

6								
An	Vag	Enq	N° adresse			N° individuel		
			N1			NIND		
Prénom						Année de naissance		
(réservé enquêteur)								

Questionnaire santé et soins médicaux

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Chaque personne du foyer doit remplir un questionnaire, il est **très important** qu'elle le remplisse **elle-même**. Si cela n'est pas possible (cas des enfants par exemple), une autre personne du foyer peut le faire pour elle.

Dans tous les cas, merci d'indiquer ci-dessous :

Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : **NINDQS** (réservé chiffre)

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
jour mois année
JQS MQS

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.
 Label n° 2006X717AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2006.
 En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, 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 modifiée 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 ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy-les-Moulineaux.

Comment remplir ce questionnaire ?

En cochant pour chaque question la case correspondant à votre réponse, comme par exemple :

2. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- ₁ oui
- ₂ non
- ₃ Je ne sais pas

Attention, **vous n'êtes pas concerné par toutes les questions**. En suivant les **instructions** qui vous guideront tout au long du questionnaire, vous gagnerez du temps car elles vous permettront de « **passer** » les **questions** qui ne vous concernent pas.

Voici un exemple :

16. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- ₁ jamais ➡ Allez à la question 19.
- ₂ 1 fois par mois ou moins
- ₃ 2 à 4 fois par mois
- ₄ 2 à 3 fois par semaine
- ₅ 4 fois par semaine ou plus

Le symbole  attire votre attention sur des précisions ou des informations utiles.

Les informations recueillies dans ce questionnaire contribuent à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de son expérience du système de soins. Plus vous serez nombreux à participer, plus les résultats seront fiables. Toutefois, votre participation n'a pas de caractère obligatoire.

1 Comment est votre état de santé général ?

- ₁ Très bon
- ₂ Bon
- ₃ Moyen
- ₄ Mauvais
- ₅ Très mauvais

ETASANTE

2 Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

CHRONIQUE

3 Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- ₁ Oui, fortement limité
- ₂ Oui, limité
- ₃ Non

LIMITE

4 Indiquez votre poids : |_|_| kg **POIDS**

vosre taille : |_|m |_|_|cm **TAILLE**

5 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

OPERE

Si oui, précisez la nature des interventions :

.....

6 Portez-vous ?

- ₁ Des lunettes ou des lentilles **PROTLUN**
- ₂ Une prothèse auditive **PROTAUD**
- ₃ Une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...) **PROTDEN**
- ₄ Une prothèse dentaire amovible (dentier) **PROTDX**
- ₅ Un appareil de redressement dentaire **PROTE**
- ₆ Une autre prothèse (hanche, pile pour le cœur...) **PROTAUT**

Si oui, précisez :

- ₇ Aucune prothèse **PASPROT**
+PROTHANCH_GV +PROTCOEUR_GV
+PROTGENOU_GV

7 Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? (0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé) :

.....|_|_| **NOTE**

8 Diriez-vous que votre état dentaire est ?

- ₁ Très bon
- ₂ Bon
- ₃ Mauvais
- ₄ Très mauvais

ETADENT

9

Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 10.
- ₂ Non, j'ai des difficultés **INC_VUPRE**
- ₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec des lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage, pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal ?

- ₁ Oui, sans difficulté
- ₂ Non, j'ai toujours des difficultés
- ₃ Je n'ai pas de lunettes, ni de lentilles de contact

INC_VUPREAP

10

Pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous sans lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage spécifique ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 11.
- ₂ Non, j'ai des difficultés **INC_VULOIN**
- ₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec des lunettes ou lentilles de contact ou autre appareillage, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres ?

- ₁ Oui, sans difficulté
- ₂ Non, j'ai toujours des difficultés
- ₃ Je n'ai pas de lunettes, ni de lentilles de contact

INC_VULOINAP

11

Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation, sans appareillage auditif ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 12.
- ₂ Non, j'ai des difficultés **INC_ENTEN**
- ₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec un appareillage auditif, pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation ?

- ₁ Oui, sans difficulté
- ₂ Non, j'ai toujours des difficultés
- ₃ Je n'ai pas d'appareillage auditif

INC_ENTENAP

12

Pouvez-vous monter et descendre les escaliers, sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 13.
- ₂ Non, j'ai des difficultés **INC_ESCA**
- ₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec un appareillage spécifique ou avec l'aide de quelqu'un, pouvez-vous monter et descendre les escaliers, sans difficulté ?

