

Questionnaire santé et soins médicaux

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008

Prénom : PRENOM

Date de naissance : JNAISQS MNAISQS ANAISQS

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 : (réservé chiffre) NINDQS

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : JQS MQS AQS

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 ?

- 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(e)
- ₂ Oui, limité(e)
- ₃ Non

LIMITE

4 Indiquez votre poids : _____ kg **POIDS** votre taille : _____ m _____ cm **TAILLE**

(femmes enceintes, indiquez votre poids avant grossesse)

5 Portez-vous ?

- ₁ Des lunettes ou des lentilles **PROTLUN**
- ₂ Une prothèse auditive **PROTAUD**
- ₃ Une couronne, un bridge, un implant **PROTDEN**
- ₄ Un dentier partiel (il vous reste des dents) **PROTPAR**
- ₅ Un dentier complet (vous n'avez plus de dent à vous) **PROTCOMP**
- ₆ Un appareil d'orthodontie ou appareil de redressement dentaire **PROTE**
- ₇ Aucune des propositions ci-dessus **PASPROT**

6 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

OPERE

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) :

NOTE

.....|_|_|

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

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

ETADENT

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...) ?

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

NBDENT

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)

- ₁ Jamais
- ₂ De temps en temps ou occasionnellement
- ₃ Souvent

DENTGENE

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui,

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

DENTISTE

- ₂ Non

Si non,

- ₁ Vous n'y êtes pas allé(e) car vous n'avez pas eu de problèmes de santé dentaire. **DENTNON**
- ₂ 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** ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 13
- 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 spécifique, 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, ni d'appareillage spécifique

INC_VUPREAP

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** ?

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 14
- 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 spécifique, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous ?

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

INC_VULOINAP

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

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 15
- 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

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

- ₁ Oui, sans difficulté **INC_ESCA**
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- ₃ 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** ?

- ₁ Oui, sans difficulté **INC_ONGL**
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- ₃ Non, je ne peux pas du tout

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

- ₁ Oui, sans difficulté **INC_MARCH**
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- ₃ 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 ?

- ₁ Oui **SOUVJOUR**
- ₂ Non

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

- ₁ Oui **DIFTOI**
- ₂ Non

Si oui,

- ₁ Je la fais seul(e) **DEGRETOI**
- ₂ Je la fais avec une aide

20 Souffrez-vous fréquemment de douleurs ?

- ₁ Oui, très importantes
- ₂ Oui, importantes **DOULEUR**
- ₃ Oui, peu importantes
- ₄ Non

21 Avez vous actuellement une des affections suivantes ?

	Si oui cochez cette case	Etes-vous traité(e) actuellement ?
Otite	OTITE	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">↓</div> </div> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/>
Angine	ANGINE	<input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/>
Sinusite	SINUSIT	<input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/>
Rhinopharyngite	RHINO	<input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/>
Bronchite aiguë	BRONCHIT	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/>
Grippe ou état grippal	GRIPPE	<input type="checkbox"/> ₆ <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...) ?

- ₁ Oui
₂ Non **RENONCMED**

Si oui, pourquoi ?

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

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

- ₁ Oui
₂ Non **DIF_RDV**

Si oui, était-ce ?

- DIF_GENE** ₁ Un médecin généraliste
DIF_SPE ₂ Un médecin spécialiste
DIF_DENT ₃ Un dentiste
DIF_AUTR ₄ Autre
Précisez :
AUTDIF.....

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

.....
TYPE_DIF.....
.....

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

- ₁ Oui, il y a moins de 2 ans
₂ Oui, il y a plus de 2 ans
₃ Non, jamais
₄ Je ne sais pas **HEMOCCULT**

25 Avez-vous déjà eu une coloscopie ?

- ₁ Oui, il y a moins de 5 ans
₂ Oui, il y a plus de 5 ans
₃ Non, jamais **COLOSCOP**



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) ?

