

# Questionnaire santé et soins médicaux

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008

**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 :

(réservé chiffre)

**Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire :** ..... |\_|\_|

**Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :** .....|\_|\_|   |\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|

**jour            mois            année**

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

**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.**

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° 2008X721AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2008.

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.

## 1 Comment est votre état de santé général ?

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

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

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

## 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 ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité(e)
- <sub>2</sub> Oui, limité(e)
- <sub>3</sub> Non

## 4 Indiquez votre poids :   |\_|\_|\_| kg votre taille :   |\_| m   |\_|\_| cm

(femmes enceintes, indiquez votre poids avant grossesse)

## 5 Portez-vous ?

- <sub>1</sub> Des lunettes ou des lentilles
- <sub>2</sub> Une prothèse auditive
- <sub>3</sub> Une couronne, un bridge, un implant
- <sub>4</sub> Un dentier partiel (il vous reste des dents)
- <sub>5</sub> Un dentier complet (vous n'avez plus de dent à vous)
- <sub>6</sub> Un appareil d'orthodontie ou appareil de redressement dentaire
- <sub>7</sub> Aucune des propositions ci-dessus

## 6 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si oui**, précisez la nature des interventions :

.....  
.....

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

.....|\_|\_|

## 8 Comment est votre état de santé bucco-dentaire (bouche, dents, gencives) ?

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

## 9 Hormis les dents de sagesse, combien avez-vous de dents absentes qui ne sont pas remplacées (par une prothèse type couronne, bridge, appareil dentaire...) ?

- <sub>1</sub> Aucune
- <sub>2</sub> De 1 à 4
- <sub>3</sub> De 5 à 9
- <sub>4</sub> De 10 à 14
- <sub>5</sub> 15 et plus
- <sub>6</sub> Toutes
- <sub>7</sub> Je ne sais pas

## 10 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été gêné(e), dans votre vie quotidienne en raison de l'état de santé de vos dents ou de votre bouche ? (Ex : pour manger certains aliments durs, une pomme ou un sandwich, pour sourire ou dans mes relations professionnelles, personnelles, en raison de l'aspect de mes dents)

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> De temps en temps ou occasionnellement
- <sub>3</sub> Souvent

## 11 Ces deux dernières années êtes-vous allé(e) chez le dentiste :

- <sub>1</sub> Oui

**Si oui,**

- <sub>1</sub> Vous y êtes allé(e) seulement quand vous aviez un problème (douleurs, saignements...) ?
- <sub>2</sub> Vous y êtes allé(e) au moins une fois pour un simple contrôle, sans avoir de problème.

- <sub>2</sub> Non

**Si non,**

- <sub>1</sub> Vous n'y êtes pas allé(e) car vous n'avez pas eu de problèmes de santé dentaire.
- <sub>2</sub> Vous n'y êtes pas allé(e), malgré des problèmes de santé dentaire.

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 13
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> Non, j'ai toujours des difficultés
- <sub>3</sub> Je n'ai pas de lunettes, ni de lentilles de contact, ni d'appareillage spécifique

**13** 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** ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 14
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> Non, j'ai toujours des difficultés
- <sub>3</sub> Je n'ai pas de lunettes, ni de lentilles de contact, ni d'appareillage spécifique

**14** Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation, **SANS appareillage auditif** ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 15
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

**17** Pouvez-vous marcher 500 mètres, sans difficulté, **SANS appareillage ou l'aide de quelqu'un** ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**19** Avez-vous habituellement des difficultés pour faire votre toilette ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si oui,**

- <sub>1</sub> Je la fais seul(e)
- <sub>2</sub> Je la fais avec une aide

**20** Souffrez-vous fréquemment de douleurs ?

- <sub>1</sub> Oui, très importantes
- <sub>2</sub> Oui, importantes
- <sub>3</sub> Oui, peu importantes
- <sub>4</sub> Non

**21** Avez vous actuellement une des affections suivantes ?

	Si oui cochez cette case	Etes-vous traité(e) actuellement ?
Otite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinopharyngite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite aiguë.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe ou état grippal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si oui, pourquoi ?**

- <sub>1</sub> Pour des raisons financières
- <sub>2</sub> Parce que c'était trop compliqué
- <sub>3</sub> A cause du délai d'attente
- <sub>4</sub> Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste
- <sub>5</sub> Parce que je préférerais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes
- <sub>6</sub> Pour une autre raison  
Précisez :  
.....

