

INRA Belgium

AVENUE LOUISE 430 – 1050 BRUXELLES / LOUIZALAAN 430 – 1050 BRUSSEL
TEL. 02/648.80.10 / TELEFAX 02/648.34.08

QUESTIONNAIRE n° 3850

ES/vv

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

20.02.2001

Le traitement de vos données personnelles par notre société est régi par la loi du 8/12/1992 sur la protection de la vie privée autorisant notamment la consultation du registre public. Vous avez libre accès à ces données et pouvez en demander, le cas échéant, la rectification. Ces données sont rendues anonymes lors de toute communication à un tiers.

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--------------------------|---|---|--------------------------|---|---|--------------------------|---|---|-------------------------------------|---|
| A) VOTRE NUMÉRO D'ÉTUDE | <table border="1"><tr><td>3</td><td>8</td><td>5</td><td>0</td></tr></table> | 3 | 8 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| 3 | 8 | 5 | 0 | | | | | | | | | | |
| B) CODE PAYS | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table> | 0 | 1 | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| C) NOTRE NUMÉRO D'ÉTUDE | <table border="1"><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table> | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | |
| D) NUMÉRO DE L'INTERVIEW | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| E) SPLIT BALLOT | <table><tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>A</td></tr><tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>B</td></tr><tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>C</td></tr><tr><td>4</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>D</td></tr></table> | 1 | <input type="checkbox"/> | A | 2 | <input type="checkbox"/> | B | 3 | <input type="checkbox"/> | C | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | D |
| 1 | <input type="checkbox"/> | A | | | | | | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | B | | | | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | C | | | | | | | | | | | |
| 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | | | | | | | | | |

0) Quelle est votre nationalité ? Veuillez indiquer le pays qui s'applique.

ENQ. : Une seule réponse

- | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Belgique | | | | | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Danemark | | | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Allemagne | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Grèce | | | | | | | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Espagne | | | | | | | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | France | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Irlande | | | | | | | | | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Italie | | | | | | | | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Luxembourg | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Pays-Bas | | | | | | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Portugal | | | | | | | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Royaume-Uni (Grande Bretagne, Irlande du Nord) | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Autriche | | | | | | | | | | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Suède | | | | | | | | | | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Finlande | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | |
| 16 | <input type="checkbox"/> | autre (Précisez) | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 17 | <input type="checkbox"/> | (Spontané) NSP/SR | | | | | | | | | | |

BUREAU

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 1) Globalement comment considérez-vous votre état santé aujourd'hui ?

ENQ. : Montrer la CARTE 1 – Lire – Une seule réponse

| Très bon | Bon | Moyen | Mauvais | Très mauvais | NSP | Refus |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2) Au cours des 30 derniers jours...?

ENQ. : Montrer la CARTE 2 (Echelle) - Lire

| <u>Lire</u> | | Aucune | Un peu | Moyen- nement | Beaucoup | Enor- mément | (NSP) | Refus |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | avez-vous éprouvé des difficultés à vous déplacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | avez-vous éprouvé des difficultés pour vous occuper de vous, (par exemple pour vous laver ou vous habiller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | avez-vous éprouvé des difficultés à travailler ou à accomplir les tâches ménagères | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | avez-vous ressenti des douleurs ou des gênes quelconques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | avez-vous ressenti de l'angoisse, de la tristesse ou de l'inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | avez-vous ressenti des difficultés à vous concentrer ou à vous souvenir de quelque chose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 3a) Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été incapable d'accomplir des tâches ménagères ?

ENQ. : Noter le nombre de jours – Si demi jours, arrondir à l'unité supérieure – Si "aucun", noter "00" – Si la PI n'accomplit jamais de tâches ménagères, noter "98" – Si la PI ne se souvient pas ou ne sait pas, noter "99"

jours

BUREAU

- 3b) Et combien de jours avez-vous été incapable d'aller travailler ?

