



## 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

**ETASANTE**

## 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

**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
- <sub>2</sub> Oui, limité
- <sub>3</sub> Non

**LIMITE**

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

votre taille : |\_|m |\_|\_|cm **TAILLE**

## 5 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

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

**OPERE**

Si oui, précisez la nature des interventions :

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

## 6 Portez-vous ?

- <sub>1</sub> Des lunettes ou des lentilles **PROTLUN**
- <sub>2</sub> Une prothèse auditive **PROTAUD**
- <sub>3</sub> Une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...) **PROTDEN**
- <sub>4</sub> Une prothèse dentaire amovible (dentier) **PROTDX**
- <sub>5</sub> Un appareil de redressement dentaire **PROTE**
- <sub>6</sub> Une autre prothèse (hanche, pile pour le cœur...) **PROTAUT**

Si oui, précisez : .....

- <sub>7</sub> Aucune prothèse **PASPROT**  
**+PROTHANCH\_GV +PROTCOEUR\_GV**  
**+PROTGENOU\_GV**

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

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

## 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

**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, 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

**INC\_VUPREAP**

## 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, 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

**INC\_VULOINAP**

## 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

**INC\_ENTENAP**

## 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 **INC\_ESCA**
- <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

**INC\_ESCAAP**

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 **INC\_ONGL**  
<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

**INC\_ONGLAP**

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 **INC\_MARCH**  
<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

**INC\_MARCHAP**

15

**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

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 **RENONCMED**  
<sub>2</sub> Non

**Si oui, pourquoi ?**

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

Précisez :

..... **AUTRENONCMED...**  
 + **RENON\_PASTPS\_GV**  
 + **RENON\_NEGLI\_GV**  
 + **RENON\_TRANSP\_GV**



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 **MENOPAU**  
<sub>2</sub> Non

18

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

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

19

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

- <sub>1</sub> Oui **PERTURINE**  
<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 **MAMMO**  
<sub>3</sub> Oui, il y a plus de 3 ans  
<sub>4</sub> Non, jamais

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

**MAMMOGRAT**

- proposée gratuitement dans le cadre du dépistage organisé ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non (pris en charge à 100 %)

**MAMMOSYMP**

- prescrite par un médecin car vous aviez des symptômes concernant vos seins ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**MAMMOSURV**

- 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 **FROTTIS**  
<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

**FROTTISQUI**

**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

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

		En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<b>NERVEU</b>	- Vous êtes-vous senti(e) particulièrement nerveux(se)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>DECOURAGÉ</b>	- Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>CALME</b>	- Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>TRISTE</b>	- Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>HEUREUX</b>	- Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

## 26 Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, avez-vous consommé des médicaments ?



**Ne pas oublier** les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, les antidouleurs, les médicaments injectés (vaccins), les patchs (hormones, nicotine...), les crèmes et les pommades, etc.

**ADDPHAR** <sub>1</sub> oui  
<sub>2</sub> non ➔ *Passez à la question 27.*

Nom du produit (y compris dosage)	Forme et quantité contenues dans une boîte	Pour quelle maladie ou problème de santé avez-vous pris ce médicament ?	Quantité consommée depuis hier à la même heure ?	A-t-il été prescrit, c'est-à-dire obtenu avec une ordonnance ?	
				Oui	Non
Exemple : TILDIEM 300 mg, ASPRO 500mg, 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.		
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>



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

**DECMT**

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

<sub>1</sub> Un généraliste  
<sub>2</sub> Un spécialiste  
Précisez la spécialité : **|||**  
.....  
**CODSPEMT**

## 28 Fumez-vous de façon habituelle ?

- <sub>1</sub> Oui

**FUME**

**Si oui :**  
**Combien fumez-vous par jour...**  
de cigarettes ? .....|\_|\_|  
**CIGARETT**  
de pipes ? .....|\_|\_|  
**PIPES**  
de cigarillos ou cigares ? .....|\_|\_|  
**CIGARES**  
**Depuis combien d'années fumez-vous ?** .....|\_|\_|  
**ANFUME**  
**Fumez-vous habituellement à l'intérieur de votre habitation ?**  
<sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non **FUMHAB**  
**Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?** **FUMSTOP**

