



ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Introduire des questions de santé dans le recensement

Emmanuelle Cambois

Unité "*Mortalité, santé, épidémiologie*" à l'Ined



Pourquoi mesurer la santé dans le recensement ?

- ✓ Produire des données de cadrage locales, pour l'évaluation des besoins et le suivi de l'état de santé (EVSI par région),
- ✓ Distinguer la population des ménages ordinaires, des ménages collectifs et des autres hébergements,
- ✓ Possibilité d'appariement (EDP) pour d'autres analyses (risques de mortalité selon l'état de santé).

Comment mesurer la santé dans le recensement ?

- ✓ Concept multi-dimensionnel : quelle est la dimension la plus pertinente ?
- ✓ Contrainte de taille du questionnaire
- ✓ Contrainte du mode de collecte : santé déclarée, éviter les questions filtres, qui répond pour qui...



Des problèmes qui ont été analysés dans différents groupes de travail (programme européen, UN-Washington Group...)



ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Des formats existants et des options

Option 1. Le mini-module européen

- ✓ Couvre 3 dimensions de la santé,



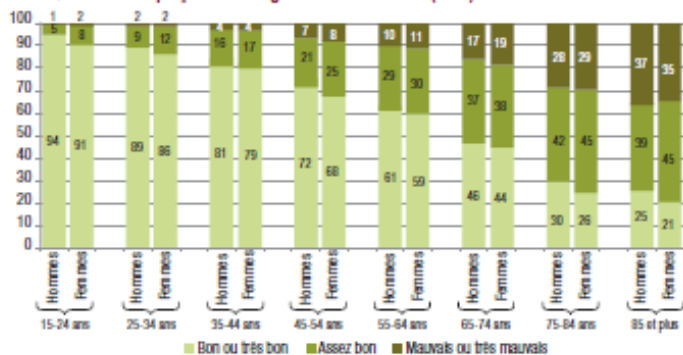


ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA-
PHIQUES

Comment est votre état de santé en général ?

Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais / Ne veut pas répondre / Ne sait pas

GRAPHIQUE 1 • Santé perçue selon l'âge et le sexe en 2009* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? ».

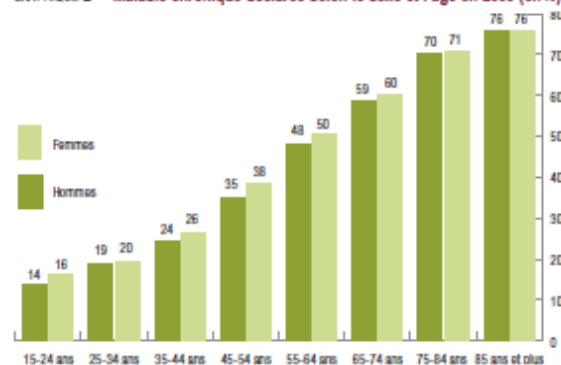
Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRICV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2009.

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

Oui / Non / Ne veut pas répondre / Ne sait pas

GRAPHIQUE 2 • Maladie chronique déclarée selon le sexe et l'âge en 2009 (en %)



* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? ».

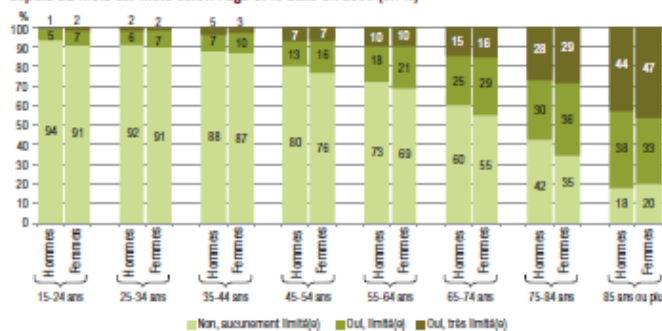
Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRICV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2009.

Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

Oui, fortement limité / Oui, limité(e), mais pas fortement / Non, pas limité du tout / Ne veut pas répondre / Ne sait pas

GRAPHIQUE 3 • Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe en 2009 (en %)



* Libellé de la question : « Depuis au moins six mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? ».

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRICV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2009.

L'état de santé de la population en France

Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique

Rapport 2011





ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Des formats existants et des options

Option 1. Le mini-module européen

- ✓ Couvre 3 dimensions de la santé,
- ✓ Fonctionne y compris en auto-administré,
- ✓ Présent dans de nombreux supports (enquête santé françaises et européennes, enquêtes sociales, enquêtes emploi)
- ✓ ... Concept plus large que la dépendance



ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Des formats existants et des options

Option 2. Le mini-module européen + « dépendance »

- ✓ S'appuyer sur les propositions du Washington group
- ✓ Resserre sur les besoins liés à la dépendance (APA, MDPH...)
- ✓ Ajoute une dimension de comparaison internationale

Comment mesurer la santé dans le recensement ?

