

Questionnaire santé et soins médicaux pour les moins de 16 ans

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2010

Prénom de la personne à qui est adressé le questionnaire :

MNAIS ANAIS

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



Ce questionnaire est destiné aux personnes de moins de 16 ans. Si cela est possible, il est préférable qu'il soit rempli par l'adulte le plus au courant de la santé de l'enfant concerné.

Merci d'indiquer ci-dessous :

Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : QS_QUI (réservé chiffre) |_|_|

JQS MQS

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :|_|_| |_|_| |_2_|_0_|_1_|_0_|

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° 2010X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2010.

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 GfK ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy-les-Moulineaux.

1 Comment est l'état de santé de l'enfant en général ?

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

ETASANTE

2 A-t-il une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

CHRONIQUE

3 Est-il limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les enfants font habituellement ?

- ₁ Oui, fortement limité
- ₂ Oui, limité, mais pas fortement
- ₃ Non, pas limité du tout

LIMITE

4 Indiquez son poids : kg **POIDS**
sa taille : m cm **TAILLE**

5 Porte-t-il ?

- PROTLUN** ₁ Des lunettes ou des lentilles
- PROTAUD** ₂ Une prothèse auditive
- PROTE** ₃ Un appareil d'orthodontie encore appelé appareil de redressement dentaire
- PASPROT** ₄ Aucune des propositions ci-dessus

6 A-t-il déjà été opéré(e) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

OPERE

Si oui, précisez la nature des interventions :

.....

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

.....|_|_|

NOTE

8 A-t-il actuellement une des affections suivantes ?

Si oui
cochez
cette case

Est-il
traité
actuellement ?

- | OTITE | Otite | <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> TR_OTITE |
|-----------------|------------------------------|--|
| ANGINE | Angine | <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> TR_ANGINE |
| SINUSIT | Sinusite | <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> TR_SINUSIT |
| RHINO | Rhinopharyngite | <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> TR_RHINO |
| BRONCHIT | Bronchite aiguë | <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> TR_BRONCHIT |
| BRONCHIO | Bronchiolite | <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> TR_BRONCHIO |
| GRIPPE | Grippe ou état grippal | <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> TR_GRIPPE |
| GASTRO | Gastroentérite | <input type="checkbox"/> ₈ <input type="checkbox"/> TR_GASTRO |

9 Comment est son état de santé bucco-dentaire (bouche, dents, gencives) ?

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

ETADENT

10 De 6 à 18 ans, les enfants reçoivent, par courrier, tous les trois ans, le mois de leur anniversaire, une invitation de l'assurance maladie pour une visite de prévention gratuite chez le dentiste. L'enfant y a-t-il participé :

A 6 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- ₄ L'enfant n'a pas encore 6 ans

DENT6ANS

A 9 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- ₄ L'enfant n'a pas encore 9 ans

DENT9ANS

A 12 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- ₄ L'enfant n'a pas encore 12 ans

DENT12ANS

A 15 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- ₄ L'enfant n'a pas encore 15 ans


DENT15ANS

A 18 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne sais pas
- ₄ L'enfant n'a pas encore 18 ans

DENT18ANS

15 Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, a-t-il consommé des médicaments ?

 **Ne pas oublier** les médicaments non remboursés, les antidouleurs, les médicaments injectés, les crèmes et les pommades, etc.

₁ Oui ➔ remplissez le tableau ci-dessous

₂ Non

Nom du produit (y compris dosage) CIP	Forme et quantité contenues dans une boîte	Pour quel problème de santé a-t-il pris ce médicament ?	Quantité consommée depuis hier à la même heure ?	A-t-il été prescrit pour lui-même, c'est- à-dire obtenu avec une ordonnance à son nom ?
Exemple : ASPRO 320 mg, AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg par ml MUCOMYST nourrissons 2 %	Exemple : boîte de 25 comprimés, flacon de 100 ml, boîte de 15 suppositoires, etc.	Exemple : fièvre, grippe, gastroentérite etc.	Exemple : 1 mesure, 3 comprimés, 3 cuillères à café, etc.	Cochez la case correspon- dant à votre réponse : Oui Non
EPHMRA		MOTIF	MESURE	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ PRESC
ATC				<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

16 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour cet enfant, à voir un médecin ou à des soins médicaux dont il avait besoin (dentiste, lunettes...) ?