- ₁ Oui, sans difficulté
- ₂ Non, j'ai toujours des difficultés
- ₃ Je n'ai pas d'appareillage spécifique

INC_ESCAAP

13

Pouvez-vous vous couper les ongles des orteils, sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 14.
₂ Non, j'ai des difficultés **INC_ONGL**
₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec un appareillage spécifique ou l'aide de quelqu'un, pouvez-vous vous couper les ongles des orteils sans difficulté ?

- ₁ Oui, sans difficulté
₂ Non, j'ai toujours des difficultés
₃ Je n'ai pas d'appareillage spécifique

INC_ONGLAP

14

Pouvez-vous marcher 500 mètres, sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 15.
₂ Non, j'ai des difficultés **INC_MARCH**
₃ Non, je ne peux pas du tout

Si non, avec un appareillage spécifique ou l'aide de quelqu'un, pouvez-vous marcher 500 mètres sans difficulté ?

- ₁ Oui, sans difficulté
₂ Non, j'ai toujours des difficultés
₃ Je n'ai pas d'appareillage spécifique

INC_MARCHAP

15

Vous arrive-t-il de ne pas vous souvenir à quel moment de la journée nous sommes ?

- ₁ Oui **SOUVJOUR**
₂ Non

16

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...) ?

- ₁ Oui **RENONCMED**
₂ Non

Si oui, pourquoi ?

- ₁ Pour des raisons financières **RENON_FIN**
₂ Parce que c'était trop compliqué **RENON_COMPLIQ**
₃ A cause du délai d'attente **RENON_DELAI**
₄ Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste **RENON_REDOUT**
₅ Parce que je préférerais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes **RENON_ATTEN**
₆ Pour une autre raison **RENON_AUTR**

Précisez :

..... **AUTRENONCMED...**
+ RENON_PASTPS_GV
+ RENON_NEGLI_GV
+ RENON_TRANSP_GV



Si vous êtes une femme de plus de 16 ans, répondez aux questions ci-dessous. Sinon, passez à la question 22 (page suivante).

17

Etes-vous ménopausée ?

- ₁ Oui **MENOPAU**
₂ Non

18

Prenez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?

- ₁ Oui **TRAITMENO**
₂ Non

19

Souffrez-vous de pertes involontaires d'urines ?

- ₁ Oui **PERTURINE**
₂ Non

20

Avez-vous déjà eu une mammographie (radiographie des seins) ?

- ₁ Oui, il y a moins de 2 ans
₂ Oui, il y a entre 2 et 3 ans **MAMMO**
₃ Oui, il y a plus de 3 ans
₄ Non, jamais

Si oui, votre mammographie vous a été :

MAMMOGRAT

- proposée gratuitement dans le cadre du dépistage organisé ? ₁ Oui ₂ Non (pris en charge à 100 %)

MAMMOSYMPT

- prescrite par un médecin car vous aviez des symptômes concernant vos seins ? ₁ Oui ₂ Non

MAMMOSURV

- prescrite par un médecin pour surveillance ? ₁ Oui ₂ Non

21

Avez-vous déjà eu un frottis cervico-utérin (appelé également frottis) ?

- ₁ Oui, il y a moins de 3 ans
₂ Oui, il y a entre 3 et 5 ans **FROTTIS**
₃ Oui, il y a plus de 5 ans
₄ Non, jamais

Si oui, le médecin qui l'a réalisé était :

- ₁ Un généraliste
₂ Un gynécologue ou un obstétricien
₃ Un autre médecin spécialiste

FROTTISQUI

Quelle(s) maladie(s) ou problème(s) de santé avez-vous actuellement ?

Voici une liste pour vous aider à répondre :

Si oui cochez cette case Avez-vous été traité au cours des 12 derniers mois ?

Si oui cochez cette case Avez-vous été traité au cours des 12 derniers mois ?

