



## 1 Comment est votre état de santé en général ?

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

ETASANTE

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

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

CHRONIQUE

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

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

LIMITE

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

POIDS

votre taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm

TAILLE

(femmes enceintes, indiquez votre poids avant grossesse)

## 5 Portez-vous ?

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

## 6 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

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

OPERE

Si oui, précisez la nature des interventions :

.....  
 .....

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

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

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

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

ETADENT

## 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 INC\_VUPRE
- <sub>3</sub> 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 ?**

- <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, 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 ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté ➔ Allez à la question 11
- <sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés INC\_VULOIN
- <sub>3</sub> 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 ?**

- <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, ni d'appareillage spécifique

## 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 INC\_ENTEN
- <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 appareillage ou l'aide de quelqu'un ?**

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_ESCA  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> 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 ?**

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_BAISSER  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> 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 ?**

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_PORTER  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> 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) ?

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_MORDRE  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_OBJET  
<sub>2</sub> Oui, mais uniquement de la main dominante  
<sub>3</sub> Oui, uniquement de la main non dominante  
<sub>4</sub> 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 ?**

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_ONGL  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

- <sub>1</sub> Oui, sans difficulté INC\_MARCH  
<sub>2</sub> Non, j'ai des difficultés  
<sub>3</sub> Non, je ne peux pas du tout

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

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

DEGRETOI

**Si oui,**

- <sub>1</sub> Je la fais seul(e)  
<sub>2</sub> Je la fais avec une aide

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

- <sub>1</sub> Oui SOUVJOUR  
<sub>2</sub> 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)

- <sub>1</sub> Non COMP\_DANGER  
<sub>2</sub> Oui, parfois  
<sub>3</sub> Oui, souvent  
<sub>4</sub> Je ne sais pas

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

- <sub>1</sub> Non IMPUL\_AGRES  
<sub>2</sub> Oui, parfois  
<sub>3</sub> Oui, souvent  
<sub>4</sub> Je ne sais pas

**23** Avez-vous actuellement une des affections suivantes ?

		Si oui cochez cette case	Etes-vous traité(e) actuellement ?
OTITE	Otite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_OTITE
ANGINE	Angine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_ANGINE
SINUSIT	Sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_SINUSIT
RHINO	Rhinopharyngite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_RHINO
BRONCHIT	Bronchite aiguë.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_BRONCHIT
GRIPPE	Grippe ou état grippal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TR_GRIPPE

**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...) ?**

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

**Si oui, pourquoi ?**  
*(Plusieurs réponses possibles)*

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

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

- <sub>1</sub> Oui **DIF\_RDV**  
<sub>2</sub> Non

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

**DIF\_GENE** <sub>1</sub> Un médecin généraliste  
**DIF\_SPE** <sub>2</sub> Un médecin spécialiste  
 Précisez : **SPE\_RDV**  
 .....

**DIF\_DENT** <sub>3</sub> Un dentiste  
**DIF\_AUTR** <sub>4</sub> Autre  
 Précisez : **AUT\_DIF**  
 .....

**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 ?**

- <sub>1</sub> Oui, depuis septembre 2010  
<sub>2</sub> Oui, entre septembre 2009 et août 2010  
<sub>3</sub> Non **VAC\_GRIPPEA**

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

*(Plusieurs réponses possibles)*

**Depuis septembre 2010 VAC\_GRIPPES\_SEP10**

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

**De septembre 2009 à mars 2010 VAC\_GRIPPES\_SEP09**

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

**De septembre 2008 à mars 2009 VAC\_GRIPPES\_SEP08**

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

**28 Avez-vous eu la grippe A ou H1N1 ?**

- <sub>1</sub> Oui, depuis septembre 2010  
<sub>2</sub> Oui, avant septembre 2010  
<sub>3</sub> Non **GRIPPEA**  
<sub>4</sub> 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 ?