₁ Oui

₂ Non

Si oui, pourquoi ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 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 lui-même ou la personne qui s'occupe de sa santé redoutait d'aller voir un médecin ou un dentiste RENON_FIN
- ₅ Parce que lui-même ou la personne qui s'occupe de sa santé préférerait attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes RENON_ATTEN
- ₆ Pour une autre raison RENON_AUTR

Précisez :
.....

RENONCMED



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 scolaire.

17 Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il vu au moins une fois un médecin généraliste ?

₁ Oui ₂ Non ➔ **Allez à la partie « Médecin spécialiste » (question 30, page 6).**



VUGENE

18 Au cours de ces 12 derniers mois, combien de fois a-t-il vu un généraliste ?

|_|_| fois

NBGENE

NBGENE

19 Quand a-t-il vu un généraliste pour la dernière fois ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année

MDGENE

ADGENE



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

20 Depuis combien d'années l'enfant consulte-t-il ce médecin ?

|_|_| années (0 si moins d'un an)

NBANCONS

21 Cette consultation a-t-elle eu lieu :

- ₁ Au domicile de l'enfant ?
- ₂ Dans le cabinet du médecin ? LIEUCONS
- ₃ À l'hôpital ?
- ₄ Autre, précisez : AUTLIEU

22 Pour cette consultation (ou cette visite) un rendez-vous a-t-il été pris pour l'enfant ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui :

- Combien de temps s'est écoulé entre le moment où le rendez-vous a été pris et la séance ? (précisez heures ou jours)

TPS_ECOUL

TPS_ECOUJH

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

PLURAPID

23 Pour quelle raison a-t-il vu le médecin ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin
- Précisez : RAISCIM1-4
- ₂ Pour un problème de santé pour lequel il consultait ce médecin pour la première fois
- Précisez :
- ₃ Parce que vous souhaitiez qu'il envoie l'enfant voir un spécialiste
- ₄ Pour une raison administrative (certificat médical...)
- ₅ Pour un bilan de prévention ou des conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
- ₆ Autre, précisez :

RAISSUIVI

RAISPREM

RAISADRES

RAISADMIN

RAISBILAN

RAISAUT

24 S'agissait-il, selon vous, d'un problème urgent ?

₁ Oui

₂ Non

URGENT

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

₁ Oui

₂ Non

REVENIR

26 Le médecin l'a-t-il envoyé voir un spécialiste ?

₁ Oui

₂ Non

Si oui, quelle est sa spécialité ?

SPECODE

VOIRSPE

27 Combien de temps le médecin a-t-il passé avec lui ?

|_|_| minutes

TPSCONS

28 La personne qui accompagnait l'enfant (ou l'enfant lui-même) a-t-elle eu le temps de discuter du problème de santé avec le médecin ?

₁ Oui, tout à fait

TPSPB

₂ Oui, mais cette personne (ou l'enfant) aurait souhaité avoir plus de temps

₃ Cette personne (ou l'enfant) n'avait pas besoin d'en discuter

₄ Non, cette personne (ou l'enfant) n'a pas eu le temps d'en discuter

29 La personne qui accompagnait l'enfant (ou l'enfant lui-même) a-t-elle compris les explications du médecin ?

₁ Oui, tout à fait

COMPRIS

₂ Oui, en partie

₃ Non, cette personne (ou l'enfant) n'a pas compris

₄ Cette personne (ou l'enfant) n'avait pas besoin d'explications

₅ Le médecin n'a rien expliqué



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

30 Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il vu au moins une fois un médecin spécialiste ?

₁ Oui ₂ Non → **Allez à la partie « Recours en urgence » (question 49, page 7).**
VUSPE ↓

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

	Si oui, de quel(s) spécialiste(s) s'agissait-il ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	Combien de fois au cours des 12 derniers mois	
RADIO	Radiologue	<input type="checkbox"/> ₀₁ __ __	NBRADIO
GYNECO	Gynécologue	<input type="checkbox"/> ₀₂ __ __	NBGYNECO
OPHTALMO	Ophtalmologue	<input type="checkbox"/> ₀₃ __ __	NBOPHTALMO
PEDIATRE	Pédiatre	<input type="checkbox"/> ₀₄ __ __	NBPEDIATRE
DERMATO	Dermatologue	<input type="checkbox"/> ₀₅ __ __	NBDERMATO
CARDIO	Cardiologue	<input type="checkbox"/> ₀₆ __ __	NBCARDIO
RHUMATO	Rhumatologue	<input type="checkbox"/> ₀₇ __ __	NBRHUMATO
PSY	Psychiatre	<input type="checkbox"/> ₀₈ __ __	NBPSY
ORL	ORL	<input type="checkbox"/> ₀₉ __ __	NBORL
CHIRURG	Chirurgien	<input type="checkbox"/> ₁₀ __ __	NBCHIRURG
GASTRO	Gastroentérologue	<input type="checkbox"/> ₁₁ __ __	NBGASTRO
PNEUMO	Pneumologue	<input type="checkbox"/> ₁₂ __ __	NBPNEUMO
DIABETO	Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/> ₁₃ __ __	NBDIABETO
AUTRSPE	Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> ₁₄ __ __	NBAUTRSPE

