

Questionnaire santé et soins médicaux pour les 16 ans et plus

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2010

Prénom de la personne à qui est adressé le questionnaire :

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 (personne malvoyante par exemple), une autre personne du foyer peut le faire pour elle en sa présence.

Merci d'indiquer ci-dessous :

(réservé chiffr)

Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : |_|_|

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 votre état de santé en général ?

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

2 Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ 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 ?

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

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

(femmes enceintes, indiquez votre poids avant grossesse)

5 Portez-vous ?

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

6 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- ₁ Oui
- ₂ 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) ?

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

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

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 10
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- 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

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

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 11
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- 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

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

- ₁ Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 12
- ₂ Non, j'ai des difficultés
- 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

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

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

13 Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans difficulté, **SANS appareillage ou l'aide de quelqu'un ?**

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

14 Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres, sans difficulté, **SANS appareillage ou l'aide de quelqu'un ?**

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

15 Pouvez-vous mordre ou mâcher, sans difficulté, des aliments durs comme une pomme ferme (lorsque vous portez votre dentier si vous en avez un) ?

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

16 Pouvez-vous prendre un objet avec chacune de vos mains sans aide technique ?

- ₁ Oui, sans difficulté
₂ Oui, mais uniquement de la main dominante
₃ Oui, uniquement de la main non dominante
₄ Non, je ne peux pas du tout

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

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

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

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

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

- ₁ Oui
₂ Non

Si oui,

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

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

- ₁ Oui
₂ Non

21 Vous arrive-t-il par votre comportement de vous mettre en danger ? (ne pas prendre en compte les cas de mise en danger liés uniquement à des problèmes de vue)

- ₁ Non
₂ Oui, parfois
₃ Oui, souvent
₄ Je ne sais pas

22 Vous reproche-t-on d'être trop impulsif ou agressif ?

- ₁ Non
₂ Oui, parfois
₃ Oui, souvent
₄ Je ne sais pas

23 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"/>

24 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

Si oui, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

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


25 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

Si oui, était-ce ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Un médecin généraliste
- ₂ Un médecin spécialiste
Précisez :
.....
- ₃ Un dentiste
- ₄ Autre
Précisez :
.....

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

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

26 Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe A appelée également H1N1 ?

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

27 Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la grippe saisonnière ?

(Plusieurs réponses possibles)

Depuis septembre 2010

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

De septembre 2009 à mars 2010

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

De septembre 2008 à mars 2009

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

28 Avez-vous eu la grippe A ou H1N1 ?

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

Si oui, la dernière fois que vous avez eu la grippe A ou H1N1

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

- Avez-vous pris des médicaments pour soigner cette grippe A ou H1N1 ?

- ₁ Oui
- ₂ Non


Si oui, lesquels ?
.....
.....

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

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

30 Avez-vous déjà eu une coloscopie ?

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

 Vous êtes une femme de 16 ans et plus, merci de répondre aux questions suivantes.
Sinon, passez à la question 34 (page 5).

31 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
- ₄ Non, jamais

32 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
- ₃ Oui, il y a plus de 3 ans
- ₄ Non, jamais

33 Souffrez-vous de pertes involontaires d'urines ?

- ₁ Oui, depuis 1 an ou plus
- ₂ Oui, depuis moins d'1 an
- ₃ Non

34 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
 - Surdité, baisse de l'audition ₀₂
 - Autres, 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**
 - Reflux œsophagien (reflux acide)..... ₀₁
 - Ulcère de l'estomac ou du duodénum 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
- 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
- Anorexie, boulimie ₀₃
- Autres, précisez : ₀₄

13. Maladies neurologiques

- Migraine..... ₀₁
- Épilepsie ₀₂
- Autres, précisez : ₀₃

14. Maladies de la peau

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

15. Autres maladies

- Handicap moteur acquis suite à un traumatisme accidentel (amputation, séquelle d'accident...) ₀₁
- Infirmité, handicap de naissance ₀₂
- Autres, précisez : ₀₃

35 Vous avez un ou plusieurs problèmes de santé ne faisant pas partie de cette liste.

Précisez :

.....

36 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

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

	En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
- Vous êtes-vous senti(e) particulièrement nerveux(se)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
- Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
- Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
- Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
- Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

38 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 médicaments non remboursés, les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, les antidouleurs, les médicaments injectés (vaccins), les patchs (hormones, nicotine...), les crèmes et les pommades, etc.

₁ Oui ➔ remplissez le tableau ci-dessous

₂ 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 500 mg, 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.	Cochez la case correspondant à votre réponse :	
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
				<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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



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 standards (10 grammes d'alcool) =



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
- ₄ 2 à 3 fois par semaine
- ₅ 4 à 6 fois par semaine ou plus
- ₆ Tous les jours

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

- ₁ 1 ou 2 verres
- ₂ 3 ou 4 verres
- ₃ 5 ou 6 verres
- ₄ 7 à 9 verres
- ₅ 10 verres ou plus

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

- ₁ Jamais
- ₂ Moins d'1 fois par mois
- ₃ 1 fois par mois
- 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)

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

43 Fumez-vous actuellement ?

- ₁ Oui, tous les jours
- ₂ Oui, occasionnellement
- ₃ Non

Si oui, tous les jours :

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 ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui :

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

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

Si non :

Avez-vous déjà fumé ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui :

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


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

44 Personnellement, quand vous vous sentez malade, dans un premier temps, êtes-vous plutôt du genre à...

- ₁ ...attendre pour voir si le problème ne s'arrange pas tout seul
- ₂ ...essayer de vous soigner par vous-même par des médicaments (automédication)
- ₃ ...aller rapidement chez le médecin
- ₄ ...utiliser des remèdes de grands-mères ou des techniques alternatives (tisanes, rebouteux...)

