



# Accès aux soins des Longjumellois

## OÙ RETOURNER VOTRE QUESTIONNAIRE ?

Chez votre pharmacien dans la boîte prévue à cet effet  
**A la Mairie de Longjumeau**, 6 bis rue Léontine Sohier  
**Au CCAS**, 142 rue P. & M. Curie  
**A la maison Colucci**, rue Maryse Bastié

Par courrier à : Mairie de Longjumeau,  
Questionnaire santé, 6 bis rue Léontine Sohier,  
BP 482, 91164 LONGJUMEAU cedex



## PARTIE 2 : VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

### 10. Avez-vous un médecin traitant ?

oui  non

### 11. Où se trouve votre médecin généraliste ?

dans votre quartier  dans votre ville  
 dans une ville voisine  plus loin

### 12. Votre médecin fait-il des visites à domicile ?

oui  non  je ne sais pas

*Si oui, avez-vous recours à ces visites à domicile ?*

oui  non

### 13. Avez-vous consulté un autre médecin généraliste que votre médecin traitant, au cours des 12 derniers mois ?

oui  non

*Si oui, pourquoi ?*

médecin absent  médecin indisponible

autre raison .....

### 14. Votre médecin pratique t-il le tiers payant ?

oui  non  je ne sais pas

### 15. Pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?

oui  non  je ne sais pas

### 16. Combien de fois consultez-vous un médecin par an ? : \_\_\_\_

### 17. Vos consultations se font-elles le plus souvent ?

Sur prise de rendez-vous  En consultation libre

### 18. En moyenne combien de temps s'est écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation chez votre médecin généraliste ?

Dans la journée  2 jours  plus

### 19. Les explications de votre médecin sont-elles claires ?

oui tout à fait  oui en partie  non je n'ai pas compris

le médecin ne me donne pas ou peu d'explication

### 20. Votre satisfaction envers votre médecin généraliste :

☺ Satisfait ☹ Moyennement satisfait ☹ Non satisfait ☺ ☹ ☹

La confiance que vous avez envers lui			
Le délai de la prise de rdv et la consultation			
Les horaires de consultation			
Le temps passé en consultation			
L'écoute de votre médecin			
La proximité géographique			
La pratique du tiers payant			
Le coût des consultations			

### 21. Estimez-vous qu'il y a un manque de médecins généralistes à proximité de chez vous ?

oui  non  je ne sais pas

### 22. En cas de problème de santé hors horaires de consultations, vous avez recours à :

un médecin de garde  SOS médecin  les urgences

maison médicale de garde

autre.....



## INFORMATIONS PERSONNELLES

### 1. Vous êtes ?

un homme  une femme

### 2. Votre secteur d'habitation :

Quartier sud  Centre ville  Balizy Gravigny

### 3. Votre année de naissance : .....

### 4. Situation matrimoniale :

en couple (pacsé, concubinage, union libre)  
 marié  célibataire  veuf (ve)

### 5. Vous êtes actuellement :

actif(ve)  retraité(e)  en recherche d'emploi  
 inactif(ve)  parent au foyer

### 6. Quelle est votre profession actuelle ou dernière profession exercée :

.....  
.....



## PARTIE 1 : VOUS ET VOTRE SANTÉ

### 7. Comment estimez-vous votre état de santé ?

très bon  bon  moyen  mauvais  très mauvais

### 8. Quels professionnels consultez-vous quand vous pensez avoir un souci de santé ?

Numérotez de 1 à 4 du plus au moins prioritaire

\_\_ Vous demandez conseil à votre pharmacien

\_\_ Vous consultez votre médecin généraliste

\_\_ Vous consultez un spécialiste

\_\_ Vous allez à l'hôpital

### 9. Souhaiteriez-vous être informés ou participer à des temps d'échanges sur :

les cancers  les addictions  VIH-IST-Hépatites

les vaccinations  la périnatalité  la nutrition

les conduites addictives  la perte d'autonomie

la santé mentale  le handicap  la tuberculose

autre.....

.....  
.....



## PARTIE 3 : LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

23. Avez-vous vu un spécialiste dans les douze derniers mois ?  oui  non

24. Si oui le(s)quel(s) ? Indiquez la spécialité (par exemple : cardiologue, dentiste, gynécologue...)	Spécialiste 1		Spécialiste 2		Spécialiste 3	
25. Pratique-t-il le tiers payant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
26. Les tarifs sont-ils clairement affichés dans la salle d'attente ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
27. Le spécialiste pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
28. Ces consultations sont-elles prescrites par votre généraliste ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
29. Le temps d'attente avant un rendez-vous est-il long ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
30. Votre niveau de satisfaction ☺ Satisfait ☹ Moyennement satisfait ☹ Non satisfait	☺	☹	☹	☺	☹	☹
La confiance que vous avez envers lui						
Le délai de la prise de rdv et la consultation						
Les horaires de consultation						
Le temps passé en consultation						
L'écoute de votre médecin						
La proximité géographique						
La pratique du tiers payant						
Le coût des consultations						



## PARTIE 4 : HOSPITALISATION

31. Au cours des douze derniers mois avez-vous été hospitalisé ?

en hôpital public  en clinique  en hôpital privé  non

Nom de l'établissement : .....

32. Cette hospitalisation était-elle :

programmée  en urgence

Avez-vous eu le choix de l'établissement ?

oui  non

Si non pourquoi ? .....

33. Lors de cette dernière hospitalisation, quel est votre niveau de satisfaction :

☺ Satisfait ☹ Moyennement satisfait ☹ Non satisfait

	☺	☹	☹
L'accueil du personnel			
Le temps d'attente			
La confiance que vous avez envers l'établissement			
Les délais de prise de rendez-vous			
Coût de la consultation			



## PARTIE 5 : SOINS, COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE ET REMBOURSEMENTS

34. Quel est votre régime de couverture sociale ?

général (sécurité sociale)  social des indépendants

M.S.A (Mutualité sociale agricole)  AME (Aide Médicale d'Etat)

CMU (Couverture Maladie Universelle)

autre.....

35. Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?

oui  non

Si oui, vous avez obtenu cette assurance ou mutuelle :

par votre employeur  par vos propres moyens

vous êtes sur celle d'une autre personne (parents, etc...).

36. Pour les soins suivants, comment estimez-vous vos remboursements de mutuelle ou assurance ?

++ très bon + bon 0 moyen - mauvais -- très mauvais

	++	+	0	-	--
Lunettes					
Soins dentaires					
Consultations et soins					
Chez un spécialiste					
Pharmacie					
Examens médicaux (radio)					

37. Au cours de ces douze derniers mois avez-vous eu des difficultés de remboursements de vos frais de soins...

... de votre caisse d'assurance maladie ?

régulièrement  rarement  jamais

... de votre complémentaire santé (mutuelle) ?

régulièrement  rarement  jamais

38. Au cours des douze derniers mois vous est-il arrivé de renoncer pour vous-même à des soins pour des raisons financières ?

oui  non

Si oui, le(s)quel(s) ?

consultation chez un médecin généraliste

consultation et soins chez un spécialiste

précisez le(s)quels : .....

soins dentaires

pharmacie (médicaments)

soins liés à la vue (verres, montures, lentilles).

autre.....

39. Utilisez-vous le site internet « ameli.fr » ?

oui  non