Les questions « Restrictions d'activité » du Washington group

5. Avez-vous de la difficulté à prendre soins de vous-même, comme par exemple, à vous laver entièrement ou à vous habiller?

Non, aucune difficulté / Oui, certaine difficulté / Oui, beaucoup de difficulté / Cela m'est impossible.

6. Avez-vous de la difficulté à communiquer, par exemple à comprendre ou à vous faire comprendre, quand vous utilisez votre langage habituel?

Non, aucune difficulté / Oui, certaine difficulté / Oui, beaucoup de difficulté / Cela m'est impossible.

Avez-vous des difficultés à communiquer, par exemple à comprendre ou à vous faire comprendre, quand vous utilisez votre langage habituel ?

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, une certaine difficulté
3. Oui, beaucoup de difficulté

Les questions du
Washington group
dans la 3^{ème} vague de
l'enquête ERFI

SB3_WG6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
1	188	96.41	188	96.41
2	6	3.08	194	99.49
3	1	0.51	195	100.00



ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Des formats existants et des options

Option 3. Questionnaire adossé

- ✓ Expérience réussie de VQS
- ✓ Des questionnaires courts disponibles (WG)
- ✓ ... ne remplace pas une enquête et remplit moins le rôle de « surveillance »

INSEE ENQUÊTE VIE QUOTIDIENNE ET SANTÉ

*À remplir pour toutes les personnes du foyer : une colonne par personne, y compris les enfants.
Si une personne ne peut absolument pas réaliser une des activités citées cochez la case : Oui, beaucoup pour cette activité.
Des consignes plus détaillées sont écrites au verso de la lettre.*

Veuillez remplir une colonne différente pour chaque personne		Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Prénom					
①	Sexe de la personne	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
②	Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
③	Comment est l'état de santé général de la personne ?	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>	Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais <input type="checkbox"/>
④	La personne a-t-elle actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
⑤	La personne est-elle limitée dans les activités qu'elle peut faire en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ? (à la maison, au travail, à l'école...)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑥	La personne a-t-elle des difficultés pour voir les caractères ordinaires d'un article de journal (avec ses lunettes ou ses lentilles si elle en porte habituellement) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑦	A-t-elle des difficultés pour voir nettement le visage de quelqu'un à l'autre bout de la pièce (avec ses lunettes ou ses lentilles si elle en porte habituellement) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑧	A-t-elle des difficultés pour parler ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑨	A-t-elle des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑩	A-t-elle des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher 500 mètres ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑪	A-t-elle des difficultés pour lever le bras ? (par exemple pour attraper un objet en hauteur)	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>
⑫	A-t-elle des difficultés pour se servir de ses mains et de ses doigts (par exemple pour ouvrir une bouteille d'eau) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI, un peu <input type="checkbox"/> OUI, beaucoup <input type="checkbox"/> Trop jeune <input type="checkbox"/>



ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA
PHIQUES

Les autres notions de handicap :

- ✓ **Type de résidence dans le questionnaire logement :**
Ajouter « logements foyers avec services à la personne »
- ✓ **Cohabitation de générations dans le questionnaire individuel :** Modalité « date d'arrivée dans ce logement »
- ✓ **Accessibilité/adaptation dans le questionnaire logement :** Question « un ou plusieurs membres du ménage ont-ils des difficultés à entrer et sortir du logement / à accéder à leur chambre, la cuisine, la salle de bain ou les toilettes ? / à se servir des équipements disponibles (douche ou baignoire/toilette) »



Proposition

ined
INSTITUT
NATIONAL
D'ÉTUDES
DÉMOGRA-
PHIQUES

Questions santé

1. Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon Bon Assez bon Mauvais Très mauvais

2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- Oui Non

3. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- Oui, fortement limité(e)
 Oui, limité(e), mais pas fortement
 Non, pas limité(e)

4. Avez-vous des difficultés à prendre soin de vous-même, comme par exemple, à vous laver entièrement ou à vous habiller ?

- Non, pas de difficulté Oui, beaucoup de difficulté
 Oui, certaines difficultés Cela m'est impossible.

5. Avez-vous de la difficulté à communiquer, par exemple à comprendre ou à vous faire comprendre, quand vous utilisez votre langage habituel ?

- Non, pas de difficulté Oui, beaucoup de difficulté
 Oui, certaines difficultés Cela m'est impossible.

Précisions logement

Une ou plusieurs personnes du logement ont-elles des difficultés :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. à entrer et sortir du logement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. à accéder à leur chambre, la cuisine, la salle de bain ou les toilettes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. à se servir des équipements disponibles (douche ou baignoire/ toilette) » | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |