

	très importante	importante	moyennement importante	peu importante	pas du tout importante	sans opinion
des conditions de travail	1	2	3	4	5	6
des soins reçus	1	2	3	4	5	6
de l'environnement	1	2	3	4	5	6
des tensions dans la famille	1	2	3	4	5	6

2. La dernière fois qu'un médecin généraliste vous a prescrit un ou des médicaments :

Avez-vous acheté tous les médicaments prescrits ?

- 1 oui tous
 2 une partie seulement, pourquoi ? |__|__|
 3 non, *pourquoi* ? |__|__|

Ce traitement est-il terminé ? 1 oui 2 non

(Si oui) Avez-vous suivi votre traitement en intégralité ?

(Si non) Avez-vous suivi, jusqu'à ce jour, votre traitement en intégralité ?

c'est-à-dire avez-vous respecté les quantités prescrites pendant toute la durée prescrite

- 1 oui
 2 non |__|__|

Si non, pourquoi n'avez-vous pas suivi votre traitement en intégralité ?

- 1 je me sentais guéri
 2 par oubli ou négligence
 3 je n'aime pas prendre des médicaments
 4 à cause d'effets secondaires, d'allergies, de réactions
 5 parce que le traitement était trop long
 6 autre, *précisez*..... |__|__|

3. Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

- 1 oui 2 non **Si oui : ↓**

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
Pour quels soins ? (3 réponses possibles)			
01 - prothèses dentaires	01	01	01
02 - autres soins dentaires	02	02	02
03 - lunettes (verres, montures, lentilles)	03	03	03
04 - consultations et soins de spécialiste <i>précisez sa spécialité</i>	04 __ __	04 __ __	04 __ __
05 - consultations, visites et soins de généraliste	05	05	05
06 - radios et autres examens d'imagerie	06	06	06
07 - pharmacie non remboursable	07	07	07
08 - pharmacie remboursable	08	08	08
09 - kinésithérapie, massages	09	09	09
10 - analyses de laboratoires	10	10	10
11 - cure thermale	11	11	11
12 - autres <i>précisez</i>	12 __ __	12 __ __	12 __ __
Etait-ce au cours des douze derniers mois ?	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non
Qu'avez-vous fait ?	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore
- vous êtes-vous soigné différemment ?	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non
- si oui, comment vous êtes-vous soigné ?	<input type="checkbox"/> 1 j'ai pris des médicaments <input type="checkbox"/> 2 je me suis soigné par homéopathie <input type="checkbox"/> 3 je me suis soigné avec des tisanes, plantes ou avec des recettes de grand-mère <input type="checkbox"/> 4 autre, <i>précisez</i>	<input type="checkbox"/> 1 j'ai pris des médicaments <input type="checkbox"/> 2 je me suis soigné par homéopathie <input type="checkbox"/> 3 je me suis soigné avec des tisanes, plantes ou avec des recettes de grand-mère <input type="checkbox"/> 4 autre, <i>précisez</i>	<input type="checkbox"/> 1 j'ai pris des médicaments <input type="checkbox"/> 2 je me suis soigné par homéopathie <input type="checkbox"/> 3 je me suis soigné avec des tisanes, plantes ou avec des recettes de grand-mère <input type="checkbox"/> 4 autre, <i>précisez</i>

41. Quelqu'un dans votre foyer bénéficie-t-il d'une COUVERTURE COMPLEMENTAIRE MALADIE, c'est à dire d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une caisse de prévoyance qui vous rembourse vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale ?

