4 et 6 fois par semaine

<sub>3</sub> Entre 1 et 3 fois par semaine

<sub>4</sub> Moins d'1 fois par semaine

<sub>5</sub> Jamais

LEGUME

Tournez la page SVP ➔

## Accidents de la vie courante



Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

**16.** Au cours des 3 derniers mois, a-t-il été victime d'1 ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?

- <sub>1</sub> Oui → **Combien a-t-il eu d'accidents de la vie courante au cours des 3 derniers mois ?** |\_|\_|  
→ **Allez à la question n° 17**
- <sub>2</sub> Non → **Le questionnaire est terminé**

ACVC

NBACVC

**17.** Le dernier accident a eu lieu ?

- <sub>1</sub> Au domicile **ACDOMICI**
- <sub>2</sub> A l'école **ACECOL**
- <sub>3</sub> Au cours d'une activité sportive **ACSPOR**
- <sub>4</sub> Sur un lieu de loisirs **ACLOIS**
- <sub>5</sub> Autre, précisez : ..... **CLDERACVC**

ACAUT

**18.** Décrivez la blessure dûe au dernier accident :

- <sub>1</sub> Plaie, coupure **BLCOUPUR**
- <sub>2</sub> Brûlure **BLBRULUR**
- <sub>3</sub> Fracture **BLFRACT**
- <sub>4</sub> Entorse, luxation **BLENTORS**
- <sub>5</sub> Autre, précisez : ..... **CLBLESACVC**

BLAUT

**19.** Où était située cette blessure ?

- <sub>1</sub> Tête **BLTETE**
- <sub>2</sub> Cou **BLCOU**
- <sub>3</sub> Epaule, bras, main **BLBRAS**
- <sub>4</sub> Genou, jambe, pied **BLJAMB**
- <sub>5</sub> Tronc **BLTRONC**
- <sub>6</sub> Autre, précisez : ..... **CLSITUACVC**

BLOUAUT

**20.** A quels soins a-t-il eu recours pour ce dernier accident :

- <sub>1</sub> Soins de médecin **RECMED**
- <sub>2</sub> Soins infirmiers **RECINF**
- <sub>3</sub> Kinésithérapie **RECKINE**
- <sub>4</sub> Achats en pharmacie **RECPHARM**
- <sub>5</sub> Passage aux urgences d'un hôpital **RECURG**
- <sub>6</sub> Hospitalisation **RECHOSP**
- <sub>7</sub> Autre, précisez : ..... **CLRECOURACVC**

RECAUT

**21.** Au cours des 48 heures qui ont suivi ce dernier accident, a-t-il été limité dans les activités qu'il fait habituellement ?

- <sub>1</sub> Oui, sévèrement limité
- <sub>2</sub> Oui, limité **LIMITACVC**
- <sub>3</sub> Non, pas du tout