**23** Vous est-il arrivé dans les 12 derniers mois de rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si oui, était-ce ?**

- <sub>1</sub> Un médecin généraliste
- <sub>2</sub> Un médecin spécialiste
- <sub>3</sub> Un dentiste
- <sub>4</sub> Autre  
Précisez :  
.....

**Si oui, quel(s) type(s) de difficultés ?**

.....  
.....  
.....

**24** Avez-vous déjà eu un test Hemocult® (test de recherche de sang dans les selles) ?

- <sub>1</sub> Oui, il y a moins de 2 ans
- <sub>2</sub> Oui, il y a plus de 2 ans
- <sub>3</sub> Non, jamais
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

**25** Avez-vous déjà eu une coloscopie ?

- <sub>1</sub> Oui, il y a moins de 5 ans
- <sub>2</sub> Oui, il y a plus de 5 ans
- <sub>3</sub> Non, jamais



Vous êtes une femme de 16 ans et plus, merci de répondre aux questions suivantes.  
Sinon, passez à la question 31 (ci-contre, page 5).

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

- <sub>1</sub> Oui, il y a moins de 3 ans
- <sub>2</sub> Oui, il y a entre 3 et 5 ans
- <sub>3</sub> Oui, il y a plus de 5 ans
- <sub>4</sub> Non, jamais

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

- <sub>1</sub> Un généraliste
- <sub>2</sub> Un gynécologue ou un obstétricien
- <sub>3</sub> Un autre médecin spécialiste
- <sub>4</sub> Une sage-femme

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

- <sub>1</sub> Oui, il y a moins de 2 ans
- <sub>2</sub> Oui, il y a entre 2 et 3 ans
- <sub>3</sub> Oui, il y a plus de 3 ans
- <sub>4</sub> Non, jamais

**Si oui, votre mammographie vous a t-elle été :**

- <sub>1</sub> proposée gratuitement dans le cadre du dépistage organisé ? (pris en charge à 100 %)
- <sub>2</sub> prescrite par un médecin car vous aviez des symptômes concernant vos seins ?
- <sub>3</sub> prescrite par un médecin pour simple surveillance ?
- <sub>4</sub> prescrite par un médecin à votre demande en dehors de tout symptôme ?

**28** Etes-vous ménopausée ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**29** Prenez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**30** Souffrez-vous de pertes involontaires d'urines ?

- <sub>1</sub> Oui, depuis plus d'1 an
- <sub>2</sub> Oui, depuis moins d'1 an
- <sub>3</sub> Non

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

Si oui  
cochez  
cette case

Avez-vous  
été traité(e)  
au cours des  
12 derniers mois ?

- 1. Maladies du cœur, des artères et des veines**
  - Hypertension artérielle ..... <sub>01</sub>
  - Angine de poitrine ..... <sub>02</sub>
  - Infarctus du myocarde ..... <sub>03</sub>
  - Troubles du rythme cardiaque ..... <sub>04</sub>
  - Accident vasculaire cérébral (attaques) avec ou sans séquelles ..... <sub>05</sub>
  - Artérite des membres inférieurs (maladie des artères) ..... <sub>06</sub>
  - Varices ..... <sub>07</sub>
  - Hémorroïdes ..... <sub>08</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>09</sub>
- 2. Cancer(s).** Précisez localisation et année du diagnostic
  - 1. .... |\_|\_|\_|\_| <sub>01</sub>
  - 2. .... |\_|\_|\_|\_| <sub>02</sub>
- 3. Maladies des poumons ou des bronches**
  - Bronchite chronique, emphysème, BPCO..... <sub>01</sub>
  - Insuffisance respiratoire..... <sub>02</sub>
  - Asthme ..... <sub>03</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>
- 4. Maladies nez/gorge/oreille**
  - Rhinite allergique (rhume des foins) ..... <sub>01</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>02</sub>
  - Problème d'audition, précisez : ..... <sub>03</sub>
- 5. Maladies des yeux**
  - Glaucome ..... <sub>01</sub>
  - Cataracte ..... <sub>02</sub>
  - Strabisme ..... <sub>03</sub>
  - Troubles de la vue (myopie, presbytie...), précisez : ..... <sub>04</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>05</sub>
- 6. Maladies de la bouche et des dents** (déchaussement, caries, dents cassées, gencives qui saignent, infection, etc.) Précisez :
  - ..... <sub>01</sub>
- 7. Problèmes digestifs**
  - Ulcère de l'estomac ou du duodénum ..... <sub>01</sub>
  - Reflux œsophagien (reflux acide)..... <sub>02</sub>
  - Douleurs intestinales chroniques, colite, diarrhée chronique ..... <sub>03</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>
- 8. Maladies du foie**
  - Cirrhose du foie ..... <sub>01</sub>
  - Hépatites chroniques virales ..... <sub>02</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>03</sub>

