

|\_4\_|    |\_\_|    |\_\_|  
An      Vag      Enq

|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
N° adresse                    N° individuel

**NO**                                    **NIND**

LES FICHIERS : **ADDPHAR** **PERSONNE** **MALADIE**

# Questionnaire santé et soins médicaux

Prénom : .....

Date de naissance :

Age : |\_|\_|\_|\_| ans

|\_|\_|    |\_|\_|    |\_|\_|\_|\_|

## Qui remplit ce questionnaire ?

La **personne** dont le **prénom** figure **ci-dessus**.

Si cela n'est pas possible (cas des enfants par exemple), une autre personne du foyer peut remplir ce questionnaire mais toujours pour la personne citée ci-dessus.

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

**JSEMQS**    **MQS**

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° 2004X709AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2004.

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 au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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 ?**

- <sub>1</sub> oui
- <sub>2</sub> non
- <sub>3</sub> 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 ?**

- <sub>1</sub> jamais ⇒ Allez à la question **19**.
- <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 fois par semaine ou plus

## **Que contient ce questionnaire ?**

Ce questionnaire concerne votre état de santé, votre traitement médical éventuel, vos dernières expériences de consultation « en ville » auprès de professionnels de santé (au cours des 12 derniers mois).

Il comprend 3 parties :

- I. État de santé** ..... onglet 1
- II. Médecin généraliste** ..... onglet 2
- III. et IV. Médecin spécialiste et autres professionnels** ..... onglet 3

***Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme. Votre participation n'est pas obligatoire mais elle contribuera à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de son expérience du système de soins.***

# 1. État de santé

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 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

**ETATBMI (GV) /IMC(GV)**  
| | m | | | cm

**POIDS**  
votre taille : **TAILLE**

5. Avez-vous déjà été opéré(e) :  1 oui  2 non (réservé chiffr.)

**OPERE**

- ↳ Si oui, précisez la nature des interventions : | | | |
- 1/ **CODCHIRA-CODCHIRH** | | | |
- 2/ | | | |
- 3/ | | | |
- 4/ | | | |
- 5/ | | | |

6. Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer ?

- 1 oui
- 2 non

**DIFDEP**

- ↳ Si oui, précisez :
- 1 je ne me lève pas de mon lit
  - 2 je peux me lever un peu
  - 3 je peux me déplacer avec l'aide d'une autre personne
  - 4 je peux me déplacer avec un appareil ou une canne
  - 5 je n'ai besoin d'aucune aide, mais je ressens certaines limitations

**DEGREDEP**

7. Portez-vous ? (réservé chiffr.)

- 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, laquelle ou lesquelles :

- 1/ | | | | **PROTLIS1**

8. Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? **NOTE**

(0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)..... | | | |

9. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ? Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

- 1 oui ⇒ Questions 9.1 à 9.6 **ACCID**
- 2 non ⇒ Allez à la question 10, page suivante.

9.1 Combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours des 3 derniers mois ?..... | | | | **NBACCID**

9.2 Le dernier accident a eu lieu ?

- 1 au domicile **ACCLIEU**
- 2 à l'école
- 3 au cours d'une activité sportive
- 4 sur un lieu de loisirs
- 5 autre, précisez : **AUTLIEU**

9.3 Décrivez la blessure due au dernier accident :

- 1 plaie, coupure **ACCP LAI**
- 2 brûlure **ACCB RUL**
- 3 fracture **ACCF RAC**
- 4 entorse, luxation **ACCEN T**
- 5 autre, précisez : **ACCAUT B**

9.4 Où était située cette blessure ?

- 1 tête **ACCTETE**
- 2 cou **ACCCOU**
- 3 épaule, bras, main **ACCEPAU**
- 4 genou, jambe, pied **ACCGENO**
- 5 tronc **ACCTRON**
- 5 autre, précisez : **ACCAUTS**

9.5 A quels soins avez-vous eu recours pour ce dernier accident :

- 1 soins de médecin **ACCMED**
- 2 soins infirmiers **ACCINFI**
- 3 kinésithérapie **ACCKINE**
- 4 achats en pharmacie **ACCPHAR**
- 5 passage aux urgences d'un hôpital **ACCURG**
- 6 hospitalisation **ACCCHOP**
- 7 autre, précisez : **ACCAUTR**

9.6 Au cours des 48 heures qui ont suivi ce dernier accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?

- 1 oui, sévèrement limité **LIMITEA**
- 2 oui, limité
- 3 non, pas du tout

## 10. Quelles maladies, troubles de la santé ou infirmités

avez-vous actuellement ?