<sub>1</sub> Oui **Si oui :** **NBTENT**  
<sub>2</sub> Non  
Nombre de tentatives d'arrêt : .....|\_|\_|  
Date de la dernière tentative d'arrêt : |\_|\_| |\_|\_|  
mois année **MTENT ATENT**

- <sub>2</sub> Non

**AFUME**

**Si non :**  
**Avez-vous déjà fumé ?**  
<sub>1</sub> Oui **Si oui :** **NBANFUM**  
<sub>2</sub> Non  
Pendant combien d'années : .....|\_|\_|  
Date de l'arrêt : .. |\_|\_| |\_|\_|  
mois année **MARRET AARRET**

## 29 Avez-vous déjà eu un test hémocult (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

**HEMOCCULT**

## 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

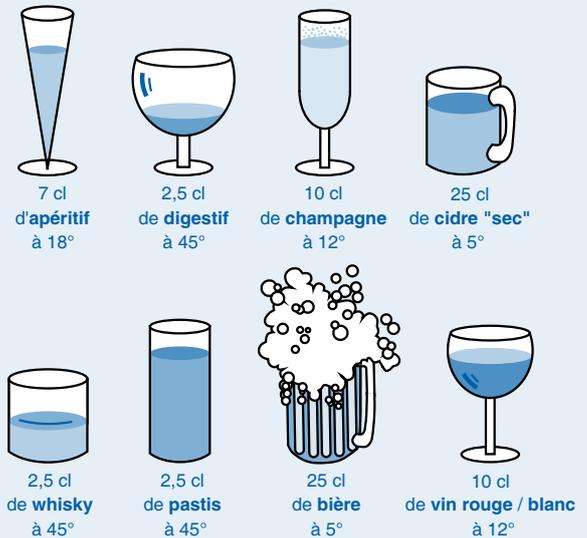
**COLOSCOP**



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.**



## 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

**ALCOOL**

## 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

**NBVER**

## 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

**SIXVER**



**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

**SIFFLEMENT**

**SIFFLRHUM**

**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

**ESSOUFREPO**

**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

**ESSOUFQCQ**

**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

**ESSOUFEFFOR**

**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).

**ASTHME**

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

**ASTHMCONF**

**38.2** À quel âge avez-vous eu :

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

**AGASTHM**

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

**AGASTHDER**

**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

**ASTHM12M**

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

**NBASTHM12M**

**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 **MEDIASTHM**
- <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 **RESPIASTHM**
- <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 **REVASTHM**
- <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

**GENACTI**

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

**GENPHYS**

**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

**MANQTRAV**

**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

**CONSASTHM**

**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

**HOSPIASTHM**



**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 ».**    **VUGENE**
- ↓

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

|\_|\_|    **NBGENE**

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

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

**MDGENE ADGENE**



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 **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 : **NONAUTR**  
**AUTRENON**.....  
**+NONREPLAC\_GV**

**TRAITGENE\_GV**

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

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

**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)  
..... **TPSECOUL TPSECOULJH**

- Auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ?
- <sub>1</sub> Oui    <sub>2</sub> Non    <sub>3</sub> nsp

**RENDEZVS**

**PLURAPID**

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

- <sub>1</sub> Problème de santé **RAISPBSANT**  
Précisez : .....
- <sub>2</sub> Parce que vous étiez anxieux, stressé, démoralisé, pour un problème personnel **RAISANXIEU**  
Précisez : .....
- <sub>3</sub> Parce que vous souhaitiez voir un spécialiste **RAISADRES**
- <sub>4</sub> Raison administrative (certificat médical...) **RAISADMIN**
- <sub>5</sub> Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception) **RAISBILAN**
- <sub>6</sub> Autre, précisez : **RAISAUT**.....  
**RAISCIM1 RAISCIM2 RAISCIM3**  
**RAISCIM4 RAISCIM5**

