



## 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> Je 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

Le symbole  attire votre attention sur des précisions ou des informations utiles.

***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.***

## 1 Comment est votre état de santé général ?

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

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

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

## 3 Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

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

## 4 Indiquez votre poids :   |\_|\_|\_| kg

votre taille :   |\_| m   |\_|\_| cm

## 5 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

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

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

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

## 6 Portez-vous ?

- <sub>1</sub> Des lunettes ou des lentilles
  - <sub>2</sub> Une prothèse auditive
  - <sub>3</sub> Une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...)
  - <sub>4</sub> Une prothèse dentaire amovible (dentier)
  - <sub>5</sub> Un appareil de redressement dentaire
  - <sub>6</sub> Une autre prothèse (hanche, pile pour le cœur...)
- Si oui**, précisez : .....
- <sub>7</sub> Aucune prothèse

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

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

## 8 Diriez-vous que votre état dentaire est ?

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

## 9

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 10.
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

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

## 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 ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 11.
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

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

## 11

### Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation, sans appareillage auditif ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 12.
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés
- <sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

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

## 12

### Pouvez-vous monter et descendre les escaliers, sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique ?

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

**Si non**, avec un appareillage spécifique ou avec l'aide de quelqu'un, pouvez-vous monter et descendre les escaliers, sans difficulté ?

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

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

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

**Si non, avec un appareillage spécifique ou l'aide de quelqu'un, pouvez-vous vous couper les ongles des orteils sans difficulté ?**

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

**14** **Pouvez-vous marcher 500 mètres, sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique ?**

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

**Si non, avec un appareillage spécifique ou l'aide de quelqu'un, pouvez-vous marcher 500 mètres sans difficulté ?**

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

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

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

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

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

**Si oui, pourquoi ?**

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



Si vous êtes une femme de plus de 16 ans, répondez aux questions ci-dessous.

Sinon, passez à la question 22 (page suivante).

**17** **Etes-vous ménopausée ?**

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

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

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

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

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

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

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

**Si oui, votre mammographie vous a été :**

- proposée gratuitement dans le cadre du dépistage organisé ? (pris en charge à 100 %) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- prescrite par un médecin car vous aviez des symptômes concernant vos seins ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- prescrite par un médecin pour surveillance ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

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

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

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

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

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

Voici une liste pour vous aider à répondre :

**Si oui** cochez cette case **Avez-vous été traité** au cours des 12 derniers mois ?

**Si oui** cochez cette case **Avez-vous été traité** au cours des 12 derniers mois ?

- 1. Maladies cardiovasculaires**
  - Hypertension artérielle..... <sub>01</sub>
  - Angine de poitrine ..... <sub>02</sub>
  - Infarctus du myocarde de moins de 5 ans .... <sub>03</sub>
  - Infarctus du myocarde de plus de 5 ans..... <sub>04</sub>
  - Troubles du rythme cardiaque ..... <sub>05</sub>
  - Accident vasculaire cérébral avec séquelle ... <sub>06</sub>
  - Accident vasculaire cérébral sans séquelle ... <sub>07</sub>
  - Artérite des membres inférieurs (maladie des artères) ..... <sub>08</sub>
  - Varices, ulcère de jambe ..... <sub>09</sub>
  - Hémorroïdes ..... <sub>10</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>11</sub>
- 2. Cancer(s).** Précisez localisation et année du diagnostic
  - 1. .... |\_|\_|\_|\_| <sub>01</sub>
  - 2. .... |\_|\_|\_|\_| <sub>02</sub>
- 3. Maladies respiratoires et ORL**
  - Bronchite chronique ..... <sub>01</sub>
  - Asthme ..... <sub>02</sub>
  - Angine aiguë ..... <sub>03</sub>
  - Sinusite ..... <sub>04</sub>
  - Rhinopharyngite..... <sub>05</sub>
  - Rhinite allergique (rhume des foins) ..... <sub>06</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>07</sub>
- 4. Maladies de l'oreille**
  - Otite ..... <sub>01</sub>
  - Surdité, baisse de l'audition ..... <sub>02</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>03</sub>
- 5. Maladies ou problèmes oculaires**
  - Glaucome ..... <sub>01</sub>
  - Cataracte ..... <sub>02</sub>
  - Problèmes de vue. Précisez : ..... <sub>03</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>04</sub>
- 6. Maladies concernant les dents et les gencives**
  - Caries ..... <sub>01</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>02</sub>
- 7. Problèmes digestifs**
  - Ulcère de l'estomac ou du duodénum ..... <sub>01</sub>
  - Reflux œsophagien (reflux acide)..... <sub>02</sub>
  - Gastralgie (douleurs, brûlures de l'estomac) <sub>03</sub>
  - Colite, diarrhée chronique (douleurs intestinales chroniques)..... <sub>04</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>05</sub>
- 8. Maladies du foie**
  - Hépatites chroniques virales ..... <sub>01</sub>
  - Autres, précisez : ..... <sub>02</sub>