		Si oui, cochez cette case ↓	Est-ce un médecin qui vous l'a dit ?	Depuis combien d'années en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?
<b>Voici une liste pour vous aider à répondre :</b>					
<b>10.1 Maladies ou problèmes cardio-vasculaires :</b>		<b>PBSANTE</b>	<b>MEDIT</b>	<b>NBANEE</b>	<b>TRAIT</b>
Hypertension artérielle		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde		<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme, palpitations, impression que le cœur s'emballé ou a des ratés		<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque		<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (attaque)	avec séquelles	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	sans séquelles	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs		<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Varices, ulcère variqueux		<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes		<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardio-vasculaires		<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
<b>10.2 Cancers : précisez la (les) localisation(s)</b>					
1/ .....		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
2/ .....		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.3 Maladies ou problèmes pulmonaires :</b>					
Bronchite chronique		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
Asthme		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes pulmonaires		<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
<b>10.4 Maladies ou problèmes ORL (nez, gorge, oreilles) :</b>					
Sinusite aiguë		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
Rhinopharyngite, rhinite (non allergique), rhume		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinite allergique, rhume des foins		<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Angine		<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Otite aiguë		<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'audition (surdité, totale ou partielle, unie ou bilatérale)		<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
Autres problèmes ORL		<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
<b>10.5 Maladies ou problèmes digestifs :</b>					
Ulcère de l'estomac, du duodénum		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
Crampes, brûlures, douleurs d'estomac		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie hiatale		<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble chronique du transit intestinal (diarrhée, constipation, alternance diarrhée/constipation)		<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie (hépatite, stéatose, kyste, cirrhose...)		<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
Autres problèmes digestifs		<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					
<b>10.6 Maladies ou problèmes concernant la bouche et les dents, précisez :</b>					
1/ .....		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
2/ .....		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.7 Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations :</b>					
Sciatique, lumbago, douleurs lombaires		<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>
Hernie discale		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ostéoporose</b>		<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose, rhumatisme		<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez la (ou les) localisation(s) : .....					
.....					
Autres problèmes concernant les os et articulations		<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : .....					

	Si oui, cochez cette case ↓	Est-ce un médecin qui vous l'a dit ?	Depuis combien d'années en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?
<b>10.8 Maladies ou problèmes urinaires ou génitaux :</b>				
Infection urinaire, cystite	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Perte involontaire d'urines	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la prostate (adénome ou hypertrophie)	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Troubles des règles</b>				
Troubles liés à la ménopause	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes urinaires ou génitaux Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.9 Maladies endocriniennes ou métaboliques :</b>				
Hyperthyroïdie, goitre, hypothyroïdie ou autres affections de la thyroïde	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trop de lipides dans le sang : cholestérol, triglycérides...	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes endocriniens ou métaboliques Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.10 Maladies ou problèmes oculaires :</b>				
Glaucome, hypertension oculaire	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Cataracte	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Strabisme	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue comme myopie, presbytie... Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes oculaires Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.11 Maladies ou problèmes nerveux ou psychiques :</b>				
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Dépression nerveuse	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes psychiques Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.12 Maladies ou problèmes neurologiques :</b>				
Migraines, maux de tête	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Autres problèmes neurologiques Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.13 Maladies ou problèmes de peau :</b>				
Eczéma	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Acné	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mycoses cutanées (mains, pieds, ongles, cuir chevelu...)	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes de peau Précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.14 Autres maladies ou problèmes de santé (y compris malformations, handicaps, infirmités), précisez :</b>				
1/ .....	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="checkbox"/>
2/ .....	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

COCHE(GV)    DEC\_MAL(GV)    REMONTE(GV)

11. Vous n'avez rien coché dans le tableau ci-dessus, pour quelle raison ?

- <sub>1</sub> Je n'ai aucune maladie ou problème de santé
- <sub>2</sub> Je refuse de répondre à cette question **RIENCOCH**

12. 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 **ADDPHAR**
- <sub>2</sub> non ⇒ Allez à la question 13. (sous le tableau).