45 Avez-vous désigné un médecin traitant ?

- ₁ Oui
- ₂ 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.

46 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 » (question 60, page 9).**



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

|_|_| fois

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

|_|_| |_|_|_|

mois année



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

49 Était-ce votre médecin traitant ?

₁ Oui
₂ Non

Si non, pourquoi ?

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

50 Depuis combien d'années consultez-vous ce médecin pour vous-même ?

|_|_| années (0 si moins d'un an)

51 Cette consultation a-t-elle eu lieu :

- ₁ À votre domicile ?
- ₂ Dans le cabinet du médecin ?
- ₃ À l'hôpital ?
- ₄ Autre, précisez :

52 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)
.....
- Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?
₁ Oui ₂ Non
₃ Nsp

53 Pour quelle raison avez-vous vu ce médecin ? (Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin
Précisez :
- ₂ Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois
Précisez :
- ₃ Parce que vous souhaitiez qu'il vous envoie 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 Autres, précisez :

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

₁ Oui
₂ Non

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

₁ Oui
₂ Non

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

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

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

|_|_| minutes

58 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 d'en discuter
- ₄ Non, je n'ai pas eu le temps d'en discuter

59 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

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



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

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

₁ Oui ₂ Non → **Allez à la partie « Recours en urgence » (question 79, page 11).**



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

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

.....

62 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année



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

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

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

64 Qui vous a conseillé cette consultation ?

- ₁ Personne, j'ai consulté de moi-même
- ₂ Ce même médecin spécialiste qui m'a dit de revenir
- ₃ Un autre médecin spécialiste
- ₄ Mon médecin traitant
- ₅ Un autre médecin généraliste
- ₆ Autre, précisez :

65 Le médecin qui vous a conseillé cette consultation vous a-t-il...

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

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

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

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

|_|_| mois

OU |_|_| semaine(s)

OU |_|_| jour(s)

68 Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

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

(Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin
Précisez :
- ₂ Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois
Précisez :
- ₃ Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...)
- ₄ Autre.
Précisez :

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

71 Aviez-vous déjà consulté ce spécialiste auparavant ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

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

|_|_| minutes

73 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 d'en discuter
- ₄ Non, je n'ai pas eu le temps d'en discuter

74 Avez-vous compris les explications de votre médecin ?

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

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

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

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui, quelle est sa spécialité ?

.....

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

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

79 Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu recours, pour vous-même, pour une urgence à :
(Plusieurs réponses possibles)

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

1. Un service d'urgence hospitalier (public ou privé)	<input type="checkbox"/> ₀₁	_ _ _
2. Un médecin généraliste de garde	<input type="checkbox"/> ₀₂	_ _ _
3. Un médecin type « SOS médecins »	<input type="checkbox"/> ₀₃	_ _ _

➔ Si vous n'avez eu aucun recours en urgence au cours des 12 derniers mois, allez directement à la question 87, page 12.

80 La dernière fois que vous avez eu un recours en urgence, à qui avez-vous eu recours ?
(Une seule réponse)

- 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

81 Si vous êtes allés aux urgences à l'hôpital ou dans une clinique.

Comment vous êtes-vous 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 vos propres moyens

82 Quelle est la date de ce dernier recours ?

|_|_| |_|_|
mois année

83 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

84 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

85 Quel était le motif de ce recours en urgence ?

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

Précisez clairement cette ou ces raison(s) :

.....
.....

86 S'agissait-il :

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

Tournez s'il vous plaît



La question 87 qui suit concerne l'importance que vous accordez à votre propre santé comparativement à d'autres aspects de votre vie. Quotidiennement, nous faisons tous des choix entre la santé et d'autres éléments de confort. Ainsi, on peut travailler dur pour payer sa maison au risque de s'abîmer la santé, on peut acheter de la nourriture plus chère mais meilleure pour la santé, on peut ne pas remplacer ses lunettes ou ne pas se faire poser une prothèse dentaire pour pouvoir faire d'autres dépenses. Nous allons vous demander de comparer, en fonction de vos souhaits personnels, des changements en matière de santé et des changements en matière de revenu.

87 Préfereriez-vous avoir moins d'argent et récupérer un très bon état de santé dans les 12 mois à venir, plutôt que de conserver votre état de santé actuel pendant 12 mois?

- ₁ Oui, je préfère avoir moins d'argent et récupérer un très bon état de santé
- ₂ Non, je préfère conserver ma situation financière et rester avec mes ennuis de santé
- ₃ Non, mon état de santé actuel est très bon

Si oui :

Quel est le montant maximal mensuel (le même chaque mois) que vous accepteriez de payer pour retrouver un très bon état de santé pour les 12 prochains mois?

(Pour vous aider à répondre à cette question, nous vous proposons d'abord de sélectionner un intervalle de valeurs)

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 € | <input type="checkbox"/> 15 à 29 € |
| <input type="checkbox"/> 30 à 49 € | <input type="checkbox"/> 50 à 74 € |
| <input type="checkbox"/> 75 à 99 € | <input type="checkbox"/> 100 à 149 € |
| <input type="checkbox"/> 150 à 199 € | <input type="checkbox"/> 200 à 249 € |
| <input type="checkbox"/> 250 à 299 € | <input type="checkbox"/> 300 à 399 € |
| <input type="checkbox"/> 400 à 499 € | <input type="checkbox"/> 500 à 749 € |
| <input type="checkbox"/> 750 à 999 € | <input type="checkbox"/> 1 000 à 1 499 € |
| <input type="checkbox"/> 1 500 € et plus | |

Dans l'intervalle que vous avez sélectionné, quel est le montant maximal exact dont vous accepteriez de vous passer ?..... €

Merci de votre participation.