- 1. Maladies cardiovasculaires**
 - Hypertension artérielle ₀₁
 - Angine de poitrine ₀₂
 - Infarctus du myocarde de moins de 5 ans ₀₃
 - Infarctus du myocarde de plus de 5 ans..... ₀₄
 - Troubles du rythme cardiaque ₀₅
 - Accident vasculaire cérébral avec séquelle ... ₀₆
 - Accident vasculaire cérébral sans séquelle ... ₀₇
 - Artérite des membres inférieurs (maladie des artères) ₀₈
 - Varices, ulcère de jambe ₀₉
 - Hémorroïdes ₁₀
 - Autres, précisez : ₁₁
- 2. Cancer(s).** Précisez localisation et année du diagnostic
 - 1. | _ | _ | _ | _ | ₀₁
 - 2. | _ | _ | _ | _ | ₀₂
- 3. Maladies respiratoires et ORL**
 - Bronchite chronique ₀₁
 - Asthme ₀₂
 - Angine aiguë ₀₃
 - Sinusite ₀₄
 - Rhinopharyngite ₀₅
 - Rhinite allergique (rhume des foins) ₀₆
 - Autres, précisez : ₀₇
- 4. Maladies de l'oreille**
 - Otite ₀₁
 - Surdité, baisse de l'audition ₀₂
 - Autres, précisez : ₀₃
- 5. Maladies ou problèmes oculaires**
 - Glaucome ₀₁
 - Cataracte ₀₂
 - Problèmes de vue. Précisez : ₀₃
 - Autres, précisez : ₀₄
- 6. Maladies concernant les dents et les gencives**
 - Caries ₀₁
 - Autres, précisez : ₀₂
- 7. Problèmes digestifs**
 - Ulcère de l'estomac ou du duodénum ₀₁
 - Reflux œsophagien (reflux acide)..... ₀₂
 - Gastralgie (douleurs, brûlures de l'estomac) ₀₃
 - Colite, diarrhée chronique (douleurs intestinales chroniques) ₀₄
 - Autres, précisez : ₀₅
- 8. Maladies du foie**
 - Hépatites chroniques virales ₀₁
 - Autres, précisez : ₀₂

9. Maladies concernant les os et les articulations

- Lombalgie (mal de rein), sciatique, lumbago ₀₁
- Arthrose du genou ₀₂
- Arthrose de la hanche..... ₀₃
- Arthrose, autre localisation
- Précisez : ₀₄
- Autres, précisez : ₀₅
-

10. Maladies ou problèmes génitaux et urinaires

- Infections urinaires fréquentes ₀₁
- Troubles des règles ₀₂
- Troubles liés à la ménopause ₀₃
- Adénome de la prostate..... ₀₄
- Autres, précisez : ₀₅

11. Maladies endocriniennes et métaboliques

- Diabète..... ₀₁
- Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie) ₀₂
- Cholestérol, triglycérides (trop de lipides dans le sang) ₀₃
- Autres, précisez : ₀₄

12. Maladies ou problèmes psychiques

- Dépression (dépression nerveuse)..... ₀₁
- Anxiété ₀₂
- Autres, précisez : ₀₃

13. Maladies neurologiques

- Maladie de Parkinson..... ₀₁
- Migraine..... ₀₂
- Maladie d'Alzheimer..... ₀₃
-  pilepsie ₀₄
- Autres, précisez : ₀₅

14. Maladies de la peau

- Eczéma ₀₁
- Psoriasis ₀₂
- Autres, précisez : ₀₃

15. Autres maladies

- Handicap moteur acquis (amputation, séquelle accident...)..... ₀₁
- Infirmité, handicap de naissance ₀₂

23 Vous avez un ou plusieurs problèmes de santé ne faisant pas partie de cette liste. Précisez :

.....

.....

24 Vous n'avez rien coché, pour quelle raison ?

- ₁ Je n'ai aucune maladie ou problème de santé
- ₂ Je refuse de déclarer mes maladies ou problèmes de santé

25 Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants ?

		En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
NERVEU	- Vous êtes-vous senti(e) particulièrement nerveux(se)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
DECOURAGÉ	- Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
CALME	- Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
TRISTE	- Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
HEUREUX	- Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

26 Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, avez-vous consommé des médicaments ?



Ne pas oublier les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, les antidouleurs, les médicaments injectés (vaccins), les patchs (hormones, nicotine...), les crèmes et les pommades, etc.