ENQ. : Noter le nombre de jours – Si demi jours, arrondir à l'unité supérieure – Si "aucun", noter "00" – Si la PI ne travaille pas, noter "98" – Si la PI ne se souvient pas ou ne sait pas, noter "99"

jours

BUREAU

- 4) Compte tenu des différents aspects de votre santé actuelle, comme indiqué ci-dessus, à quel niveau vous situez-vous sur cette échelle ?

Observez cette échelle, '100' signifie que vous vous considérez au meilleur état de santé possible, '0' signifie que vous vous considérez au niveau le plus bas, les chiffres intermédiaires vous permettent de nuancer votre réponse.

ENQ. : Montrer la CARTE 3 (Echelle) – Noter en clair le score donné par la PI – Si la PI ne sait pas, noter "101" – Si elle refuse de répondre, noter "102"

/ 100

BUREAU

- 7) Vous trouverez ci-dessous différents types de soignants ou d'établissements de soins. Pouvez-vous indiquer pour chaque catégorie le nombre de visites que vous avez faites au cours des 30 derniers jours ?

ENQ. : Lire - Noter en clair le nombre de fois – Si "jamais", noter "00" – Si la PI ne se souvient pas ou ne sait pas, noter "99"

| <u>Lire</u> | Nombre de fois | | BUREAU |
|----------------------------------|----------------------|--|----------------------|
| 1 Généralistes | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 2 Dentistes | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 3 Spécialistes | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 4 Kinésithérapeutes | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 5 Chiropracteurs | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 6 Guérisseurs | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 7 Dispensaires (Infirmières) | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 8 Hôpital (Consultation externe) | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 9 Hôpital (Hospitalisation) | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| 10 Autres (Précisez) | | | |
| (1) ----- | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (2) ----- | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (3) ----- | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (4) ----- | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (5) ----- | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

- 8a) Etes-vous couvert par la Sécurité Sociale ou une assurance privée pour les consultations médicales ou pour toutes les autres consultations paramédicales non hospitalières ?

| OUI | NON | NSP |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 8b) Etes-vous couvert par la Sécurité Sociale ou une assurance privée pour les hospitalisations ?

| OUI | NON | NSP |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 9) Pour répondre à ces questions, il est souhaitable de bien comprendre ce que l'on entend par «objectifs du système de santé » (ou sécurité sociale).

ENQ. : Donner la CARTE 6 à lire à la PI

Ci-dessous vous trouverez trois objectifs fondamentaux possibles pour les soins de santé dans notre pays. Nous voudrions savoir quel est, selon vous, l'objectif le plus important / le moins important. Veuillez, s.v.p., cocher le '1' dans la case pour l'objectif qui, selon vous, est le 'plus important', le '2' pour l'objectif le 'deuxième plus important' et le '3' pour l'objectif le 'moins important'.

ENQ. : Montrer la CARTE 7 - Lire

| | Le plus important | 2ème plus important | Le moins important | NSP |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <u>Lire</u> | | | | |
| 1 AMELIORER LA SANTE DE CHACUN. Cet objectif signifie : | | | | |
| – Tout le monde vit plus longtemps avec moins de maladies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Il y a plus d'égalité au niveau de la santé des gens, de leur maladie et de la durée de leur vie | | | | |
| 2 AMELIORER LA FACON DONT LES GENS SONT TRAITES LORSQU'ILS RECOIVENT DES SOINS DE SANTE. Cet objectif signifie : | | | | |
| – Le droit des individus à la dignité, à l'autonomie, à la confidentialité et à une communication claire sont respectés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Equipements de base, aide sociale appropriée et libre choix de l'individu des consultations médicales | | | | |
| – Tout le monde est traité de la même façon | | | | |
| 3 FAIRE PAYER LES SOINS DE SANTE EN FONCTION DES POSSIBILITES DE CHACUN. Cet objectif signifie : | | | | |
| – Chacun paie une cotisation pour le coût des soins de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Les personnes en bonne santé partagent le coût des soins avec les personnes malades | | | | |
| – Les personnes ayant des revenus élevés paient une partie des soins de santé pour les personnes ayant des revenus modestes. | | | | |

- 10) Supposez que vous puissiez dire aux médecins, aux compagnies d'assurance et au gouvernement, quelle importance accorder à la réalisation de ces objectifs.