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

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

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

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

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

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

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

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

**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    |\_|\_|

**VOIRSPE**

**SPECODE**

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

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

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

|\_|\_| minutes **TPSCONS**

**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

**TPSPB**

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

- <sub>1</sub> Oui, tout à fait **COMPRI**
- <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 <b>RADIO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> <b>NBRADIO</b>
Gynécologue <b>GYNECO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> <b>NBGYNECO</b>
Ophthalmologue <b>OPHTALMO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> <b>NBOPHTALMO</b>
Pédiatre <b>PEDIATRE</b>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> <b>NBPEDIATRE</b>
Dermatologue <b>DERMATO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub> <b>NBDERMATO</b>
Cardiologue <b>CARDIO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub> <b>NBCARDIQ</b>
Rhumatologue <b>RHUMATO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub> <b>NBRHUMATO</b>
Psychiatre <b>PSY</b>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub> <b>NBPSY</b>
ORL <b>ORL</b>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub> <b>NBORL</b>
Chirurgien <b>CHIRURG</b>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> <b>NBCHIRURG</b>
Gastro-entérologue <b>GASTRO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> <b>NBGASTRO</b>
Pneumologue <b>PNEUMO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> <b>NBPNEUMO</b>
Diabétologue, endocrinologue <b>DIABETO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> <b>NBDIABETO</b>
Autre, précisez : <b>AUTRSPE</b> ..... <b>VUAUT</b> .....	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub> <b>NBAUTRSPE</b>

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

..... **CLDERSPE** ..... | | |  
**DER SPE**

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

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



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 ? **OUVU**
- <sub>3</sub> A l'hôpital ?
- <sub>4</sub> Autre, précisez : ..... **AUTOUVU** .....

**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 **QUI\_CONTRAI**
- <sub>2</sub> Personne, j'ai consulté de moi-même **QUI\_PERSONNE**
- <sub>3</sub> Mon médecin traitant **QUI\_MT**
- <sub>4</sub> Un autre médecin généraliste **QUI\_AUTGENE**
- <sub>5</sub> Ce même médecin spécialiste **QUI\_MMSPE** qui m'a dit de revenir
- <sub>6</sub> Un autre médecin spécialiste **QUI\_AUTSPE**
- <sub>7</sub> Autre, précisez : ..... **Autcons** .....  
**QUI\_AUT** +**QUI\_TRAVECOL\_GV**  
+**QUI\_PROCHE\_GV**  
+**QUI\_SUIVI\_GV** +**QUI\_PARA\_GV**

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

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

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

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

**PLURAPSPE**

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

*Plusieurs réponses possibles*

- <sub>1</sub> Pour un problème de santé. Précisez : **MOTPBSANT**  
.....

- <sub>2</sub> Pour un bilan de prévention ou des conseils (contraception, bilan de routine...) **MOTBILAN**

- <sub>3</sub> Pour un renouvellement d'ordonnance d'un problème de santé déjà connu. Précisez : **MOTORDO**  
.....

- <sub>4</sub> Autre. Précisez : **MOTAUT**  
.....

**RAISCIM1 RAISCIM2 RAISCIM3**

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

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

**PBURGENT**

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

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

**SUIVI**

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

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

**SPEAVAN**

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

|\_|\_| minutes **TPSVS**

**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

**TPSPARLPB**

**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

**COMPRISPE**

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

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

**SPEREVENIR**

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

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

**ADRESGENE**

**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

**CONTACTGENE**

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

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

Si oui, quelle est sa spécialité ?

**SPEAUTSPE**.....|\_|\_|

**VOIRAUTSPE**

**CODEADR**

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

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

**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

**ATTENSPEPAY**

**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

**SPEDEPASSE**

**Merci de votre participation.**