### 9. Maladies concernant les os et les articulations

- Lombalgie (mal de rein), sciatique, lumbago ..... <sub>01</sub>
- Arthrose du genou ..... <sub>02</sub>
- Arthrose de la hanche..... <sub>03</sub>
- Arthrose, autre localisation précisez : ..... <sub>04</sub>
- Scoliose ..... <sub>05</sub>
- Ostéoporose ..... <sub>06</sub>
- Polyarthrite rhumatoïde..... <sub>07</sub>
- Spondylarthrite ankylosante ..... <sub>08</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>09</sub>

### 10. Maladies ou problèmes génitaux et urinaires

- Infections urinaires fréquentes ..... <sub>01</sub>
- Adénome de la prostate ..... <sub>02</sub>
- Troubles des règles (cycles très irréguliers, absence de règles) ..... <sub>03</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>

### 11. Maladies endocriniennes

- Diabète ..... <sub>01</sub>
- Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie) ..... <sub>02</sub>
- Trop de cholestérol ou triglycérides dans le sang..... <sub>03</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>

### 12. Maladies ou problèmes psychiques

- Dépression (dépression nerveuse) ..... <sub>01</sub>
- Anxiété ..... <sub>02</sub>
- Trouble du comportement alimentaire..... <sub>03</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>

### 13. Maladies neurologiques

- Migraine..... <sub>01</sub>
- Épilepsie ..... <sub>02</sub>
- Maladie de Parkinson..... <sub>03</sub>
- Maladie d'Alzheimer..... <sub>04</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>05</sub>

### 14. Maladies de la peau

- Eczéma ..... <sub>01</sub>
- Psoriasis ..... <sub>02</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>03</sub>

### 15. Autres maladies

- Handicap moteur acquis (amputation, séquelle accident...) ..... <sub>01</sub>
- Infirmité, handicap de naissance ..... <sub>02</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>03</sub>

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

.....

.....

### 33 Vous n'avez rien coché, pour quelle raison ?

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

### 34 Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants ? \*

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

### 35 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.

<sub>1</sub> Oui ➔ remplissez le tableau ci-dessous

<sub>2</sub> Non

Nom du produit (y compris dosage)	Forme et quantité contenues dans une boîte	Pour quel problème de santé avez-vous pris ce médicament ?	Quantité consommée depuis hier à la même heure ?	A-t-il été prescrit pour vous-même, c'est-à-dire obtenu avec une ordonnance à votre nom ?	
				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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

\* Extrait du manuel : Le questionnaire MOS SF-36 (Lepège, éditions Estem, 2001).



Vous avez **moins de 16 ans** ➔ Allez directement à la question 56 (page 10).

Vous avez **16 ans ou plus** ➔ Merci de répondre aux questions qui suivent.

### 36 Avez-vous désigné un médecin traitant ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui, est-ce...**

- <sub>1</sub> Un généraliste  
<sub>2</sub> Un spécialiste  
Précisez la spécialité :  
.....

### 37 Fumez-vous de façon habituelle ?

- <sub>1</sub> Oui

**Si oui :**

**Combien fumez-vous par jour.....**

de cigarettes ? ..... | \_ | \_ |

de pipes ? ..... | \_ | \_ |

de cigarillos ou cigares ? ..... | \_ | \_ |

**Depuis combien d'années**

**fumez-vous ?** ..... | \_ | \_ |

**Fumez-vous habituellement à l'intérieur de votre habitation ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui :**

Nombre de tentatives d'arrêt : ..... | \_ | \_ |

Date de la dernière tentative d'arrêt : | \_ | \_ | | \_ | \_ |  
mois année

- <sub>2</sub> Non

**Si non :**

**Avez-vous déjà fumé ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui :**

Pendant combien d'années : ..... | \_ | \_ |

Date de l'arrêt : .. | \_ | \_ | | \_ | \_ |  
mois année

### 38 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris du cannabis ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non



Les 3 questions suivantes concernent votre consommation d'alcool des 12 derniers mois, et pas seulement des dernières semaines.