- <sub>1</sub> Oui **GRIPPEA\_DOC**  
<sub>2</sub> Non

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

- <sub>1</sub> Oui **GRIPPEA\_MEDIC**  
<sub>2</sub> Non

Si oui, lesquels ? **CIP\_GRIPPEA1**  
 .....  
 .....

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

- <sub>1</sub> Oui, il y a 2 ans ou moins  
<sub>2</sub> Oui, il y a plus de 2 ans **HEMOCCULT**  
<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 5 ans ou moins  
<sub>2</sub> Oui, il y a plus de 5 ans **COLOSCOP**  
<sub>3</sub> 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) ?**

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

**32 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 **MAMMO**  
<sub>3</sub> Oui, il y a plus de 3 ans  
<sub>4</sub> Non, jamais

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

- <sub>1</sub> Oui, depuis 1 an ou plus **PERTURINE**  
<sub>2</sub> Oui, depuis moins d'1 an  
<sub>3</sub> Non

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

PBSANTE

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 TRAIT

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hypertension artérielle .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angine de poitrine .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarctus du myocarde .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du rythme cardiaque .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accident vasculaire cérébral (attaques)<br>avec ou sans séquelles ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artérite des membres inférieurs<br>(maladie des artères) .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varices .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hémorroïdes .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Cancer(s). Précisez localisation et année du diagnostic

- |         |         |                          |                          |
|---------|---------|--------------------------|--------------------------|
| 1. .... | _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. .... | _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANNEEDIAG

#### 3. Maladies des poumons ou des bronches

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bronchite chronique, emphysème, BPCO..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance respiratoire.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthme .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Maladies nez/gorge/oreille

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Rhinite allergique (rhume des foins) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surdité, baisse de l'audition .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 5. Maladies des yeux

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Glaucome .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataracte .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strabisme .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la vue (myopie, presbytie...),<br>précisez : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 6. Maladies de la bouche et des dents (déchaussement, caries, dents cassées, gencives qui saignent, infection, etc.)

- |                  |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Précisez : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 7. Problèmes digestifs

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Reflux œsophagien (reflux acide).....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulcère de l'estomac ou du duodénum .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs intestinales chroniques, colite,<br>diarrhée chronique ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 8. Maladies du foie

- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cirrhose du foie .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hépatites chroniques virales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Lombalgie (mal de rein), sciatique, lumbago      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthrose du genou .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthrose de la hanche.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthrose, autre localisation<br>précisez : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scoliose .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ostéoporose .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Infections urinaires fréquentes .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adénome de la prostate.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles des règles (cycles très irréguliers,<br>absence de règles)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 11. Maladies endocriniennes

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Diabète .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Affection de la thyroïde<br>(goitre, hyper ou hypothyroïdie) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trop de cholestérol ou triglycérides<br>dans le sang.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 12. Maladies ou problèmes psychiques

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Dépression (dépression nerveuse) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anxiété .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anorexie, boulimie .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 13. Maladies neurologiques

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Migraine.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 14. Maladies de la peau

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eczéma.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 15. Autres maladies

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Handicap moteur acquis suite à un<br>traumatisme accidentel<br>(amputation, séquelle d'accident...) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infirmité, handicap de naissance .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Précisez : ..... REMONT .....

### 36 Vous n'avez rien coché, pour quelle raison ?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai aucune maladie ou problème de santé              |
| <input type="checkbox"/> | Je refuse de déclarer mes maladies ou problèmes de santé |





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 ?

- <sub>1</sub> Jamais ➔ passez à la question 42
- <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 à 6 fois par semaine ou plus
- <sub>6</sub> Tous les jours

ALCOOL

### 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)

- <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

NBVER

### 41 Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standards 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

SIXVER

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

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

PASALC\_EXC  
PASALC\_SANT  
PASALC\_AUT

## 43 Fumez-vous actuellement ? FUME

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours
- <sub>2</sub> Oui, occasionnellement
- <sub>3</sub> Non

**Si oui, tous les jours :**

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

**CIGARETT** de cigarettes ?.....|\_|\_|

**PIPES** de pipes ?.....|\_|\_|

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

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

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

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

**FUMSTOP** 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

NBTENT

MTENT ATENT

**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

NBANFUM

MARRET AARRET

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

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

MALQUOI

### 45 Avez-vous désigné un médecin traitant ? DECMT

- <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.