↳ Si oui,

donnez le nom précis de ces médicaments (y compris leur dosage), leur forme et la quantité contenue dans une boîte, indiquez pour quel problème de santé vous avez pris ce médicament, s'il a été prescrit ainsi que la quantité consommée pendant les dernières 24 heures :

Nom du produit (y compris le dosage)	Forme et quantité contenue 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 ?
<i>exemple :</i> TILDIEM 300mg, ASPRO 500mg, etc.	<i>exemple :</i> boîte de 25 comprimés, flacon de 100 ml, boîte de 15 suppositoires, etc.	<i>exemple :</i> hypertension mal de tête, grippe, etc. <small>(réservé chiffre)</small>	<i>exemple :</i> 1 mesure, 3 comprimés, 3 cuillères à café, etc.	<i>exemple :</i> <b>PRESC</b> <input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <b>OUI NON</b>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>CIP</b>	<b>QTE</b>	<b>MOTIF</b>	<b>MESURE</b>	<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>
<b>EPHMRA /TXCNAM</b> (récupérés dans la table CIP)				<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>

13. Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, y-a-t-il des médicaments que vous n'avez pas pris alors que vous auriez dû les prendre ?

- <sub>1</sub> oui **PASPRI**
- <sub>2</sub> non

↳ Si oui :

le(s)quel(s) : .....

.....

Vous avez **moins de 16 ans** ⇒ Allez directement à la partie « **médecin généraliste** » page 8.

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

**14. Au cours des 12 derniers mois, votre tension (ou pression artérielle) a-t-elle été mesurée par vous-même ou par un professionnel de santé ?**

- <sub>1</sub> oui, par moi-même **TENSION**
- <sub>2</sub> oui, par un professionnel de santé
- <sub>3</sub> non

**15. Fumez-vous de façon habituelle ?**

- <sub>1</sub> oui ⇒ questions **15.1 à 15.4**
- <sub>2</sub> non ⇒ question **15.5 FUME**

☞ **Si oui :**

**15.1 Combien fumez-vous, par jour :**  
 de cigarettes ?.....**CIGARETT** |\_\_|\_\_|  
 de pipes ?.....**PIPES** |\_\_|\_\_|  
 de cigarillos ou cigares ?..**CIGARES** |\_\_|\_\_|

**15.2 Depuis combien d'années fumez-vous ?.....ANFUME.....** |\_\_|\_\_|

**15.3 Fumez-vous habituellement à l'intérieur de votre habitation ?**  
 <sub>1</sub> oui **FUMEHAB**  
 <sub>2</sub> non

**15.4 Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?**  
 <sub>1</sub> oui **FUMSTOP**  
 <sub>2</sub> non

☞ **Si oui :**  
 Nombre de tentatives d'arrêt d'au moins une semaine : ... **NBTENT** |\_\_|\_\_|  
 Date de la dernière : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  
mois année  
**MTENT ATENT**

☞  **Passez à la question 16.**

☞ **Si non :**

**15.5 Avez-vous déjà fumé ?**  
 <sub>1</sub> oui **AFUME**  
 <sub>2</sub> non  
 ☞ **Si oui :**  
 Pendant combien d'années ? . **NBANFUM** |\_\_|\_\_|  
 Date de l'arrêt... |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
mois année  
**MARRET AARRET**  
 Nombre de tentatives d'arrêt d'au moins une semaine (y compris celle de l'arrêt définitif) ? ..... |\_\_|\_\_|  
**NBARRET**

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

**1 verre d'alcool = 1 verre de boisson alcoolisée**  
**(1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 apéritif...)**

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

- <sub>1</sub> jamais ⇒ Allez à la question **19. PROFIL2R (GV)**
- <sub>2</sub> 1 fois par mois ou moins **PROFILALC (GV)**
- <sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois **ALCOOL**
- <sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine
- <sub>5</sub> 4 fois par semaine ou plus

**17. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?**

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

**18. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?**

- <sub>1</sub> jamais
- <sub>2</sub> moins d'une fois par mois
- <sub>3</sub> une fois par mois **SIXVER**
- <sub>4</sub> une fois par semaine
- <sub>5</sub> tous les jours ou presque

**19. Combien de fois par jour ou par semaine mangez-vous des fruits et des légumes** (frais, en conserve ou surgelés, crus ou cuits) **non compris les pommes de terre, pâtes, semoule, riz, blé ?**