1 oui

2 non

Si non, passez à la page suivante

42. Nous allons maintenant parler plus précisément des différentes couvertures complémentaires maladie qui existent dans votre foyer

Enquêteur :

une colonne correspond à un organisme et une personne assurée ; exemple : si 2 conjoints (n°01 et 02) enseignants actifs sont tous deux assurés à la MGEN, c'est-à-dire possèdent chacun un contrat : la 1ère colonne (couverture 1) contiendra MGEN et personne assurée 01 ; la 2ème colonne contiendra MGEN et personne assurée 02

	COUVERTURE 1					COUVERTURE 2				
Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? <i>(sigle, intitulé développé et adresse précise)</i>				
				
				
Quelle est la personne qui est assurée à cette couverture complémentaire ? <i>enquêteur : 1 seule réponse possible ; si 2 réponses après relance, recopier le nom de l'organisme dans une autre colonne</i>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Cette personne est-elle assurée : 1. par son entreprise car c'est obligatoire 2. par son entreprise mais ce n'est pas obligatoire 3. directement à son initiative 4. autre ; précisez	1 2 3 4					1 2 3 4				
Si assuré par l'entreprise, précisez le nom de l'entreprise et la ville dans laquelle elle est située										
Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Y-a-t-il une autre couverture complémentaire dans le foyer ?	si oui, passer à la couverture 2, si non, tourner la page					si oui, passer à la couverture 3, si non tourner la page				

	COUVERTURE 3					COUVERTURE 4				
Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? <i>(sigle, intitulé développé et adresse précise)</i>				
				
				
Quelle est la personne qui est assurée à cette couverture complémentaire ? <i>enquêteur : 1 seule réponse possible ; si 2 réponses après relance, recopier le nom de l'organisme dans une autre colonne</i>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Cette personne est-elle assurée : 1. par son entreprise car c'est obligatoire 2. par son entreprise mais ce n'est pas obligatoire 3. directement à son initiative 4. autre ; précisez	1 2 3 4					1 2 3 4				
Si assuré par l'entreprise, précisez le nom de l'entreprise et la ville dans laquelle elle est située										
Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Y-a-t-il une autre couverture complémentaire dans le foyer ?	si oui, passer à la couverture 4, si non, tourner la page					si oui, passer à la couverture 5, si non tourner la page				

[POSSIBILITE DE PLUS DE COUVERTURES COMPLEMENTAIRES]

DEUXIEME VISITE

Jour |__|_|__| mois |__|_|__| heure de début |__|_|__| h |__|_|__| mn

Pouvez-vous effectuer la 2ème visite ? 1 oui

2 non car il n'y avait personne au rendez-vous

3 non car la personne interrogée à la 1ère visite n'était pas là

4 non car la personne ne veut pas continuer l'enquête

5 autre, précisez |__|_|__|

ENQUETEUR

RECUPERER : tous les questionnaires auto-administrés et le carnet de soins

VERIFIER avec l'enquêté que les documents sont correctement remplis et qu'il n'y a pas de questions sans réponse.

REPRENDRE tout particulièrement le « Carnet de soins » pour s'assurer que pour chaque consommation, l'enquêté a bien inscrit :

- **la date** des soins, ou d'achat de médicaments ou d'appareil ;
- **le prénom** de la personne concernée par les soins ou cette acquisition (qui n'est pas forcément celle qui a acheté les médicaments à la pharmacie), ou éventuellement « pour tous » ;
- **le lieu des soins** : si ce n'est pas au cabinet du médecin ou chez la personne, il faut préciser où ;
- **la nature des soins** :
 - . *la spécialité* du médecin: généraliste, dentiste, pédiatre, gynécologue, cardiologue, O.R.L., psychiatre, dermatologue, gastro-entérologue, ophtalmologue, homéopathe, acupuncteur, etc.
 - . *les actes* qui ont été faits au cours de la visite : électrocardiogramme, frottis, échographie, etc.
 - . *le nom détaillé de l'analyse, ou de la radio* : analyse de sang, radio du poignet, etc.
 - . *le service d'hospitalisation* ;
- **pour les médicaments**, ne pas oublier d'indiquer en se référant éventuellement aux emballages conservés :
 - . *le nom du médicament, le dosage, la forme* : comprimés, gélules, sirop, etc. ; le nombre de boîtes ; la quantité par boîte ; si le médicament a été prescrit ou pas ;
- le **nom** de la maladie ou le **motif** de la séance ou de l'achat de médicament ou d'appareil ;
- **la somme payée** par l'assuré, pour chaque séance ou médicament ou appareil ; s'il n'a rien payé, il faut préciser pourquoi ;
- **s'il n'y a pas eu de consommation de médicaments, indiquez en travers de la 1ère page de médicaments : « ABSENCE DE CONSOMMATION ».** Faire de même sur la 1ère page de soins médicaux (« ABSENCE DE SOINS MEDICAUX »).

