

Matricule :

--	--	--	--

Identifiant du répondant										Prénom/Initiales	
L	U	-							-		

Date de l'entretien :

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Identifiant de l'enquêteur :

"50+ en Europe"

Enquête sur la Santé, le Vieillissement et la Retraite en Europe

2021

Questionnaire auto-administré

<p>Mailing Address and telephone number of survey agency</p>
--

Comment REMPLIR ce questionnaire ?

Vous pouvez répondre à la plupart des questions des pages suivantes en cochant simplement la case située en dessous ou à côté de la réponse que vous choisissez.

Veillez cocher UNE SEULE (1) case :

Correct or
Incorrect

Nous vous remercions de répondre à chaque question, l'une après l'autre. Passez une question seulement si une instruction vous l'indique.

Exemple:

Avez-vous des enfants ?

₁ Oui

₅ Non →

Allez à la question ...

↓₁

Si vous cochez "Oui" dans cet exemple, alors vous allez à la question suivante !

Si vous cochez "Non" dans cet exemple, alors vous allez à la question indiquée dans le texte !

Comment nous RETOURNER ce questionnaire ?

Si l'enquêteur est toujours à votre domicile lorsque que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez lui remettre directement. Si ce n'est pas le cas, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce questionnaire rempli, dès que possible, en utilisant l'enveloppe prépayée. *Si vous avez besoin d'une nouvelle enveloppe, veuillez appeler le LISER au [numéro de téléphone sans frais].*

VEUILLEZ COMMENCER LE QUESTIONNAIRE PAR LA QUESTION 1, À LA PAGE SUIVANTE

TOUTES VOS RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES.

MERCI ENCORE POUR VOTRE AIDE

Nous souhaitons vous poser quelques questions sur l'accès et la compréhension de vos informations de santé.

1) Sur une échelle allant de très facile à très difficile, dans quelle mesure diriez-vous qu'il est facile de :
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

	Très facile	Facile	Ni facile, ni difficile	Difficile	Très difficile
a) Trouver des informations sur le traitement des maladies qui vous concernent ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Trouver un professionnel quand vous êtes malade ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Comprendre ce que votre médecin vous dit ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Comprendre les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre un médicament ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Déterminer si vous avez besoin d'un deuxième avis médical ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Utiliser les informations que votre médecin vous donne pour prendre une décision concernant votre maladie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Suivre les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Trouver des informations sur la manière de gérer les problèmes de santé mentale comme le stress ou la dépression ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i) Comprendre les campagnes sanitaires sur des comportements, tels que fumer, avoir peu d'activité physique ou boire de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Comprendre pourquoi vous devez faire des examens de santé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k) Déterminer la fiabilité les informations sur les risques pour la santé diffusées par les médias ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l) Décider comment vous pouvez vous protéger à partir des informations diffusées par les médias ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m) Se renseigner sur les activités qui sont bonnes pour votre bien-être mental ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n) Comprendre les informations diffusées par les médias sur la manière d'améliorer sa santé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o) Déterminer quels comportements quotidiens concernent votre santé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2) À quelle fréquence avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider à lire une ordonnance, une brochure ou un autre document écrit qui vous a été remis par un médecin ou un pharmacien ?

₁ Toujours ₂ Souvent ₃ Parfois ₄ Rarement ₅ Jamais

3) Est-ce que quelqu'un vous aide à prendre soin de votre santé ?

₁ Oui ₂ Non → Allez à la question 5

4) Qui vous aide à prendre soin de votre santé ?

₁ Un membre de la famille ₂ Un ami ₂ Un voisin ₃ Un professionnel de santé ₄ Autre

Le dossier de santé électronique (DSE) est un dossier électronique, personnel, sécurisé et sous le contrôle direct du patient, qui est mis à disposition gratuitement par une agence publique (comme par exemple le Dossier de Soins Partagés). L'objectif principal du DSE est de faciliter les échanges entre les praticiens de santé, afin d'améliorer le suivi médical et la coordination des soins du patient. Cela s'effectue par la centralisation de toutes les informations essentielles sur la santé du patient (par exemple, les résultats des examens radiologiques, les rapports de consultation, les résultats des examens biologiques, etc.). Le but est d'optimiser les soins en évitant les procédures médicales superflues.

5) Avez-vous déjà entendu parler du dossier de santé électronique (DSE)?

₁ Oui

₂ Non → Allez à la question 7

6) Avez-vous déjà créé un DSE ?

₁ Oui → Allez à la question 8

₂ Non

7) Souhaiteriez-vous créé un DSE ?