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

- Lombalgie (mal de rein), sciatique, lumbago <sub>01</sub>
- Arthrose du genou ..... <sub>02</sub>
- Arthrose de la hanche ..... <sub>03</sub>
- Arthrose, autre localisation
- Précisez : ..... <sub>04</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>05</sub>

**10. Maladies ou problèmes génitaux et urinaires**

- Infections urinaires fréquentes ..... <sub>01</sub>
- Troubles des règles ..... <sub>02</sub>
- Troubles liés à la ménopause ..... <sub>03</sub>
- Adénome de la prostate ..... <sub>04</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>05</sub>

**11. Maladies endocriniennes et métaboliques**

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

**12. Maladies ou problèmes psychiques**

- Dépression (dépression nerveuse) ..... <sub>01</sub>
- Anxiété ..... <sub>02</sub>
- Autres, précisez : ..... <sub>03</sub>

**13. Maladies neurologiques**

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

**14. Maladies de la peau**

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

**15. Autres maladies**

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

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

.....  
 .....

**24 Vous n'avez rien coché, pour quelle raison ?**

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





Vous avez **moins de 16 ans** ➔ Allez directement à la question 34.

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

## 27 Avez-vous désigné un médecin traitant ?

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

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

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

## 28 Fumez-vous de façon habituelle ?

- <sub>1</sub> Oui

**Si oui :**

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

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

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

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

**Depuis combien d'années**

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

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

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

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

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

**Si oui :**

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

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

- <sub>2</sub> Non

**Si non :**

**Avez-vous déjà fumé ?**

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

**Si oui :**

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

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

## 29 Avez-vous déjà eu un test hemocult (test de recherche de sang dans les selles) ?

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

## 30 Avez-vous déjà eu une coloscopie ?

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



Les 3 questions suivantes concernent votre consommation d'alcool de l'année écoulée, et pas seulement des dernières semaines.

**Alcool =**

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

**Tous ces verres standard contiennent 10 grammes d'alcool.**



7 cl  
d'apéritif  
à 18°



2,5 cl  
de digestif  
à 45°



10 cl  
de champagne  
à 12°



25 cl  
de cidre  
à 5°



2,5 cl  
de whisky  
à 45°



2,5 cl  
de pastis  
à 45°



25 cl  
de bière  
à 5°



10 cl  
de vin rouge / blanc  
à 12°

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

- <sub>1</sub> Jamais ➔ Allez à la question 34.  
<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

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

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

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

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



Les questions de cette page concernent la santé respiratoire.

**34** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque ?

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

**Si oui**, avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé ?

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

**35** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque ?

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

**36** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque ?

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

**37** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des sifflements dans la poitrine pendant ou après un effort ?

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

**38** Avez-vous déjà eu de l'asthme à un moment quelconque de votre vie ?

- <sub>1</sub> Oui ➔ Questions 38.1 à 38.10 (colonne ci-contre)  
<sub>2</sub> Non ➔ Allez à la question 39 (page suivante).