ADDPHAR ₁ oui
₂ non ➔ *Passez à la question 27.*

Nom du produit (y compris dosage)	Forme et quantité contenues dans une boîte	Pour quelle maladie ou problème de santé avez-vous pris ce médicament ?	Quantité consommée depuis hier à la même heure ?	A-t-il été prescrit, c'est-à-dire obtenu avec une ordonnance ?	
				Oui	Non
Exemple : TILDIEM 300 mg, ASPRO 500mg, etc.	Exemple : boîte de 25 comprimés, flacon de 100 ml, boîte de 15 suppositoires, etc.	Exemple : hypertension, mal de tête, grippe, etc.	Exemple : 1 mesure, 3 comprimés, 3 cuillères à café, etc.		
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂



34 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui, avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

SIFFLEMENT

SIFFLRHUM

35 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

ESSOUFREPO

36 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

ESSOUFQCQ

37 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des sifflements dans la poitrine pendant ou après un effort ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

ESSOUFEFFOR

38 Avez-vous déjà eu de l'asthme à un moment quelconque de votre vie ?

- ₁ Oui ➔ Questions 38.1 à 38.10 (colonne ci-contre)
- ₂ Non ➔ Allez à la question 39 (page suivante).

ASTHME

38.1 Votre asthme a-t-il été confirmé par un médecin ?..... ₁ Oui ₂ Non

ASTHMCONF

38.2 À quel âge avez-vous eu :

vos **première** crise d'asthme ? |_|_| ans

AGASTHM

vos **dernière** crise d'asthme ? |_|_| ans

AGASTHDER

38.3 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une ou plusieurs crises d'asthme ? ₁ Oui ₂ Non

ASTHM12M

Si oui : combien ? |_|

NBASTHM12M

38.4 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme ? (Y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

- ₁ Oui, tous les jours **MEDIASTHM**
- ₂ Oui, en cas de besoin seulement (lors des crises d'asthme)
- ₃ Oui, pendant les périodes où je risque de faire une crise (médicaments à but préventif)
- ₄ Non, aucun traitement depuis plus d'un an

38.5 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à respirer à cause de votre asthme ?

- ₁ Jamais
- ₂ Moins d'1 fois par semaine **RESPIASTHM**
- ₃ Au moins 1 fois par semaine, mais moins d'1 fois par jour
- ₄ Environ 1 fois par jour
- ₅ Tout le temps

38.6 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous réveillé la nuit à cause de votre asthme ?

- ₁ Jamais
- ₂ Moins de 2 fois par mois
- ₃ 2 à 4 fois par mois **REVASTHM**
- ₄ 2 à 4 fois par semaine
- ₅ Presque toutes les nuits

38.7 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été gêné dans vos activités entre les crises d'asthme ?..... ₁ Oui ₂ Non

GENACTI

Si oui : ces gênes ont-elles été jusqu'à limiter vos activités physiques (marche, sport...) ?..... ₁ Oui ₂ Non

GENPHYS

38.8 Au cours des 12 derniers mois, combien de jours d'école ou de travail avez-vous manqués à cause de votre asthme ? |_|_| jours

MANQTRAV

38.9 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin ou êtes-vous allé aux urgences à l'occasion d'une crise d'asthme ? |_|_| fois

CONSASTHM

38.10 Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour une crise d'asthme ?..... ₁ Oui ₂ Non

HOSPIASTHM



Ne concerne pas : les médecins vus au cours d'une hospitalisation, en hôpital de jour, aux urgences d'une clinique ou d'un hôpital ou dans le cadre de la médecine du travail.

39 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste pour vous-même ?

- ₁ Oui ₂ Non ➔ **Allez à la partie « Médecin spécialiste ».** **VUGENE**
- ↓

40 Au cours de ces 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu un généraliste ?

|_|_| **NBGENE**

41 Quand avez-vous vu un généraliste pour la dernière fois ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année

MDGENE ADGENE



Les questions qui suivent concernent **CETTE DERNIÈRE SÉANCE** de généraliste.

42 Était-ce votre médecin traitant ?

- ₁ Oui
₂ Non

Si non, pourquoi ?