**Fruits :** |\_\_|\_\_| fois par jour **FRUIT**  
 ou si moins d'un par jour :  
 |\_\_|\_\_| fois par semaine

**Légumes :** |\_\_|\_\_| fois par jour **LEGU**  
 ou si moins d'un par jour :  
 |\_\_|\_\_| fois par semaine

**20. Si vous êtes une femme :**

- |  |                                       |   |                                       |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
|  |                                       | <b>OUI</b>                                | <b>NON</b>                            |
| <b>20.1 Etes-vous enceinte ?.....</b>                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <b>ENCEIN</b>    |                                       |
| <b>20.2 Etes-vous ménopausée ?.....</b>                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <b>MENOPO</b>    |                                       |
| <b>20.3 Prenez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?..</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <b>TRAITMENO</b> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |

**II. Médecin généraliste**

**Concerne** : le médecin généraliste consulté pour vous-même, chez vous ou à son cabinet ou dans un centre de santé, au cours des 12 derniers mois.

**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

**21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste, pour vous-même, chez vous, à son cabinet ou dans un centre de santé ?**

- <sub>1</sub> oui ⇒ Combien de fois au cours des 12 derniers mois..... **NBGENE**
- <sub>2</sub> non ⇒ Allez à la partie « Médecin spécialiste » page 10.

Les questions qui suivent concernent **LE DERNIER** médecin généraliste que vous avez vu au cours des 12 derniers mois.

**22. Quand avez-vous vu un médecin généraliste pour la dernière fois ?**

Précisez le mois et l'année : |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

- C'était : <sub>1</sub> la nuit **MDGENE ADGENE**
- <sub>2</sub> le week-end ou un jour férié **QDGENE**
- <sub>3</sub> un jour de semaine

**23. Etait-ce votre médecin généraliste habituel ?**

- <sub>1</sub> oui ⇒ Allez à la question **24**.
- <sub>2</sub> non **HABGENE**

↪ **Si non : pourquoi ?**

- <sub>1</sub> vous n'avez pas de médecin généraliste habituel **NONGENE**
- <sub>2</sub> vous n'étiez pas chez vous (vacances, déplacements, etc.) **NONVAC**
- <sub>3</sub> votre médecin habituel n'était pas disponible **NONDISPO**
- <sub>4</sub> autre, précisez : ..... **AUTRNON**..... **NONAUTR**

**s'agissait-il ?**

- <sub>1</sub> d'un médecin de garde (sos médecin, service médical de garde...) **AGIMED**
- <sub>2</sub> d'un associé ou d'un remplaçant de votre médecin généraliste habituel **AGIASSO**
- <sub>3</sub> autre **AGIAUTR**

**24. Le médecin s'est-il déplacé à votre domicile (visite) ?**

- <sub>1</sub> oui **DEPLAC**
- <sub>2</sub> non ⇒ Allez à la question **25**.

↪ **Si oui :**

combien de temps, s'est écoulé entre le moment où vous avez pris le rendez-vous et la venue du médecin ?..... |\_|\_| heures (0 si moins d'1 heure)

**OU** |\_|\_| jours **DELAIVIS**

auriez-vous souhaité que le médecin vienne plus rapidement ?

- <sub>1</sub> oui
- <sub>2</sub> non
- <sub>3</sub> sans opinion

**PLURAPIDV**

↪ **Passez à la question 31.**

**25. Cette consultation a eu lieu :** **CONSULT**

- <sub>1</sub> dans le cabinet du médecin
- <sub>2</sub> dans un dispensaire ou centre de santé
- <sub>3</sub> dans un centre ou une maison médicale de garde
- <sub>4</sub> autre, précisez : ..... **AUTCONSU**.....

**26. Pour cette consultation, avez-vous pris rendez-vous ?**

- <sub>1</sub> oui **RENDEZVS**
- <sub>2</sub> non

↪ **Si oui :**

combien de temps, s'est écoulé entre le moment où vous avez pris le rendez-vous et la consultation ?..... |\_|\_| heures (0 si moins d'1 heure)

**OU** |\_|\_| jours **DELAICONS**

auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?