₁ Oui

₂ Non → Allez à la question 11

8) Selon vous, qui devrait pouvoir accéder à votre DSE ? (Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Un groupe de personnes autorisées dans un hôpital :	Oui	Non
a) Médecins et infirmiers (ex., décider ou communiquer mon traitement, analyser mes résultats de laboratoire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Personnel ambulancier ou d'urgence (ex., pour répondre à une urgence)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Employés administratifs (pour des raisons organisationnelles)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Groupe de personnes autorisées dans un cabinet privé :	Oui	Non
d) Mon médecin généraliste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Tous les autres professionnels de santé que je rencontre (ex. physiothérapeute, cardiologue, dermatologue)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Pharmaciens (ex., délivrance de mes médicaments)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Laboratoire que j'ai choisi pour mes examens (ex., analyse de sang)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Toutes les personnes auxquelles j'ai donné une autorisation (ex., famille, amis et autres professionnels non médicaux)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

9) Avez-vous déjà accédé aux informations de votre DSE ?

₁ Oui → Allez à la question 12

₂ Non

10) Souhaitez-vous avoir accès aux informations de votre DSE ?

₁ Oui → Allez à la question 12

₂ Non

11) Pour quelles raisons ne voulez-vous pas créer ou avoir accès à votre DSE ? (Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Raisons	Oui	Non
a) Je ne comprends pas pourquoi il est important d'avoir un DSE	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Je crains qu'il y ait des problèmes de confidentialité	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Je ne pense pas que ce soit utile pour ma santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Je n'ai pas les connaissances informatiques pour l'utiliser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Je n'ai pas la connaissance nécessaire pour comprendre les informations médicales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Cela va m'angoisser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Autres raisons. Merci de préciser :		

Après avoir répondu à cette question, allez à la question 20.

12) Pour quelles raisons voulez-vous avoir accès à votre DSE ?
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Raisons	Oui	Non
a) Je veux me tenir informé(e) sur ma santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Je voudrais savoir ce que contient mon dossier médical	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Je veux participer à mes soins de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Je veux être sûr(e) que mon dossier médical est correct	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Je veux mieux comprendre mon état de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Je veux suivre l'évolution d'une maladie ou d'une affection	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Autres raisons. Merci de préciser :		

13) A quelles données du DSE voulez-vous avoir accès / avez-vous déjà eu accès ?
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Données	Oui	Non
a) Résultats de laboratoire (ex., mes analyses de sang, résultats d'imagerie nucléaire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Résultats de tests sur la mémoire, l'autonomie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) L'historique de mes prescriptions médicales (médicaments et examens)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) L'historique de mes maladies	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Autres raisons. Merci de préciser :		

14) Souhaitez-vous mettre à jour vous-même les informations sur votre santé dans votre DSE ?

₁ Oui

₂ Non → *Allez à la question 16*

15) En tant que patient, quels types d'informations souhaitez-vous mettre à jour dans votre DSE ?
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Informations à mettre à jour par vous-même	Oui	Non
a) Mes antécédents médicaux (ex., tous les problèmes de santé auxquels vous avez dû faire face)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Les antécédents médicaux de ma famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Mes nouveaux symptômes / l'évolution de symptômes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Les effets secondaires de mes médicaments	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Mes crises allergiques	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Mes résultats cliniques (ex., analyses de sang, biopsies)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Mes auto-mesures (ex., pression sanguine ou taux de glycémie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Des informations concernant mes habitudes (ex., arrêt ou reprise du tabac, suivi d'un régime)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

16) Selon vous, quels types d'informations dans votre DSE peuvent le plus vous aider à gérer votre santé ?
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Informations utiles pour gérer votre santé	Oui	Non
a) Résultats de laboratoire (ex., analyses de sang, résultats d'imagerie nucléaire (IRM))	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Résultats de tests sur la mémoire, l'autonomie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) L'historique de mes prescriptions médicales (médicaments et examens)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) L'historique de mes maladies	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

17) Pensez-vous que l'accès à votre DSE peut vous aider à améliorer votre santé ?

₁ Oui

₂ Non → Allez à la question 19

18) Selon vous, comment l'accès à votre DSE pourra vous aider à améliorer votre santé ?
(Veuillez remplir le tableau ci-dessous)

Raisons	Yes	No
a) J'aurai une attitude plus responsable vis-à-vis de ma santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) J'adapterai mon mode de vie en fonction de mon état de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Je pourrai préparer des questions à l'avance et bénéficier de visites médicales plus éclairées	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Cela facilitera la recherche d'une seconde évaluation médicale ou d'un diagnostic alternatif	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Cela facilitera le suivi des traitements	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Autres raisons. Merci de préciser :		

19) Accepteriez-vous de partager des informations contenues dans votre DSE avec des chercheurs, afin de faciliter la recherche médicale. Ce partage s'effectue de manière anonyme (sans aucune information personnelle comme le nom ou le numéro de sécurité sociale) ?

₁ Oui

₂ Non

20) Pour finir, veuillez indiquer votre sexe et votre année de naissance :

a) Je suis...

Un homme ₁

Une femme ₂

b) Je suis né(e) en (année)

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

Veuillez nous retourner le questionnaire en utilisant l'enveloppe affranchie fournie.