**38.1** Votre asthme a-t-il été confirmé par un médecin ? ..... <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**38.2** À quel âge avez-vous eu :

vos **première** crise d'asthme ? ..... |\_|\_| ans

vos **dernière** crise d'asthme ? ..... |\_|\_| ans

**38.3** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une ou plusieurs crises d'asthme ? <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui** : combien ? ..... |\_|\_|

**38.4** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme ?

(Y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours  
<sub>2</sub> Oui, en cas de besoin seulement (lors des crises d'asthme)  
<sub>3</sub> Oui, pendant les périodes où je risque de faire une crise (médicaments à but préventif)  
<sub>4</sub> Non, aucun traitement depuis plus d'un an

**38.5** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à respirer à cause de votre asthme ?

- <sub>1</sub> Jamais  
<sub>2</sub> Moins d'1 fois par semaine  
<sub>3</sub> Au moins 1 fois par semaine, mais moins d'1 fois par jour  
<sub>4</sub> Environ 1 fois par jour  
<sub>5</sub> Tout le temps

**38.6** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous réveillé la nuit à cause de votre asthme ?

- <sub>1</sub> Jamais  
<sub>2</sub> Moins de 2 fois par mois  
<sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois  
<sub>4</sub> 2 à 4 fois par semaine  
<sub>5</sub> Presque toutes les nuits

**38.7** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été gêné dans vos activités entre les crises d'asthme ? ..... <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si oui** : ces gênes ont-elles été jusqu'à limiter vos activités physiques (marche, sport...) ? ..... <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**38.8** Au cours des 12 derniers mois, combien de jours d'école ou de travail avez-vous manqués à cause de votre asthme ? ..... |\_|\_| jours

**38.9** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin ou êtes-vous allé aux urgences à l'occasion d'une crise d'asthme ? ..... |\_|\_| fois

**38.10** Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour une crise d'asthme ? ..... <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non



**Ne concerne pas** : les médecins vus au cours d'une hospitalisation, en hôpital de jour, aux urgences d'une clinique ou d'un hôpital ou dans le cadre de la médecine du travail.

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

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

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

|\_|\_|

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

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



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

## 42 Était-ce votre médecin traitant ?

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

### Si non, pourquoi ?

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

## 43 Cette consultation a-t-elle eu lieu :

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

## 44 Pour cette consultation (ou cette visite) avez-vous pris rendez-vous ?

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

### Si oui :

- Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et la séance ? (précisez heures ou jours)  
.....
- Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>3</sub> nsp

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

- <sub>1</sub> Problème de santé  
Précisez : .....
- <sub>2</sub> Parce que vous étiez anxieux, stressé, démoralisé, pour un problème personnel  
Précisez : .....
- <sub>3</sub> Parce que vous souhaitiez voir un spécialiste
- <sub>4</sub> Raison administrative (certificat médical...)
- <sub>5</sub> Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
- <sub>6</sub> Autre, précisez : .....

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

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

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

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

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

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

## 49 Le médecin vous a-t-il envoyé aux urgences ?

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

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

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

## 51 Le médecin vous a-t-il prescrit...

- <sub>1</sub> des médicaments ?  
<sub>2</sub> des examens biologiques du sang ou des urines ?  
<sub>3</sub> d'autres examens (radio, échographie...)  
<sub>4</sub> un arrêt de travail ?  
<sub>5</sub> aucune prescription  
<sub>6</sub> autre, précisez : .....

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

|\_|\_| minutes

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

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

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

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

**Médecin spécialiste**

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

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

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non ➔ *Vous avez terminé ce questionnaire.*
- ↓

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

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

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

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

.....

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

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

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

**58** Cette consultation a-t-elle eu lieu

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

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

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

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

|\_|\_| mois

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

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

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

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

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

*Plusieurs réponses possibles*

- <sub>1</sub> Pour un problème de santé. Précisez :  
.....
- <sub>2</sub> Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...)
- <sub>3</sub> Pour un renouvellement d'ordonnance d'un problème de santé déjà connu. Précisez :  
.....
- <sub>4</sub> Autre. Précisez :  
.....

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

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

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

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

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

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

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

|\_|\_| minutes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|\_|\_|\_| euros

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

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

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

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

**Merci de votre participation.**