- <sub>1</sub> oui
- <sub>2</sub> non
- <sub>3</sub> sans opinion

**PLURAPIDC**

**27. Le médecin reçoit-il ?**

- <sub>1</sub> uniquement sur rendez-vous
- <sub>2</sub> avec ou sans rendez-vous **MEDRDV**
- <sub>3</sub> uniquement sans rendez-vous
- <sub>4</sub> vous ne savez pas

**28. Etes-vous allé chez le médecin ?**

- <sub>1</sub> à pied
- <sub>2</sub> en voiture particulière
- <sub>3</sub> en taxi **TRANSP**
- <sub>4</sub> en transport en commun
- <sub>5</sub> autre, précisez : ..... **TRANSAUT**.....

**29. Quelle a été la durée du trajet « aller » ?** |\_|\_| mn **DURTRAJ**

**30. Une fois sur place, avez-vous attendu avant d'être reçu par le médecin ?** (à partir de l'heure du RDV s'il y a lieu).

- <sub>1</sub> moins de 5 minutes
- <sub>2</sub> entre 5 à 15 minutes **ATTENTE**
- <sub>3</sub> entre 16 et 30 minutes
- <sub>4</sub> entre 31 minutes et 1 heure
- <sub>5</sub> entre plus d'1 heure et 2 heures
- <sub>6</sub> plus de 2 heures

Il s'agit toujours de votre **DERNIÈRE** consultation ou visite avec un médecin généraliste

**31. Cette consultation ou cette visite était-elle prévue d'avance dans le cadre d'un suivi régulier ?**

- <sub>1</sub> oui
- <sub>2</sub> non **VISPREUVU**

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

- <sub>1</sub> oui
- <sub>2</sub> non **PBURGENT**



**33. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous vu le médecin ?**  
(attention plusieurs réponses possibles)

<sub>1</sub> Parce que vous étiez malade, vous aviez des douleurs, ou un autre **problème de santé physique**.  
**RAISPHYSI**

Précisez le nom de la maladie : .....

**CIMMALPHYSI-2-3-4**

<sub>2</sub> Parce que vous étiez **fatigué, anxieux, démoralisé, stressé**, pour un problème de **sommeil**, etc.  
**RAISFATIG**

Précisez le nom de la maladie : .....

**CIMMALFATII-2-3-4**

<sub>3</sub> Pour le **renouvellement d'une ordonnance**, la **surveillance** d'une maladie déjà connue.  
**RAISORDON**

Précisez le nom de la maladie : .....

**CIMMALORDO1-2-3-4-5**

<sub>4</sub> A la suite d'un **accident** ou d'une **blessure**.  
**RAISACCID**

↳ S'agissait-il d'un accident du travail (ou scolaire) ?

<sub>1</sub> oui

<sub>2</sub> non

**ACCTRAV**

<sub>5</sub> Pour une **raison administrative** (pour obtenir un certificat médical...)  
**RAISADMIN**

Précisez : **CIMPQADMIN1-2-3-4** .....

<sub>6</sub> Pour un **bilan de prévention** (sans rapport avec une maladie déjà connue) ou des **conseils**, par exemple d'alimentation, de contraception, pour arrêter de fumer...  
**RAISBILAN**

<sub>7</sub> Pour une **vaccination**.  
**RAISVACCI**

<sub>8</sub> Pour une autre raison

**RAISAUTRE** Précisez : **CIMAUTRPREC1-2** .....

Il s'agit toujours de votre **DERNIÈRE** consultation ou visite avec un médecin généraliste

**34. Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ?** ..... **TPSCONS** ..... |\_\_|\_\_| minutes

**35. Avez-vous eu le temps de discuter de votre problème de santé avec ce médecin ?**

<sub>1</sub> oui, tout à fait

**TPSPB**

<sub>2</sub> oui, mais j'aurais souhaité avoir plus de temps

<sub>3</sub> non

<sub>4</sub> je n'avais pas besoin de discuter

**36. Le médecin vous a-t-il prescrit :**

des médicaments ..... **PRESCMED** ..... **OUI**  <sub>1</sub> **NON**  <sub>2</sub>

des examens biologiques du sang ou des urines..... **PRESCBIO** .....  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

d'autres examens (radio, échographie)..... **PRESCEXAM**

des séances de kinésithérapie, des soins infirmiers..... **PRESCKINE** .....  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

un régime alimentaire **PRESCREG** .....  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

un arrêt de travail (y compris « d'école » ou de « crèche » pour les enfants) ..... **PRESCARRE**  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

autres prescriptions ..... **PRESCAUT** .....  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

↳ Précisez : **AUTQUOI** .....