VUAUT

31 Quelle est la spécialité du dernier spécialiste que l'enfant a consulté ?

.....
DERSPE

CLDERSPE

32 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

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



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

33 Cette consultation a-t-elle eu lieu...

OUVU

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

34 Qui vous a conseillé cette consultation ?

- ₁ Personne, nous avons consulté de nous-mêmes
- ₂ Ce même médecin spécialiste qui nous a dit de revenir **QUI_PERSONNE**
- ₃ Un autre médecin spécialiste **QUI_AUTSPE**
- ₄ Le médecin de famille habituel **QUI_MT**
- ₅ Un autre médecin généraliste **QUI_AUTGENE**
- ₆ Autre, précisez : **QUI_AUT**
AUTCONS

35 Le médecin qui a conseillé cette consultation a-t-il...

- ₁ Recommandé ce médecin spécialiste en particulier ? **MED_RECO**
- ₂ Donnée une liste de médecins spécialistes dans laquelle il vous a laissé choisir ? **MED_LISTE**
- ₃ Recommandé un ou plusieurs médecins spécialistes et vous êtes allé en voir un autre ? **MED_RECO AUTRE**
- ₄ Recommandé de consulter sans donner de nom en particulier ? **MED_PAS_NOM**

36 Le médecin qui a conseillé cette consultation vous a-t-il renseigné sur : *(Plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Le lieu d'exercice du médecin spécialiste (clinique, cabinet, hôpital) **MED_SPE**
- ₂ L'existence ou non d'un éventuel dépassement d'honoraires **MED_DEPAS**
- ₃ Rien de tout cela **MED_RIEN**

37 Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le rendez-vous a été pris et cette consultation ?

|_|_| mois
 OU |_|_| semaine(s) **TPS_RDV**
 OU |_|_| jour(s)

38 Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

- ₁ Oui **PLURAPIDSPE**
₂ Non

39 Pour quelle(s) raison(s) l'enfant a-t-il consulté ce spécialiste ?

(Plusieurs réponses possibles)

- MOTSUIVI** ₁ Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin
Précisez :
- MOTPREM** ₂ Pour un problème de santé pour lequel il consultait ce médecin pour la première fois
Précisez :
- MOTBILAN** ₃ Pour un bilan de prévention ou des conseils (bilan de routine...)
- MOTAUT** ₄ Autre. Précisez : **ÜÖÜÔÔ F' G' H**

40 S'agissait-il, pour lui, d'un problème urgent ?

- ₁ Oui **PBURGENT**
₂ Non

41 Avait-il déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- ₁ Oui **SPEAVANT**
₂ Non

42 Combien de temps le médecin a-t-il passé avec lui ?

|_|_| minutes **TPSVS**

43 La personne qui accompagnait l'enfant (ou l'enfant lui-même) a-t-elle eu le temps de discuter du problème de santé avec le médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait **TPSPARLPB**
₂ Oui, mais cette personne (ou l'enfant) aurait souhaité avoir plus de temps
₃ Cette personne (ou l'enfant) n'avait pas besoin d'en discuter
₄ Non, cette personne (ou l'enfant) n'a pas eu le temps d'en discuter

44 La personne qui accompagnait l'enfant (ou l'enfant lui-même) a-t-elle compris les explications du médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait **COMPRISPE**
₂ Oui, en partie
₃ Non, cette personne (ou l'enfant) n'a pas compris
₄ Cette personne (ou l'enfant) n'avait pas besoin d'explications
₅ Le médecin n'a rien expliqué

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

- ₁ Oui **SPEREVENIR**
₂ Non

46 Le médecin a-t-il demandé que l'enfant consulte son généraliste ?

- ₁ Oui **ADRESGENE**
₂ Non

47 Le médecin a-t-il envoyé l'enfant voir un autre spécialiste ?

- ₁ Oui **VOIRAUTSPE**
₂ Non
- Si oui, quelle est sa spécialité ?**
 **CODADRE**
- SPEAUTSPE**