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

VUGENE

<sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> 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

NBGENE

RAISSUIVI

NBGENE

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

|\_|\_| |\_|\_|\_|

mois    année

MDGENE    ADGENE

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

<sub>1</sub> Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin  
Précisez : .....

<sub>2</sub> Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois  
Précisez : .....

<sub>3</sub> Parce que vous souhaitiez qu'il vous envoie voir un spécialiste

<sub>4</sub> Pour une raison administrative (certificat médical...)

<sub>5</sub> Pour un bilan de prévention ou des conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)

<sub>6</sub> Autres, précisez : .....

## 49 Était-ce votre médecin traitant ?

TRAITGENE

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

**Si non, pourquoi ?**

<sub>1</sub> Votre médecin traitant (ou son remplaçant) était absent  
NONABS

<sub>2</sub> Vous étiez loin de votre domicile (vacances, déplacement...)  
NONVAC

<sub>3</sub> C'était urgent et votre médecin (ou son remplaçant) n'était pas disponible  
NONDISPO

<sub>4</sub> Vous n'avez pas de médecin traitant  
NONTRAIT

<sub>5</sub> Pour une autre raison. Précisez :  
AUTRENON

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

|\_|\_| années (0 si moins d'un an)    NBANCONS

## 51 Cette consultation a-t-elle eu lieu : LIEUCONS

<sub>1</sub> À votre domicile ?

<sub>2</sub> Dans le cabinet du médecin ?

<sub>3</sub> À l'hôpital ?

<sub>4</sub> Autre, précisez : .....    AUTLIEU

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

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

TPSCOUL

**Si oui :**

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

<sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Nsp

PLURAPID

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

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

URGENT

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

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

REVENIR

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

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

**Si oui, quelle est sa spécialité ?**

SPECODE

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

|\_|\_| minutes

TPSCONS

## 58 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 d'en discuter

<sub>4</sub> Non, je n'ai pas eu le temps d'en discuter

TPSPB

## 59 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'explications

COMPRI



**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 ?

VUSPE <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> 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**

RADIO	Radiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBCARDIO
GYNECO	Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBGYNECO
OPHTALMO	Ophthalmologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBOPHTALMO
PEDIATRE	Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBPEDIATRE
DERMATO	Dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBDERMATO
CARDIO	Cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBCARDIO
RHUMATO	Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBRHUMATO
PSY	Psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBPSY
ORL	ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBORL
CHIRURG	Chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBCHIRURG
GASTRO	Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBGASTRO
PNEUMO	Pneumologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBPNEUMO
DIABETO	Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBDIABETO
AUTRSPE	Autre, précisez : VUAUT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBAUTRSPE

NBSPETOT  
NBSPETOT\_GV

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

.....  
DERSPE CLDERSPE

## 62 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

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



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

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

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

## 64 Qui vous a conseillé cette consultation ?

- <sub>1</sub> Personne, j'ai consulté de moi-même QUI\_PERSONNE  
<sub>2</sub> Ce même médecin spécialiste qui m'a dit de revenir QUI\_M\_NSPE  
<sub>3</sub> Un autre médecin spécialiste QUI\_AUTSPE  
<sub>4</sub> Mon médecin traitant QUI\_MT  
<sub>5</sub> Un autre médecin généraliste QUI\_AUTGENE  
<sub>6</sub> Autre, précisez : QUI\_AUT (AUTCONS).....