Les camemberts ci-dessous représentent notre système de soins de santé. Chaque portion représente l'importance que vous accordez à chaque objectif.

Si vous deviez diviser le camembert, quelle importance aurait la taille de la part attribuée à :

- la **santé** (améliorer la santé de chacun),
- la **réactivité** (la façon dont les personnes sont traitées),
- la **cotisation** (faire payer les personnes en fonction de leur moyens) ?

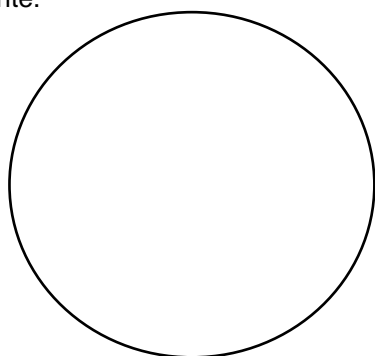
Plus vous pensez qu'un objectif est important, plus la portion choisie est grande. Vous pouvez choisir un des camemberts représentés sur cette carte ou vous pouvez dessiner vous-même votre camembert dans le cercle vide ci-dessous.

ENQ. : Montrer la CARTE 8 (Camemberts)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cotisation 33%, Santé 34%, Réactivité 33% | —> Q. 11 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Cotisation 30%, Santé 40%, Réactivité 30% | —> Q. 11 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Cotisation 30%, Santé 50%, Réactivité 20% | —> Q. 11 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Cotisation 20%, Santé 50%, Réactivité 30% | —> Q. 11 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Cotisation 15%, Santé 70%, Réactivité 15% | —> Q. 11 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Autre | —> Q. 10b |
| 7 | <input type="checkbox"/> | NSP | —> Q. 11 |

A ceux qui n'ont pas choisi un camembert prédéfini

- 10b) Dessinez les portions de camembert. Nommez-les et indiquez le pourcentage que chacune d'elles représente.



| | | | |
|-------|------------|----------------------|---|
| 1 | Cotisation | <input type="text"/> | % |
| 2 | Santé | <input type="text"/> | % |
| 3 | Réactivité | <input type="text"/> | % |
| | | <hr/> | |
| TOTAL | | 100 | % |

BUREAU

A TOUS

- 11) Ensuite, dites-nous quelle est l'importance à accorder à ces objectifs en divisant le camembert en deux. Les deux objectifs sont ici :

- le **niveau** moyen de santé
- la **réduction des inégalités** dans les niveaux de santé.

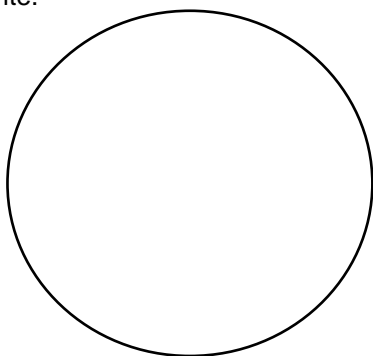
Vous pouvez choisir un des camemberts représentés sur cette carte ou vous pouvez dessiner vous-même votre camembert dans le cercle vide.

ENQ. : Montrer la CARTE 9 (Camemberts)

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Egalité 25%, Niveau 75% | —> Q. 12 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Egalité 33%, Niveau 67% | —> Q. 12 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Egalité 50%, Niveau 50% | —> Q. 12 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Egalité 67%, Niveau 33% | —> Q. 12 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Egalité 75%, Niveau 25% | —> Q. 12 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Autre | —> Q. 11b |
| 7 | <input type="checkbox"/> | NSP | —> Q. 12 |

A ceux qui n'ont pas choisi un camembert prédéfini

- 11b) Dessinez les portions de camembert. Nommez-les et indiquez le pourcentage que chacune d'elles représente.