- ₁ Votre médecin traitant (ou son remplaçant) était absent **NONABS**
- ₂ Vous étiez loin de votre domicile (vacances, déplacement...) **NONVAC**
- ₃ C'était urgent et votre médecin (ou son remplaçant) n'était pas disponible **NONDISPO**
- ₄ Vous n'avez pas de médecin traitant **NONTRAIT**
- ₅ Pour une autre raison.
Précisez : **NONAUTR**
AUTRENON.....
+NONREPLAC_GV

TRAITGENE_GV

43 Cette consultation a-t-elle eu lieu :

- ₁ À votre domicile ? **LIEUCONS**
- ₂ Dans le cabinet du médecin ?
- ₃ À l'hôpital ou dans un dispensaire ?
- ₄ Autre, précisez : **AUTLIEU**

44 Pour cette consultation (ou cette visite) avez-vous pris rendez-vous ?

- ₁ Oui
₂ Non

Si oui :

- Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et la séance ?
(précisez heures ou jours)
..... **TPSECOUL TPSECOULJH**

- Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?
₁ Oui ₂ Non ₃ nsp

RENDEZVS

PLURAPID

45 Pour quelle raison avez-vous vu le médecin ?
Plusieurs réponses possibles

- ₁ Problème de santé **RAISPBSANT**
Précisez :
- ₂ Parce que vous étiez anxieux, stressé, démoralisé, pour un problème personnel **RAISANXIEU**
Précisez :
- ₃ Parce que vous souhaitiez voir un spécialiste **RAISADRES**
- ₄ Raison administrative (certificat médical...) **RAISADMIN**
- ₅ Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception) **RAISBILAN**
- ₆ Autre, précisez : **RAISAUT**.....
RAISCIM1 RAISCIM2 RAISCIM3
RAISCIM4 RAISCIM5

46 S'agissait-il, pour vous, d'un problème urgent ?

- ₁ Oui
₂ Non **URGENT**

47 Était-ce dans le cadre d'un suivi régulier ?

- ₁ Oui **REGULIER**
₂ Non

48 Le médecin vous a-t-il demandé de revenir le voir ?

- ₁ Oui
₂ Non **REVENIR**

49 Le médecin vous a-t-il envoyé aux urgences ?

- ₁ Oui
₂ Non **ENVURG**

50 Le médecin vous a-t-il envoyé voir un spécialiste ?

- ₁ Oui **Si oui, quelle est sa spécialité ?**
₂ Non |_|_|

VOIRSPE

SPECODE

51 Le médecin vous a-t-il prescrit...

- ₁ des médicaments ? **PRESCMED**
- ₂ des examens biologiques du sang ou des urines ? **PRESCBIO**
- ₃ d'autres examens (radio, échographie...) ? **PRESCEXAM**
- ₄ un arrêt de travail ? **PRESCARRET**
- ₅ aucune prescription **PRESCRIEN**
- ₆ autre, précisez : **PRESCAUT AUTQUOI**.....

52 Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ?

|_|_| minutes **TPSCONS**

53 Avez-vous eu le temps de discuter de votre problème de santé avec le médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait
- ₂ Oui, mais j'aurais souhaité avoir plus de temps
- ₃ Non, mais je n'avais pas besoin de discuter
- ₄ Non

TPSPB

54 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait **COMPRI**
- ₂ Oui, en partie
- ₃ Non, je n'ai pas compris
- ₄ Je n'avais pas besoin d'explication
- ₅ Il ne m'a pas expliqué

Médecin spécialiste



Ne concerne pas : les médecins spécialistes vus au cours d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.

55 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin spécialiste pour vous-même ?

- ₁ Oui ₂ Non → **Vous avez terminé ce questionnaire.**



Si oui, de quel(s) spécialiste(s) s'agissait-il ?
plusieurs réponses possibles

Combien de fois au cours des 12 derniers mois

Radiologue RADIO	<input type="checkbox"/> ₀₁ NBRADIO
Gynécologue GYNECO	<input type="checkbox"/> ₀₂ NBGYNECO
Ophthalmologue OPHTALMO	<input type="checkbox"/> ₀₃ NBOPHTALMO
Pédiatre PEDIATRE	<input type="checkbox"/> ₀₄ NBPEDIATRE
Dermatologue DERMATO	<input type="checkbox"/> ₀₅ NBDERMATO
Cardiologue CARDIO	<input type="checkbox"/> ₀₆ NBCARDIQ
Rhumatologue RHUMATO	<input type="checkbox"/> ₀₇ NBRHUMATO
Psychiatre PSY	<input type="checkbox"/> ₀₈ NBPSY
ORL ORL	<input type="checkbox"/> ₀₉ NBORL
Chirurgien CHIRURG	<input type="checkbox"/> ₁₀ NBCHIRURG
Gastro-entérologue GASTRO	<input type="checkbox"/> ₁₁ NBGASTRO
Pneumologue PNEUMO	<input type="checkbox"/> ₁₂ NBPNEUMO
Diabétologue, endocrinologue DIABETO	<input type="checkbox"/> ₁₃ NBDIABETO
Autre, précisez : AUTRSPE VUAUT	<input type="checkbox"/> ₁₄ NBAUTRSPE