**Alcool = toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky...)**

**Verres standard (10 grammes d'alcool) =**



2,5 cl  
de **boisson anisée**



2,5 cl  
de **whisky**



7 cl  
**autre apéritif**



25 cl  
de **cidre ou bière**



10 cl  
de **champagne**



10 cl  
de **vin rouge / blanc**



2,5 cl  
de **digestif**

### 39 Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- <sub>1</sub> Jamais ➔ passez à la question 42  
<sub>2</sub> 1 fois par mois ou moins  
<sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois  
<sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine  
<sub>5</sub> 4 à 6 fois par semaine ou plus  
<sub>6</sub> Tous les jours

### 40 Combien de verres standard consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool (voir illustration du « verre standard » ci-dessus) ?

- <sub>1</sub> 1 ou 2 verres  
<sub>2</sub> 3 ou 4 verres  
<sub>3</sub> 5 ou 6 verres  
<sub>4</sub> 7 à 9 verres  
<sub>5</sub> 10 verres ou plus

### 41 Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?

- <sub>1</sub> Jamais  
<sub>2</sub> Moins d'1 fois par mois  
<sub>3</sub> 1 fois par mois  
<sub>4</sub> 1 fois par semaine  
<sub>5</sub> Chaque jour ou presque

### 42 Si vous ne consommez jamais d'alcool, est-ce... (Ne pas répondre si vous êtes consommateur)

- <sub>1</sub> A cause d'une consommation antérieure excessive ?  
<sub>2</sub> Car votre état de santé actuel ne vous le permet pas ?  
<sub>3</sub> Pour une autre raison ?



### 43 Le plus souvent en semaine, vers quelle heure :

Eteignez-vous la lumière ? Entre \_\_\_\_ h \_\_\_\_ et \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Vous levez-vous le matin ? Entre \_\_\_\_ h \_\_\_\_ et \_\_\_\_ h \_\_\_\_

### 44 Le plus souvent le week-end, vers quelle heure :

Eteignez-vous la lumière ? Entre \_\_\_\_ h \_\_\_\_ et \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Vous levez-vous le matin ? Entre \_\_\_\_ h \_\_\_\_ et \_\_\_\_ h \_\_\_\_

### 45 Vos horaires de coucher et de lever sont-ils liés à un rythme décalé (3X8, travail de nuit...) ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

### 46 Après une nuit de sommeil habituelle, vous sentez-vous ? (une seule réponse)

- <sub>1</sub> En forme et dispos
- <sub>2</sub> Bien reposé
- <sub>3</sub> Un peu fatigué
- <sub>4</sub> Très fatigué

### 47 Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes ?

(si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, pour répondre à ces questions, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter)

	Ne somnole jamais	Faibles chances de vous endormir	Chances moyennes de vous endormir	Fortes chances de vous endormir
- Assis en train de lire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Comme passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Assis en train de parler à quelqu'un	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### 48 Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ? (une seule réponse)

- <sub>1</sub> Non
- <sub>2</sub> Rarement
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Presque toutes les nuits
- <sub>5</sub> Je ne sais pas



**49** Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**50** Avez-vous...

	Oui, au moins 3 nuits par semaine	Oui, 1 ou 2 nuits par semaine	Oui, moins d'1 nuit par semaine	Non
- Des difficultés à vous endormir ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Des réveils nocturnes fréquents ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Un réveil trop précoce ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Un sommeil non récupérateur ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
- Une sensation de manque de sommeil ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**51** Depuis combien de temps vos problèmes de sommeil ont-ils commencé ? (une seule réponse)

- <sub>1</sub> Pas de problème
- <sub>2</sub> Moins d'1 mois
- <sub>3</sub> Entre 1 et 3 mois
- <sub>4</sub> Plus de 3 mois

**52** Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

Si oui, lesquels :

.....  
.....

**53** Avez-vous déjà consulté pour des problèmes de sommeil ?


- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**54** Avez-vous déjà eu un enregistrement du sommeil fait à l'hôpital ou à votre domicile ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**55** Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un « syndrome d'apnées du sommeil » ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

 **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.

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

- <sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> Non ➔ **Allez à la partie « Médecin spécialiste » (page 11).**




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

|\_|\_| fois

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

|\_|\_| |\_|\_|\_|  
mois      année

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

**59** Était-ce votre médecin traitant ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, pourquoi ?**

- <sub>1</sub> Votre médecin traitant (ou son remplaçant) était absent
- <sub>2</sub> Vous étiez loin de votre domicile (vacances, déplacement...)
- <sub>3</sub> C'était urgent et votre médecin (ou son remplaçant) n'était pas disponible
- <sub>4</sub> Vous n'avez pas de médecin traitant
- <sub>5</sub> Pour une autre raison.  
Précisez : .....