1 Egalité %

2 Niveau %

TOTAL 100 %

BUREAU

A TOUS

- 12) Dites-nous quelle est l'importance à accorder à ces objectifs en divisant le camembert en deux. Les deux objectifs sont ici :
- l'amélioration du **niveau** moyen des droits des personnes à la dignité, à la confidentialité et le droit de choisir leur propre médecin
 - **réduire les inégalités** dans les droits des personnes à la dignité, à la confidentialité et dans le droit de choisir leur propre médecin.

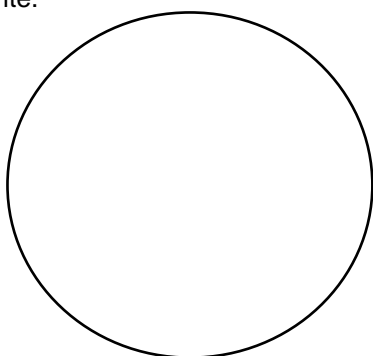
Souvenez-vous, plus la portion est grande, plus l'objectif est important. Vous pouvez choisir un des ces camemberts ou vous pouvez le dessiner dans le cercle vide

ENQ. : Montrer la CARTE 10 (Camemberts)

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Egalité 25%, Niveau 75% | —> Q. 13 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Egalité 33%, Niveau 67% | —> Q. 13 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Egalité 50%, Niveau 50% | —> Q. 13 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Egalité 67%, Niveau 33% | —> Q. 13 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Egalité 75%, Niveau 25% | —> Q. 13 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Autre | —> Q. 12b |
| 7 | <input type="checkbox"/> | NSP | —> Q. 13 |

A ceux qui n'ont pas choisi un camembert prédéfini

- 12b) Dessinez les portions de camembert. Nommez-les et indiquez le pourcentage que chacune d'elles représente.



| | | | |
|-------|---------|----------------------|---|
| 1 | Egalité | <input type="text"/> | % |
| 2 | Niveau | <input type="text"/> | % |
| TOTAL | | 100 | % |

BUREAU

13) Avez-vous reçu des soins médicaux au cours des 12 derniers mois ?

ENQ. : Spécifier "Y compris des visites chez des médecins ou d'autres consultations médicales ou des visites dans des hôpitaux"

- 1 ☐ OUI —> Q. 14
- 2 ☐ NON —> Q. 38
- 3 ☐ NSP —> Q. 38

14) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficié de soins en consultations externes ou avez-vous été soigné à domicile ?

ENQ. : Spécifier si le répondant demande des explications. exemples de services de consultations externes : cabinet médical, service de consultation externe d'une clinique ou d'un hôpital, ou n'importe quel lieu de soins où vous n'avez pas passé une nuit entière.

- 1 ☐ Oui (consultations externes ou visites à domicile) —> Q. 15
- 2 ☐ Non (consultations externes ou visites à domicile) —> Q. 31
- 3 ☐ (Spontané) NSP —> Q. 37

15) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des soins principalement dans un établissement médical ou principalement à votre domicile ?

- 1 ☐ Principalement dans un établissement médical
- 2 ☐ Principalement la consultation à domicile
- 3 ☐ (Spontané) Autant dans l'un que dans l'autre
- 4 ☐ (Spontané) NSP

16) A quand remonte votre dernière visite (la plus récente) dans un établissement médical ou chez un professionnel de la santé ? C'était... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 11 – Lire – Une seule réponse

- 1 ☐ Au cours des 30 derniers jours
- 2 ☐ Au cours des 3 derniers mois
- 3 ☐ Au cours des 6 derniers mois
- 4 ☐ Il y a 6 à 12 mois
- 5 ☐ (Spontané) NSP, je ne m'en souviens plus

17) Quel était le nom de l'établissement de santé ?

ENQ. : Noter le nom complet – Noter le nom de l'établissement (par exemple, hôpital Michalon) – Noter le nom du professionnel de santé si le cabinet n'a pas de nom et mentionner la spécialisation de ce professionnel de santé (dermatologue, dentiste...)