**37. Avez-vous compris les explications de votre médecin concernant ces prescriptions ?**

<sub>1</sub> oui, tout à fait

<sub>2</sub> oui, en partie

**COMPRI**

<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

**38. Le médecin vous a-t-il :**

envoyé aux urgences ..... **ENVOIURG** ..... **OUI**  <sub>1</sub> **NON**  <sub>2</sub>

demandé de revenir le voir ou donné un autre rendez-vous... **REVENIR**  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

demandé d'aller voir un médecin spécialiste..... **VOIRSPE** .....  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

**39. Combien avez-vous payé pour cette consultation (ou visite) ?** ..... **COMBPAY** ..... |\_\_|\_\_| euros

(0 si vous n'avez rien déboursé ; barrez, si vous ne vous rappelez pas)

Si vous ne vous rappelez pas le montant exact, merci d'essayer de préciser :

<sub>1</sub> rien, 0 €

<sub>2</sub> moins de 20 €

**CLASPAY**

<sub>3</sub> 20 €

<sub>4</sub> plus de 20 €

<sub>5</sub> ne sais pas

**40. Vous attendiez-vous à payer cette somme ?**

<sub>1</sub> oui

<sub>2</sub> non, je pensais payer plus

**ATTENPAY**

<sub>3</sub> non, je pensais payer moins

<sub>4</sub> non, je n'avais rien prévu

**41. Savez-vous si ce médecin pratique des dépassements d'honoraires ?**

<sub>1</sub> oui, il pratique des dépassements **DEPASSE**

<sub>2</sub> non, il ne pratique pas de dépassement

<sub>3</sub> je ne sais pas

### III. Médecin spécialiste

**Concerne** : les médecins spécialistes consultés à leur cabinet, dans un centre de santé, en consultation externe à l'hôpital ou en clinique

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

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

- VUSPEGV**
- <sub>1</sub> oui  
<sub>2</sub> non ⇒ Allez à la partie « Autres professionnels de santé » page 11.

Si oui, Combien de fois de quel(s) spécialiste(s) s'agissait-il ? au cours des 12 derniers mois (plusieurs réponses possibles)

Radiologue	<b>RADIO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> <b>NBRADIO</b>  __
Gynécologue	<b>GYNECO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> <b>NBGYNECO</b>  __
Ophthalmologue	<b>OPHTALMO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> <b>NBOPHTALMO</b>  __
Pédiatre	<b>PEDIATRE</b>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> <b>NBPEDIATRE</b>  __
Dermatologue	<b>DERMATO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub> <b>NBDERMATO</b>  __
Cardiologue	<b>CARDIO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub> <b>NBCARDIO</b>  __
Rhumatologue	<b>RHUMATO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub> <b>NBRHUMATO</b>  __
Psychiatre	<b>PSY</b>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub> <b>NBPSY</b>  __
ORL	<b>ORL</b>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub> <b>NBORL</b>  __
Chirurgien	<b>CHIRURG</b>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> <b>NBCHIRURG</b>  __
Anesthésiste	<b>ANESTHE</b>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> <b>NBANESTH</b>  __
Phlébologue	<b>PHLEBO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> <b>NBPHLEBO</b>  __
Pneumologue	<b>PNEUMO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> <b>NBPNEUMO</b>  __
Diabétologue, endocrinologue	<b>DIABETO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub> <b>NBDIABETO</b>  __
Autre, précisez	<b>AUTRSPE</b>	<input type="checkbox"/> <sub>15</sub> <b>NBAUTRSPE</b>  __
<b>VUAUT</b>		
<b>GASTRO</b>		<b>NBGASTRO</b>

Les questions qui suivent concernent **LE DERNIER** médecin spécialiste que vous avez vu **au cours des 12 derniers mois**.

43. La dernière fois que vous avez consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, c'était un :

Précisez la spécialité de ce médecin : (réservé chiffre)

**CLDERSPE** ..... |\_\_|

**DER SPE**

44. Quand avez-vous vu ce spécialiste ?

Précisez le mois et l'année : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

mois année

**MDSPE ADESPE**

45. Où l'avez-vous vu ?

- <sub>1</sub> dans son cabinet **OUVU**
- <sub>2</sub> dans un dispensaire ou un centre de santé
- <sub>3</sub> en consultation à l'hôpital ou en clinique
- <sub>4</sub> autre, précisez : **AUTOUVU**
- .....