**60** Cette consultation a-t-elle eu lieu :

- <sub>1</sub> À votre domicile ?
- <sub>2</sub> Dans le cabinet du médecin ?
- <sub>3</sub> À l'hôpital ou dans un dispensaire ?
- <sub>4</sub> Autre, précisez : .....

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> 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)  
.....
- Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> Nsp

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

- <sub>1</sub> Pour un problème de santé déjà suivi  
Précisez : .....
- <sub>2</sub> Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois  
Précisez : .....
- <sub>3</sub> Parce que vous étiez anxieux(se), stressé(e), démoralisé(e), pour un problème personnel  
Précisez : .....
- <sub>4</sub> Parce que vous souhaitiez voir un spécialiste
- <sub>5</sub> Raison administrative (certificat médical...)
- <sub>6</sub> Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
- <sub>7</sub> Autre, précisez : .....

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**66** Le médecin vous a-t-il envoyé aux urgences ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui, quelle est sa spécialité ?**

.....

**68** Le médecin vous a-t-il prescrit...

- <sub>1</sub> Des médicaments ?
- <sub>2</sub> Des examens biologiques du sang ou des urines ?
- <sub>3</sub> D'autres examens (radiographie, échographie...)?
- <sub>4</sub> Un arrêt de travail ?
- <sub>5</sub> Aucune prescription
- <sub>6</sub> Autre, précisez : .....

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

|\_|\_| minutes

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

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

**71** Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

- <sub>1</sub> Oui, tout à fait
- <sub>2</sub> Oui, en partie
- <sub>3</sub> Non, je n'ai pas compris
- <sub>4</sub> Je n'avais pas besoin d'explications
- <sub>5</sub> 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.

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> 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	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	_ _
Gynécologue	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	_ _
Ophthalmologue	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	_ _
Pédiatre	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	_ _
Dermatologue	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	_ _
Cardiologue	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	_ _
Rhumatologue	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	_ _
Psychiatre	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	_ _
ORL	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	_ _
Chirurgien	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	_ _
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	_ _
Pneumologue	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub>	_ _
Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub>	_ _
Autre, précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub>	_ _

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

.....

**74** Quelle est la date de cette dernière consultation ?

|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
mois      année



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

**75** Cette consultation a-t-elle eu lieu...

- <sub>1</sub> Dans son cabinet ?
- <sub>2</sub> Dans une clinique ?
- <sub>3</sub> A l'hôpital ?
- <sub>4</sub> Autre, précisez : .....

**76** Qui vous a conseillé cette consultation ?

- <sub>1</sub> Personne, j'ai consulté de moi-même malgré l'avis contraire de mon médecin traitant
- <sub>2</sub> Personne, j'ai consulté de moi-même
- <sub>3</sub> Mon médecin traitant
- <sub>4</sub> Un autre médecin généraliste
- <sub>5</sub> Ce même médecin spécialiste qui m'a dit de revenir
- <sub>6</sub> Un autre médecin spécialiste
- <sub>7</sub> Autre, précisez : .....

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

|\_|\_| mois

OU |\_|\_| semaine(s)

OU |\_|\_| jour(s)

**78** Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

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

Plusieurs réponses possibles

- <sub>1</sub> Pour un problème de santé déjà suivi  
Précisez : .....
- <sub>2</sub> Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois  
Précisez : .....
- <sub>3</sub> Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...)
- <sub>4</sub> Pour un renouvellement d'ordonnance d'un problème de santé déjà connu.  
Précisez : .....
- <sub>5</sub> Autre.  
Précisez : .....

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**82 Aviez-vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

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

|\_|\_| minutes

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

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

**85 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?**

- <sub>1</sub> Oui, tout à fait
- <sub>2</sub> Oui, en partie
- <sub>3</sub> Non, je n'ai pas compris
- <sub>4</sub> Je n'avais pas besoin d'explications
- <sub>5</sub> Il ne m'a pas expliqué

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui
  - <sub>2</sub> Non
- Si oui, quelle est sa spécialité ?**  
.....

**90 Combien avez-vous payé pour cette consultation ?**

|\_|\_| euros

**91 Vous attendiez-vous à payer cette somme ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non, je pensais payer moins
- <sub>3</sub> Non, je pensais payer plus

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

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

**Merci de votre participation.**