3 ☐ NOM

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2 ☐ Refus

1 ☐ NSP

BUREAU

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

18) L'établissement que vous avez nommé est-il celui où vous vous rendez habituellement (le cas échéant) ?

- 1 ☐ OUI
 2 ☐ NON
 3 ☐ Ne s'applique pas / N'a pas d'établissement habituel

19) Au cours des 12 derniers mois, quand vous avez souhaité vous faire soigner, avez-vous pu obtenir ces soins dès que vous en avez éprouvé le besoin ?

ENQ. : Montrer la CARTE 12 – Lire – Une seule réponse

- 1 ☐ toujours
 2 ☐ souvent
 3 ☐ quelquefois
 4 ☐ jamais
 5 ☐ (Spontané) NSP

20) Au cours des 12 derniers mois, quel délai s'est-il écoulé entre le moment où vous avez requis ces soins, et celui où il vous ont été délivrés ?

ENQ. : Noter la durée en clair – Si la PI ne sait pas, noter "99" dans toutes les cases

| | | | | |
|---|----------------------|----------|---------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | minutes | BUREAU | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | heures | | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | jours | | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | semaines | | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | mois | | <input type="text"/> |

21) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de tests ou d'examens de laboratoire ? Par exemple : analyses de sang, scanner ou rayons X.

- 1 ☐ OUI —> **Q. 22**
 2 ☐ NON —> **Q. 23a**
 3 ☐ NSP —> **Q. 23a**

24b) Au cours des 12 derniers mois, ... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 17 (Echelle) – Lire

Lire

| | Toujours | Souvent | Quelque-fois | Jamais | NSP |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 les médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé vous ont-ils écouté attentivement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 les médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé vous ont-ils expliqué les choses de manière compréhensible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 les médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé vous ont-ils laissé le temps de poser les questions concernant votre problème de santé ou votre traitement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23c) Globalement, d'après votre expérience, comment évaluez-vous le niveau de communication que vous avez eue avec les services de santé au cours des 12 derniers mois ?

ENQ. : Montrer la CARTE 18 (Echelle)

| Très bon | Bon | Moyen | Mauvais | Très mauvais | NSP |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25) Au cours des 12 derniers mois, lorsque vous avez consulté un professionnel de la santé, des décisions ont-elles été prises concernant un traitement (ordonnance de médicaments, par exemple), ou des examens ?

- 1 ☐ OUI —> Q. 26a
- 2 ☐ NON —> Q. 26b
- 3 ☐ NSP —> Q. 26b

26a) Au cours des 12 derniers mois, les médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé vous ont-ils impliqué autant que vous le désiriez au cours de choix des soins, des traitements ou des examens ?

ENQ. : Montrer la CARTE 19 (Echelle)

| Toujours | Souvent | Quelquefois | Jamais | NSP |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26b) Au cours des 12 dernier mois, ...?

ENQ. : Montrer la CARTE 20 (Echelle) – Lire

Lire

| | Toujours | Souvent | Quelque-fois | Jamais | NSP |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 les médecins, infirmières ou autres professionnels de santé vous ont-ils demandé votre permission avant de commencer un traitement ou des examens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 vos conversations avec votre médecin, infirmière ou tout autre professionnel de santé se sont-elles déroulées de façon à ce qu'elles ne puissent pas être entendues par des tiers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 votre médecin, infirmière ou tout autre personnel de santé ont-ils gardé vos informations confidentielles ? (c'est-à-dire que vous avez pu empêcher leur divulgation à des tiers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27) Globalement, au cours des 12 derniers mois, comment évaluez-vous votre expérience ...?