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

- <sub>1</sub> Recommandé ce médecin spécialiste en particulier ? MED\_RECO  
<sub>2</sub> Donnée une liste de médecins spécialistes dans laquelle il vous a laissé choisir ? MED\_LISTE  
<sub>3</sub> Recommandé un ou plusieurs médecins spécialistes et vous êtes allé en voir un autre ? RED\_RECO\_AUTRE  
<sub>4</sub> Recommandé de consulter sans donner de nom en particulier ? MED\_PAS\_NOM

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

- <sub>1</sub> Le lieu d'exercice du médecin spécialiste (clinique, cabinet, hôpital) ? MED\_SPE  
<sub>2</sub> L'existence ou non d'un éventuel dépassement d'honoraires ? MED\_DEPAS  
<sub>3</sub> Rien de tout cela MED\_RIEN

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

|\_|\_| mois  
 OU |\_|\_| semaine(s) TPSRDV  
 OU |\_|\_| jour(s)

## 68 Auriez-vous souhaité obtenir cette consultation plus rapidement ?

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

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

(Plusieurs réponses possibles)

- MOTSUIVI <sub>1</sub> Pour un problème de santé déjà suivi par ce médecin  
Précisez : ..RAISCIM1.....
- MOTPREM <sub>2</sub> Pour un problème de santé pour lequel vous consultiez ce médecin pour la première fois  
Précisez : .....RAISCIM2.....
- MOTBILAN <sub>3</sub> Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...)
- MOTAUT <sub>4</sub> Autre.  
Précisez : .....RAISCIM3.....

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

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

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

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

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

|\_|\_| minutes TPSVS

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui, tout à fait COMPRISPE
- <sub>2</sub> Oui, en partie
- <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 rien expliqué

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

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

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

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

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

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

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

- <sub>1</sub> Oui SPEDEPASSE
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> 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<br>(public ou privé) <b>URG_HOSP</b> | <input type="checkbox"/> | <sub>01</sub> | _ _ _ | <b>NBURG_HOSP</b>  |
| 2. Un médecin généraliste de garde<br><b>URG_GARDE</b>                   | <input type="checkbox"/> | <sub>02</sub> | _ _ _ | <b>NBURG_GARDE</b> |
| 3. Un médecin type « SOS médecins »<br><b>URG_SOS</b>                    | <input type="checkbox"/> | <sub>03</sub> | _ _ _ | <b>NBURG_SOS</b>   |

➔ 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) **URG\_A\_QUI**

- NBURG\_HOSP**  <sub>1</sub> Un service d'urgence hospitalier (public ou privé)
- NBURG\_GARDE**  <sub>2</sub> Un médecin généraliste de garde
- NBURG\_SOS**  <sub>3</sub> 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 ?

- URG\_COMMENT**  <sub>1</sub> Amené par le samu ou les pompiers
- <sub>2</sub> Amené par une ambulance ou un véhicule sanitaire
- <sub>3</sub> Amené par un tiers ou par un proche
- <sub>4</sub> Par vos propres moyens

**82** Quelle est la date de ce dernier recours ?

|\_|\_| |\_|\_|  
mois année

**UDMOIS UDAN**

**83** Ce recours en urgence a-t-il eu lieu ?

- URG\_MOMENT**  <sub>1</sub> Du lundi au vendredi (hors jours fériés)
- <sub>2</sub> Un week-end ou un jour férié

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

- <sub>1</sub> Oui **URG\_HORAIRE**
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne me rappelle pas

**85** Quel était le motif de ce recours en urgence ?

- <sub>1</sub> Un accident ou un traumatisme **URG\_MOTIF**
- <sub>2</sub> Une autre raison,

Précisez clairement cette ou ces raison(s) :

.....

.....

**AUTURG\_MOTIF**

**86** S'agissait-il :

- <sub>1</sub> D'un nouveau problème ? **URG\_NEWPB**
- <sub>2</sub> 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?

- <sub>1</sub> Oui, je préfère avoir moins d'argent et récupérer un très bon état de santé
- <sub>2</sub> Non, je préfère conserver ma situation financière et rester avec mes ennuis de santé
- <sub>3</sub> 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.**