46. Qui vous a conseillé cette consultation ?

- <sub>1</sub> personne, j'ai consulté de moi-même
- <sub>2</sub> un médecin généraliste **QUICONS**
- <sub>3</sub> le même spécialiste qui m'a dit de revenir
- <sub>4</sub> un autre médecin spécialiste
- <sub>5</sub> un proche (famille, ami)
- <sub>6</sub> autre précisez : ..... **AUTCONS**

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

- <sub>1</sub> 2 jours ou moins
- <sub>2</sub> 3 à 6 jours
- <sub>3</sub> 1 à 2 semaines **TPSRDVSPE**
- <sub>4</sub> 3 à 4 semaines
- <sub>5</sub> plus d'1 mois à 3 mois
- <sub>6</sub> plus de 3 mois à 6 mois
- <sub>7</sub> plus de 6 mois

48. Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?

- <sub>1</sub> oui **PLURAPSPE**
- <sub>2</sub> non
- <sub>3</sub> sans opinion

49. Quelle a été la durée du trajet pour vous rendre chez ce spécialiste ? ..... **TRAJSPE** |\_\_| |\_\_| mn

50. Une fois sur place, avez-vous attendu avant d'être reçu par le médecin ? (à partir de l'heure du RDV)

- <sub>1</sub> moins de 5 minutes
- <sub>2</sub> entre 5 et 15 minutes
- <sub>3</sub> entre 16 et 30 minutes **ATTENSPE**
- <sub>4</sub> entre 31 minutes et 1 heure
- <sub>5</sub> entre plus d'1 heure et 2 heures
- <sub>6</sub> plus de 2 heures

51. Quel était le motif de cette consultation ?

.....

**MOTSPE**

.....

52. Aviez vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- <sub>1</sub> oui **SPEAVAN**
- <sub>2</sub> non
- ↘ Si oui, était-ce pour le même motif ? : <sub>1</sub> oui **MEMEMOT**
- <sub>2</sub> non

53. Cette consultation était-elle prévue d'avance dans le cadre d'un suivi régulier ?

- <sub>1</sub> oui : **PREVU**  
<sub>2</sub> non

54. Combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous ? ..... **TPSVS** |\_\_| |\_\_| minutes

55. Le médecin vous a-t-il demandé si vous aviez un traitement en cours ou si vous aviez changé de traitement ?

- <sub>1</sub> oui : **DDETRAIT**  
<sub>2</sub> non  
<sub>3</sub> non, car il connaît mon traitement  
<sub>4</sub> ne sais pas

56. Est-ce que vous avez compris les explications de ce médecin pendant la consultation ?

- <sub>1</sub> tout à fait  
<sub>2</sub> en partie seulement **COMPRISPE**  
<sub>3</sub> je n'ai pas compris  
<sub>4</sub> je n'avais pas besoin d'explication  
<sub>5</sub> il ne m'a pas expliqué

57. Après cette consultation, le médecin vous a-t-il :

- |  |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>OUI</b>                            | <b>NON</b>                            |
| envoyé aux urgences..... <b>SPEURG</b>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| demandé de le revoir ou donné un autre rendez-vous..... <b>SPEPERVENIR</b>     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| conseillé de vous faire suivre par un médecin généraliste..... <b>VOIRGENE</b> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| demandé d'aller voir un autre spécialiste.....                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
- VOIRAUTSPÉ**

58. Savez-vous si ce médecin pratique des dépassements d'honoraires :

- <sub>1</sub> oui, il pratique des dépassements **SPEDEPASSE**  
<sub>2</sub> non, il ne pratique pas de dépassements  
<sub>3</sub> je ne sais pas

#### IV. Autres professionnels de santé

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

59. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours au moins une fois à l'une des personnes suivantes au sujet de votre santé ?

	OUI	NON	Combien de fois au cours des 12 derniers mois
Médecin du travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Dentiste ou orthodontiste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Psychologue ou psychothérapeute (non médecin)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Travailleur social (assistant social, conseiller conjugal...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Infirmier(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Sage-femme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Diététicien(ne)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Ostéopathe ou chiroprateur	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Audioprothésiste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Podologue ou pédicure	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Naturopathe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Rebouteux, magnétiseur, guérisseur, radiesthésiste, marabout	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _
Autres, précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_ _ _

**Si vous avez plus de 64 ans, merci de répondre au questionnaire saumon.**