56 Quelle est la spécialité du dernier spécialiste que vous avez consulté ?

.....**CLDERSPE**.....|_|_|
DER SPE

57 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année
MDSPE ADSPE



Les questions qui suivent concernent **CETTE DERNIÈRE SÉANCE** de spécialiste.

58 Cette consultation a-t-elle eu lieu

- ₁ Dans son cabinet ?
- ₂ Dans une clinique ? **OUVU**
- ₃ A l'hôpital ?
- ₄ Autre, précisez :**AUTOUVU**.....

59 Qui vous a conseillé cette consultation ?

- ₁ Personne, j'ai consulté de moi-même malgré l'avis contraire de mon médecin traitant **QUI_CONTRAI**
- ₂ Personne, j'ai consulté de moi-même **QUI_PERSONNE**
- ₃ Mon médecin traitant **QUI_MT**
- ₄ Un autre médecin généraliste **QUI_AUTGENE**
- ₅ Ce même médecin spécialiste **QUI_MMSPE** qui m'a dit de revenir
- ₆ Un autre médecin spécialiste **QUI_AUTSPE**
- ₇ Autre, précisez :**Autcons**.....
QUI_AUT +**QUI_TRAVECOL_GV**
+**QUI_PROCHE_GV**
+**QUI_SUIVI_GV** +**QUI_PARA_GV**

60 Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et cette consultation ?

- |_|_| mois
OU |_|_| semaine(s) **TPSRDV**
OU |_|_| jour(s)

61 Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

- ₁ Oui
₂ Non

PLURAPSPE

62 Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté ce spécialiste ?

Plusieurs réponses possibles

- ₁ Pour un problème de santé. Précisez : **MOTPBSANT**
.....
- ₂ Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...) **MOTBILAN**
- ₃ Pour un renouvellement d'ordonnance d'un problème de santé déjà connu. Précisez : **MOTORDO**
.....
- ₄ Autre. Précisez : **MOTAUT**
.....

RAISCIM1 RAISCIM2 RAISCIM3

63 S'agissait-il, pour vous, d'un problème urgent ?

- ₁ Oui
₂ Non

PBURGENT

64 Etait-ce dans le cadre d'un suivi régulier ?

- ₁ Oui
₂ Non

SUIVI

65 Aviez-vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- ₁ Oui
₂ Non

SPEAVAN

66 Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ?

|_|_| minutes **TPSVS**

67 Avez-vous eu le temps de discuter de votre problème de santé avec le médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait
₂ Oui, mais j'aurais souhaité avoir plus de temps
₃ Je n'avais pas besoin de discuter
₄ Non

TPSPARLPB

68 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait
₂ Oui, en partie
₃ Non, je n'ai pas compris
₄ Non, mais je n'avais pas besoin d'explication
₅ Il ne m'a pas expliqué

COMPRISPE

69 Le médecin vous a-t-il demandé de revenir le voir ?

- ₁ Oui
₂ Non

SPEREVENIR

70 Le médecin vous a-t-il demandé de consulter votre généraliste ?

- ₁ Oui
₂ Non

ADRESGENE

71 Le médecin a-t-il pris contact avec votre généraliste ?

- ₁ Oui, il a pris contact
₂ Non, il n'a pas pris contact
₃ Je ne sais pas

CONTACTGENE

72 Le médecin vous a-t-il envoyé voir un autre spécialiste ?

- ₁ Oui
₂ Non

Si oui, quelle est sa spécialité ?

SPEAUTSPE | |_| |

VOIRAUTSPE

CODEADR

73 Combien avez-vous payé pour cette consultation ?

|_|_|_| euros **SPEPAY**

74 Vous attendiez-vous à payer cette somme ?

- ₁ Oui
₂ Non, je pensais payer moins
₃ Non, je pensais payer plus

ATTENSPEPAY

75 A votre connaissance, ce médecin pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Je ne sais pas

SPEDEPASSE

Merci de votre participation.