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

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

- ₁ Un généraliste
₂ Un gynécologue ou un obstétricien **FROTTISQUI**
₃ Un autre médecin spécialiste
₄ Une sage-femme

27 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 t-elle été :

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

28 Etes-vous ménopausée ?

- ₁ Oui
₂ Non **MENOPAU**

29 Prenez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?

- ₁ Oui
₂ Non **TRAITMENO**

30 Souffrez-vous de pertes involontaires d'urines ?

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

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
- Scoliose ₀₅
- Ostéoporose ₀₆
- Polyarthrite rhumatoïde..... ₀₇
- Spondylarthrite ankylosante ₀₈
- Autres, précisez : ₀₉

10. Maladies ou problèmes génitaux et urinaires

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

11. Maladies endocriniennes

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

12. Maladies ou problèmes psychiques

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

13. Maladies neurologiques

- Migraine..... ₀₁
- Épilepsie ₀₂
- Maladie de Parkinson..... ₀₃
- Maladie d'Alzheimer..... 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
- Autres, précisez : ₀₃

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 ?

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



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 ?

- ₁ Oui
₂ Non

Si oui, est-ce...

- ₁ Un généraliste **TYPMT**
₂ Un spécialiste
Précisez la spécialité :
.....

CODSPEMT

DECMT

37 Fumez-vous de façon habituelle ?

- ₁ Oui

Si oui :

Combien fumez-vous par jour.....

CIGARETT de cigarettes ? | _ | _ |

PIPES de pipes ? | _ | _ |

CIGARES de cigarillos ou cigares ? | _ | _ |

FUME

Depuis combien d'années fumez-vous ? | _ | _ |

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

- ₁ Oui **FUMHAB**
₂ Non

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

- ₁ Oui **Si oui :**
₂ Non
Nombre de tentatives d'arrêt : | _ | _ | **NBTENT**
Date de la dernière tentative d'arrêt : | _ | _ | | _ | _ |
mois année
MTENT ATENT

- ₂ Non

Si non :

Avez-vous déjà fumé ? **AFUME**

- ₁ Oui **Si oui :**
₂ Non
Pendant **NBANFUM**
combien d'années : | _ | _ |
Date de l'arrêt : .. | _ | _ | | _ | _ |
mois année
MARRET AARRET

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

- ₁ Oui
₂ Non

CANNABIS



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 ?

- ₁ Jamais ➔ passez à la question 42
₂ 1 fois par mois ou moins
₃ 2 à 4 fois par mois **ALCOOL**
₄ 2 à 3 fois par semaine
₅ 4 à 6 fois par semaine ou plus
₆ 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) ?

- ₁ 1 ou 2 verres
₂ 3 ou 4 verres
₃ 5 ou 6 verres **NBVER**
₄ 7 à 9 verres
₅ 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 ?

- ₁ Jamais
₂ Moins d'1 fois par mois
₃ 1 fois par mois **SIXVER**
₄ 1 fois par semaine
₅ Chaque jour ou presque

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

- PASALC_EXC** ₁ A cause d'une consommation antérieure excessive ?
PASALC_SANT ₂ Car votre état de santé actuel ne vous le permet pas ?
PASALC_AUT ₃ Pour une autre raison ?



43 Le plus souvent en semaine, vers quelle heure :

SEM_LUM Eteignez-vous la lumière ? Entre ____ h ____ et ____ h ____

SEM_LEV Vous levez-vous le matin ? Entre ____ h ____ et ____ h ____

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

WE_LUM Eteignez-vous la lumière ? Entre ____ h ____ et ____ h ____

WE_LEV 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...) ?

- ₁ Oui
₂ Non **HORAIR_DECAL**

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

- ₁ En forme et dispos
₂ Bien reposé
₃ Un peu fatigué
₄ Très fatigué **APRE_NUIT**

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 DORT_LIRE	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- En train de regarder la télévision DORT_TELE	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion) DORT_PUB	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Comme passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure DORT_VOITUR	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent DORT_ALLONG	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Assis en train de parler à quelqu'un DORT_PARL	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Assis au calme après un déjeuner sans alcool DORT_DEJ	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement DORT_ENCOMB	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

- ₁ Non
₂ Rarement
₃ Souvent
₄ Presque toutes les nuits
₅ Je ne sais pas **RONFLE**

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

ARRET_RESP

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 ? SOM_ENDOR	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Des réveils nocturnes fréquents ? SOM_REVEIL	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Un réveil trop précoce ? SOM_PRECOC	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Un sommeil non récupérateur ? SOM_RECUP	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Une sensation de manque de sommeil ? SOM_MANQ	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

- ₁ Pas de problème
- ₂ Moins d'1 mois
- ₃ Entre 1 et 3 mois
- ₄ Plus de 3 mois

PBSOM

52 Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

MED_DORT

Si oui, lesquels :

.....
.....