ENQ. : Montrer la CARTE 21 (Echelle) – Lire

| | Très bonne | Bonne | Moyenne | Mau- vaise | Très mauvaise | NSP |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 ... de la façon dont vous avez été impliqué dans les décisions concernant vos traitements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2du respect de la confidentialité des informations vous concernant par les services de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3de la possibilité de bénéficier des services d'un professionnel de santé ou d'un établissement de votre choix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28) Au cours des 12 derniers mois, quelles ont été les difficultés ... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 22 (Echelle) – Lire

| | Aucune difficulté | Quelques difficultés | Difficultés moyennes | Grosses difficultés | Très grosses difficultés | NSP | Pas applicable |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 ... à trouver un professionnel de santé (médecin, infirmière, autre auxiliaire) qui vous convienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2à utiliser des services de santé autres que ceux que vous aviez l'habitude d'utiliser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29) Concernant les locaux où vous vous êtes rendu pour des soins médicaux au cours des 12 derniers mois, comment évaluez-vous ... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 23 (Echelle) – Lire

| | Aucune difficulté | Quelques difficultés | Difficultés moyennes | Grosses difficultés | Très grosses difficultés | NSP | Pas applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 ... la qualité de la salle d'attente (par exemple, l'espace, les fauteuils, l'aération) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 la propreté des lieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30) Globalement, la qualité de l'environnement, comme par exemple, l'espace, les fauteuils, l'aération, la propreté des services de santé que vous avez visités au cours des 12 derniers mois vous semble-t-elle ... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 24 (Echelle) – Lire – Une seule réponse

| Très bonne | Bonne | Moyenne | Mauvaise | Très mauvaise | NSP / Ne se souvent pas | Ne s'applique pas Visite à domicile |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31) Avez vous passé une nuit dans un établissement médical ou dans un hôpital au cours des 12 derniers mois ?

- 1 ☐ OUI —> Q. 32
- 2 ☐ NON —> Q. 37
- 3 ☐ NSP —> Q. 37

- 36) Au cours des 12 derniers mois, quand vous avez séjourné à l'hôpital, de quelle manière l'hôpital a-t-il accepté ... ?

ENQ. : Montrer la CARTE 27 (Echelle) – Lire

| | Sans aucune difficulté | Avec quelques difficultés | Avec difficulté | Avec beaucoup de difficultés | Avec énormément de difficultés | NSP | Refus |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Lire | | | | | | | |
| 1 ... que votre famille ou vos amis satisfassent vos désirs personnels, par exemple vous apportant des denrées alimentaires, votre savon favori, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 de vous laisser pratiquer votre religion ou vos cultes traditionnels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 37) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été mal considéré par le système médical de votre pays à cause de votre :

ENQ. : Lire

| | OUI | NON | NSP | Refus | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 Nationalité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Q. 38 |
| 2 Classe sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 Absence d'assurance privée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Appartenance ethnique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 Race | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 Sexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 Langue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Religion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 Politique/Autres croyances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 Etat de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 Manque d'argent ou de patrimoine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 d'autre chose | → Q. 37a | | | | |

- 37a) Si Autre, préciser :

BUREAU

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 33 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 35 | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 37 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 40 | | |

38) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à consulter par manque d'argent ?

OUI,
n'a pas consulté
par manque d'argent
1

☐

NON,
a consulté même
si manque d'argent
2

☐

NSP
3

☐

Refus
4

☐

Pas d'application
5

☐

39a) Je vais vous lire des descriptions de façons avec lesquelles le système de santé de notre pays montre du respect envers les patients et leur accorde une place prépondérante au cœur du système. Par rapport au système de santé de notre pays, déterminez ce qui, d'après vous, est le plus important.

ENQ. : Montrer la CARTE 28 – Une seule réponse – Coder dans la 1ère colonne

39b) Et le moins important ?