REMERCIER de la participation.

ENQUETEUR :

Entourez ici le numéro de la personne interviewée : 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

52. Lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter à la fin de son ordonnance un ou plusieurs médicaments ?

- ₁ oui, un ou plusieurs ₂ non, aucun

53. Si oui, était-ce : ₁ oui ₂ non
parce que vous en aviez besoin
parce que vous souhaitiez vous faire rembourser un médicament déjà acquis ₁ oui ₂ non
pour une autre raison, ↓ ₁ oui ₂ non
précisez | | | |

54. Pour quels troubles de santé était destiné ce (ou ces) médicament(s) ?

55. Au cours de la dernière année, avez-vous consulté au moins une fois pour vous-même un médecin spécialiste ?

- ₁ oui ₂ non, passez à la question 61 ₃ n.s.p., passez à la question 61

56. Si oui, a-t-elle eu lieu en :

- ₁ 1998, précisez le mois..... ₂ 1997

57. De quel spécialiste s'agissait-il ?.....

58. Si oui, avez-vous consulté ce spécialiste :

- ₁ sur les conseils de votre généraliste habituel
₂ sur les conseils d'un autre médecin généraliste
₃ à la demande de ce spécialiste lui-même qui vous a demandé de revenir
₄ sur les conseils d'un autre médecin spécialiste, précisez.....
₅ sur les conseils d'une personne de votre entourage
₆ de votre propre initiative

59. Si aucune réponse à la question 58, qui vous a conseillé cette séance ?.....

60. A la fin de la séance, ce spécialiste :

- ₁ a-t-il rédigé une lettre ou un compte rendu destiné à votre généraliste habituel ou à un autre médecin ?
₂ vous a-t-il remis lui même une ordonnance de médicaments ?
₃ vous a-t-il remis lui même une ordonnance pour d'autres types de soins (radios, analyses, kiné...)?
₄ a-t-il conseillé à votre généraliste habituel de vous prescrire certains médicaments ?
₅ a-t-il conseillé à votre généraliste habituel de vous prescrire d'autres types de soins (radios, analyses, kiné...)?
₆ vous a-t-il adressé lui même à un autre spécialiste ou à un hôpital ?

61. Vous arrive-t-il ne pas envoyer vos feuilles de soins au remboursement de la Sécurité sociale ?

- ₁ oui ₂ non, passez à la question 67

62. L'année dernière, en 1997 avez-vous reçu des soins de médecins (généralistes, spécialistes) ou de dentistes ?

- ₁ oui ₂ non, passez à la question 67

63. Concernant les soins reçus l'an passé, avez-vous adressé, à la Sécurité sociale pour vous faire rembourser :

- ₁ toutes les feuilles de soins correspondant à ces actes, passez à la question 67
₂ une partie de ces feuilles
₃ aucune feuille de soins
₄ n.s.p.

64. Si certaines feuilles de soins n'ont pas été envoyées, pensez-vous les envoyer bientôt ?

- ₁ oui passez à la question 67 ₂ non ₃ n.s.p.

65. Vous m'avez déclaré n'avoir envoyé aucune feuille ou une partie de ces feuilles (et ne pas souhaiter les adresser au remboursement) savez-vous combien de feuilles vous n'avez pas adressées aux remboursements ?

- ₁ 1 feuille de soins,
₂ 2 ou 3 feuilles de soins
₃ 4 feuilles ou plus

66. Ces feuilles de soins concernent elles des actes relatifs à : (plusieurs réponses)

- ₁ des soins de généralistes