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

CONSULT_SOM

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

ENREG_SOM

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

APNEE_SOM

 **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 ?

- ₁ Oui ₂ Non → **Allez à la partie « Médecin spécialiste » (page 11).**
VUGENE

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

|_|_| fois **NBGENE**

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

|_|_| |_|_|_|_|
 mois année
MDGENE ADGENE

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

59 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. **NONTAUTR**
 Précisez : **AUTRENON**

TRAITGENE_GV

60 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**

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

RENDEZVS

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

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

RAISCIM1 - RAISCIM5

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

- ₁ Oui **URGENT**
₂ Non

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

- ₁ Oui **REGULIER**
₂ Non

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

- ₁ Oui **REVENIR**
₂ Non

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

- ₁ Oui **ENVURG**
₂ Non

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

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

VOIRSPÉ

68 Le médecin vous a-t-il prescrit...

- ₁ Des médicaments ? **PRESCMED**
₂ Des examens biologiques du sang ou des urines ? **PRESCBJO**
₃ D'autres examens (radiographie, échographie...) ? **PRESCEXAM**
₄ Un arrêt de travail ? **PRESCARRET**
₅ Aucune prescription **PRESCRIEN**
₆ Autre, précisez : **AUTQUOI**
PRESCAUT

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

|_|_| minutes **TPSCONS**

70 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 **TPSPB**

71 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

- ₁ Oui, tout à fait
₂ Oui, en partie **COMPRI**
₃ Non, je n'ai pas compris
₄ Je n'avais pas besoin d'explications
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.

72 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. VUSPE**

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

Combien de fois au cours des 12 derniers mois

RADIO	Radiologue	<input type="checkbox"/> ₀₁	_ _
GYNECO	Gynécologue	<input type="checkbox"/> ₀₂	_ _
OPHTALMO	Ophthalmologue	<input type="checkbox"/> ₀₃	_ _
PEDIATRE	Pédiatre	<input type="checkbox"/> ₀₄	_ _
DERMATO	Dermatologue	<input type="checkbox"/> ₀₅	_ _
CARDIO	Cardiologue	<input type="checkbox"/> ₀₆	_ _
RHUMATO	Rhumatologue	<input type="checkbox"/> ₀₇	_ _
PSY	Psychiatre	<input type="checkbox"/> ₀₈	_ _
ORL	ORL	<input type="checkbox"/> ₀₉	_ _
CHIRURG	Chirurgien	<input type="checkbox"/> ₁₀	_ _
GASTRO	Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> ₁₁	_ _
PNEUMO	Pneumologue	<input type="checkbox"/> ₁₂	_ _
DIABETO	Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/> ₁₃	_ _
AUTRSPE	Autre, précisez : VUAUT	<input type="checkbox"/> ₁₄	_ _

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

.....
DERSPE

74 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

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



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

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

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

76 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 m'a dit de revenir **QUI_MMSPE**
₆ Un autre médecin spécialiste **QUI_AUTSPE**
₇ Autre, précisez : **AUTCONS**
QUI_AUT

77 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)

78 Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

- ₁ Oui **PLURAPSPE**
₂ Non

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

Plusieurs réponses possibles

- ₁ Pour un problème de santé déjà suivi
MOTSUIVI Précisez :
- ₂ Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois
MOTPREM Précisez :
- ₃ Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...)
MOTBILAN
- ₄ Pour un renouvellement d'ordonnance d'un problème de santé déjà connu.
MOTORDO Précisez :
- ₅ Autre.
MOTAUT Précisez :
- RAISCIM1 - RAISCIM3**

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

- ₁ Oui **PBURGENT**
- ₂ Non

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

- ₁ Oui **SUIVI**
- ₂ Non

82 Aviez-vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- ₁ Oui **SPEAVAN**
- ₂ Non

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

|_|_| minutes **TPSVS**

84 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**

85 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

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

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

- ₁ Oui **SPEREVENIR**
- ₂ Non

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

- ₁ Oui **ADRESGENE**
- ₂ Non

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

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

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

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

90 Combien avez-vous payé pour cette consultation ?

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

91 Vous attendiez-vous à payer cette somme ?

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

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

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

Merci de votre participation.