ENQ. : Montrer la CARTE 28 – Une seule réponse – Coder dans la 2ème colonne

| | | Q. 39a Le plus important | Q. 39b Le moins important |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | DIGNITE, c'est à dire recevoir du respect et subir des examens physiques en privé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION, c'est-à-dire garantir la confidentialité de votre dossier médical et pouvoir parler avec un professionnel de santé sans être entendu par un tiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | CHOIX, c'est-à-dire choisir librement son médecin ou son infirmière ou tout autre auxiliaire médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | RAPIDITE DES SOINS c'est-à-dire que la distance et le temps des déplacements entre le domicile et le lieu des soins sont raisonnables, que vous recevez des soins rapides en cas d'urgence, que le temps d'attente pour les rendez-vous et pour les consultations est court, que les examens sont effectués rapidement, que le délai d'attente pour les opérations chirurgicales non urgentes est court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | AUTONOMIE c'est-à-dire être impliqué dans le choix des soins et du traitement si on le désire, que le professionnel de la santé doit demander la permission du patient avant de démarrer un traitement ou des examens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ENVIRONNEMENT, c'est-à-dire que la salle d'attente doit être spacieuse, aérée et disposer d'un nombre suffisant de sièges, que les lieux sont propres (y compris les toilettes), que l'alimentation est saine et appétissante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | SOUTIEN SOCIAL, c'est-à-dire la possibilité pour la famille d'apporter de la nourriture et des cadeaux, la libre pratique des religions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | COMMUNICATION, c'est-à-dire l'écoute du soignant, des explications claires et compréhensibles de la part du soignant, du temps laissé au patient pour poser des questions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | NSP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 41) Lisez les scénarios suivants. Comment évaluez-vous la façon avec laquelle le soignant a traité chaque patient / patiente avec dignité ?

ENQ. : Montrer la CARTE 30 (Echelle) - Lire

[illegible]

QUESTIONS DEMOGRAPHIQUES

Toutes les données d'identification sont traitées séparément de vos réponses. En vertu de la loi du 8/12/1992 sur la protection de la vie privée, vous pouvez demander l'accès et/ou la rectification de vos données. Vous pouvez également consulter le registre public. L'enquêteur prend note de votre nom et adresse à des fins de contrôle de qualité interne mais ces données ne sont JAMAIS communiquées à un tiers.

Pas de questions D.1 à D7

D.8) A quel âge avez-vous arrêté vos études à temps complet ?

ENQ. : NOTER EN CLAIR - SI "ÉTUDIE ENCORE", CODER 00

 ans

BUREAU

Pas de question D.9

D.10) Sexe du répondant

1 ☐ Homme

2 ☐ Femme

D.S1) Etes-vous né en Belgique ?

1 ☐ OUI

2 ☐ NON

3 ☐ NSP/SR

D.S2) Vos deux parents sont-ils nés en Belgique?

1 ☐ OUI

2 ☐ NON

3 ☐ NSP/SR

D.11) Quel âge avez-vous ?

 ans

BUREAU

Pas de questions D.12 à D14

D15a) Quelle est votre profession actuelle ?

ENQ. : Répondre dans la 1ère colonne du tableau ci-dessous

Si pas d'activité actuelle (code 1 à 4 à la Q. D15a)

D15b) Exerciez-vous une activité professionnelle rémunérée auparavant ? Laquelle en dernier lieu ?

ENQ. : Répondre dans la 2ème colonne du tableau ci-dessous

| | D15a Profession actuelle | D15b Profession auparavant |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| INACTIFS | | |
| en charge des achats courants et des tâches ménagères ou sans aucune activité professionnelle | <input type="checkbox"/> 1 | |
| étudiant | <input type="checkbox"/> 2 | |
| au chômage/temporairement sans emploi | <input type="checkbox"/> 3 | |
| à la retraite ou en congé de maladie prolongé | <input type="checkbox"/> 4 | |
| INDEPENDANTS | | |
| agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 |
| pêcheur | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 2 |
| profession libérale (avocat, médecin, expert-comptable, architecte, ...) | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 |
| commerçant ou propriétaire d'un magasin, artisan ou autre travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 4 |
| industriel, propriétaire (en tout ou en partie) d'une entreprise | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 5 |
| SALARIES | | |
| profession libérale salariée (docteur, avocat, comptable, architecte, ...) | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 6 |
| cadre supérieur/dirigeant (PDG/DG, directeur) | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 7 |
| cadre moyen | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 8 |
| employé travaillant la plupart du temps devant un bureau | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 9 |
| employé ne travaillant pas devant un bureau mais voyageant (vendeur, chauffeur, représentant, ...) | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 10 |
| employé ne travaillant pas devant un bureau, mais ayant une fonction de service (hôpital, restaurant, police, pompiers, ..) | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 11 |
| contremaître, agent de maîtrise | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 12 |
| ouvrier qualifié | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 13 |
| autre ouvrier (non qualifié), personnel de maison | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 14 |
| N'A JAMAIS EXERCE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE REMUNEREE | | <input type="checkbox"/> 15 |