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

- ₁ Oui **SPEDEPASSE**
₂ Non
₃ Je ne sais pas

Recours en urgence

49 Au cours des 12 derniers mois l'enfant a-t-il eu recours pour une urgence à :
(Plusieurs réponses possibles)

**Combien de fois
au cours des 12
Oui derniers mois**

- URG_HOSP** 1. Un service d'urgence hospitalier (public ou privé) ₀₁ |_|_|_| **NB_URG_HOSP**
- URG_GARDE** 2. Un médecin généraliste de garde ₀₂ |_|_|_| **NB_URG_GARDE**
- URG_SOS** 3. Un médecin type « SOS médecins » ₀₃ |_|_|_| **NB_URG_SOS**

➔ **Si l'enfant n'a eu aucun recours en urgence au cours des 12 derniers mois, allez à la partie « Vaccination » (question 57, page 8).**

50 La dernière fois qu'il a eu un recours en urgence, à qui a-t-il eu recours ?
(Une seule réponse) **URG_A_QUI**

- ₁ Un service d'urgence hospitalier (public ou privé)
₂ Un médecin généraliste de garde
₃ Un médecin type « SOS médecins »



Les questions qui suivent concernent **CETTE DERNIÈRE SÉANCE** en urgence

51 Si l'enfant est allé aux urgences à l'hôpital ou dans une clinique.

Comment s'est-il rendu aux urgences ?

- ₁ Amené par le samu ou les pompiers
- ₂ Amené par une ambulance ou un véhicule sanitaire
- ₃ Amené par un tiers ou par un proche
- ₄ Par ses propres moyens

URG_COMMENT

52 Quelle est la date de ce dernier recours ?

|_|_| |_|_|

mois année

UDMOIS UDAN

53 Ce recours en urgence a-t-il eu lieu ?

- ₁ Du lundi au vendredi (hors jours fériés)
- ₂ Un week-end ou un jour férié

URG_MOMENT

54 A-t-il eu lieu après 20 h le soir et avant 8 h le matin ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

URG_HORAIRE

55 Quel était le motif de ce recours en urgence ?

- ₁ Un accident ou un traumatisme
- ₂ Une autre raison, URG_MOTIF

Précisez clairement cette ou ces raison(s) :

.....
AUTURGMOTIF

56 S'agissait-il :

- ₁ D'un nouveau problème ?
- ₂ D'un problème existant ou de son aggravation

URG_NEWPB

Vaccination



Dans les trois questions suivantes, la modalité grisée « depuis septembre 2010 » ne concerne pas les personnes qui répondent à l'enquête avant septembre 2010.

57 L'enfant a-t-il été vacciné contre la grippe A appelée également H1N1 ?

- ₁ Oui, depuis septembre 2010
- ₂ Oui, entre septembre 2009 et août 2010
- ₃ Non

VAC_GRIPPEA

58 A-t-il déjà été vacciné contre la grippe saisonnière ?
(Plusieurs réponses possibles)

Depuis septembre 2010 VAC_GRIPPES_SEP10

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

De septembre 2009 à mars 2010 VAC_GRIPPES_SEP09

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

De septembre 2008 à mars 2009 VAC_GRIPPES_SEP08

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne me rappelle pas

59 A-t-il eu la grippe A ou H1N1 ?

- ₁ Oui, depuis septembre 2010
- ₂ Oui, avant septembre 2010
- ₃ Non
- ₄ Je ne sais pas

GRIPPEA

Si oui, la dernière fois que l'enfant a eu la grippe A ou H1N1

• A-t-elle été diagnostiquée par le médecin ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

GRIPPEA_DOC

• A-t-il pris des médicaments pour soigner cette grippe A ou H1N1 ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

GRIPPEA_MEDIC

Si oui, lesquels ?

CIP_GRIPPEA1
.....
.....



Question concernant les filles à partir de 12 ans

60 Depuis le 1er novembre 2007, un vaccin contre certains papillomavirus humain (HPV) à l'origine du cancer du col de l'utérus est remboursé pour les jeunes filles âgées de 12 à 15 ans inclus.

L'enfant a-t-elle été vaccinée contre les papillomavirus ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

PAPILLOMA

Merci de votre participation.