Pas de questions D.16 à 18

◆
D.19 Etes-vous ... ?

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 |
| 1 dans votre ménage, principalement responsable pour les achats courants et l'entretien de la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 dans votre ménage, la personne qui contribue le plus aux revenus du ménage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
Pas de questions D.20 à 22
.....

D.23) Si vous deviez choisir parmi ces 5 noms pour qualifier la classe sociale à laquelle vous appartenez, lequel serait-il ?

ENQ. : Montrer la CARTE D23 – Une seule réponse

- 1 ☐ Classe moyenne
 2 ☐ Classe moyenne inférieure
 3 ☐ Classe ouvrière

 4 ☐ Classe supérieure
 5 ☐ Classe moyenne supérieure
 6 ☐ Refuse de se classer

 7 ☐ Autre
 8 ☐ NSP

◆
.....
Pas de questions D.24 à 28
.....

D29) Nous désirons en plus des informations sur les revenus des foyers pour analyser les résultats de cette étude selon les différents types. Voici une série de revenus mensuels.

ENQ. : Montrer la carte D29

Veuillez compter l'ensemble des gains et salaires MENSUELS de tous les membres du foyer, toutes pensions ou allocations sociales ou familiales comprises, ainsi que tout autres revenus tels que les loyers, ... Bien sûr, votre réponse, comme toutes celles de cette interview sera traitée confidentiellement et toute référence à vous ou votre foyer sera impossible. Veuillez me donner la lettre correspondant aux revenus de votre foyer et ce, avant toutes taxes et déductions.

- 1 ☐ B
 2 ☐ T
 3 ☐ P

 4 ☐ F
 5 ☐ E
 6 ☐ H

 7 ☐ L
 8 ☐ N
 9 ☐ R

 10 ☐ M
 11 ☐ S
 12 ☐ K

 13 ☐ (Spontané) refus
 14 ☐ (Spontané) NSP

◆
————> Protocole d'interview
◆

BUREAU

| Jour | Mois |
|------|------|
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

BUREAU

| Heures | Minutes |
|--------|---------|
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

BUREAU

- 1 ☐ 2 (l'enquêteur et le répondant)
2 ☐ 3
3 ☐ 4
4 ☐ 5 ou plus

- 1 ☐ excellente
2 ☐ bonne
3 ☐ moyenne
4 ☐ médiocre

- 1 ☐ 5 grands centres
2 ☐ localités urbaines
3 ☐ localités secondaires
4 ☐ autres localités

P7) **Réservé au bureau – Ne pas remplir : Région**

- 1 ☐ Hainaut
 2 ☐ Limbourg
 3 ☐ Namur

 4 ☐ Flandre Orientale
 5 ☐ Flandre Occidentale
 6 ☐ Liège

 7 ☐ Luxembourg
 8 ☐ Brabant Flamand
 9 ☐ Anvers

 10 ☐ Bruxelles
 11 ☐ Brabant Wallon

P8) Code postal

BUREAU

P9) N° du point de chute
(A remplir par le bureau)

P10) N° enquêteur

P11) Facteur de pondération
(A remplir par le bureau)

P12) Téléphone au foyer

- 1 ☐ OUI
 2 ☐ NON

P13) Langue de l'interview

- 1 ☐ néerlandais
 2 ☐ français

LOT

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

