



ENTRED, Echantillon National Témoin  
Représentatif des Personnes Diabétiques  
Santé publique France  
12, rue du Val d'Osne-94415 Saint-Maurice Cedex  
Téléphone : 01 71 25 21 07  
entred@santepubliquefrance.fr

# AUTO-QUESTIONNAIRE

*Ensemble, contribuons à améliorer  
la santé et la qualité de vie  
des personnes diabétiques*

Avec le soutien de



Enquête financée par



## À propos de ce questionnaire

Ce questionnaire vous concerne, **vous et votre santé**. Remplir ce questionnaire devrait vous prendre **environ 40 minutes**.

**Le questionnaire comprend 3 parties** que vous pouvez remplir en plusieurs fois.

Si vous rencontrez des difficultés, **n'hésitez pas à vous faire aider** par un membre de la famille, un(e) ami(e) ou éventuellement un(e) professionnel(le) de santé.

**Pour chaque question, cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.**

Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre situation.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses. Les informations que vous donnez ne seront en aucun cas utilisées sous une forme qui pourrait vous identifier.

Vous trouverez un espace « commentaires » à la fin de chaque partie pour partager si nécessaire des informations qui vous semblent importantes et qui n'ont pas été abordées.

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour remplir le questionnaire, utiliser un stylo à bille de couleur noire ou bleue (pas de crayon de papier ni de feutre). Cocher la case correspondant à la réponse.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Correct</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Incorrect</i>

Si vous cochez une case par erreur, la noircir entièrement (■) avant de cocher celle qui correspond à votre réponse (☒). Ne pas utiliser de blanc pour effacer la réponse erronée.

Pour les données alphanumériques, inscrire un seul caractère ou chiffre par bac :

Remplir les cases le plus à droite possible :

En cas d'erreur de remplissage, ne pas faire de surcharge. Barrer d'un trait les données erronées et écrire les données correctes à côté ou au-dessus en fonction de l'espace disponible.

~~72800~~ 74600  
*Correct*

~~74000~~  
*Incorrect*

- Ne pas barrer tout ou partie d'une page. Les sections vierges doivent le rester.
- Ne pas agraffer les pages vierges ensemble.
- Ne glisser aucun document dans les questionnaires (pas de post-it ou de feuille de notes).
- Éviter de corner les pages.

## Partie 1 - Questionnaire ENTRED général

1.1. Dans quel département vivez-vous actuellement ?

Numéro :

1.2. Vous êtes ?

<sub>1</sub> un Homme

<sub>2</sub> une Femme

1.3. Quelle est votre date de naissance ?

/   /

### La découverte de votre diabète

1.4. A quel âge, environ, un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?

A l'âge de   ans ( ou en quelle année ?     )

1.5. Au cours de quelle(s) circonstance(s) a-t-on découvert votre diabète ?

(plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> Parce que vous aviez tout le temps soif et/ou tout le temps envie d'uriner et/ou maigri
- <sub>2</sub> Parce que vous aviez fait un coma diabétique
- <sub>3</sub> Parce que vous aviez un problème au niveau du cœur, des artères, des reins, des nerfs, des yeux ou des pieds
- <sub>4</sub> A l'occasion du suivi d'un surpoids
- <sub>5</sub> Par hasard, au cours d'un bilan de santé en médecine du travail, sécurité sociale, pré-opératoire
- <sub>6</sub> Pendant ou après une grossesse
- <sub>7</sub> Sur une analyse de sang ou d'urine effectuée pour une autre raison, précisez la raison : .....
- .....
- <sub>8</sub> Autre circonstance, précisez : .....
- .....

1.6. Quel type de diabète avez-vous ?

- <sub>1</sub> Type 1
- <sub>2</sub> Type 2
- <sub>3</sub> Autre, précisez : .....
- .....
- <sub>9</sub> Je ne sais pas

### Votre famille

1.7. Vivez-vous seul(e) ?

<sub>1</sub> Non, **Si non**, combien de personnes vivent avec vous ?

Adulte(s) ou enfant(s) de 14 ans et plus

Enfant(s) de 13 ans et moins

<sub>2</sub> Oui

**1.8. Êtes-vous (ou l'un de vos parents est-il) originaire d'un pays autre que la France ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**,  
De quel(s) pays s'agit-il ? .....
- Vous arrive-t-il de parler avec votre médecin dans une autre langue que le français ?
- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas
- Le français est-il votre langue maternelle ?
- 1 Non, **Si non**, pensez-vous que cela rend plus difficile la prise en charge de votre maladie ?
- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas
- 2 Oui

**1.9. À cause de votre diabète, avez-vous ressenti un changement d'attitude de vos proches vis-à-vis de vous ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles) :**
- 1 D'un éloignement
- 2 D'un rapprochement
- 3 Autre, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**1.10. Êtes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de la part de votre entourage (époux, épouse, partenaire, famille, amis) à propos de votre diabète ?**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas besoin de soutien

**Vos habitudes de vie**

**1.11. Quelle est votre taille ?**

,  m

**1.12. Quel est votre poids actuel ?**

kg

**1.13. Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il varié ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**,
- Combien de kilos avez-vous perdu ?**  Kilos **Était-ce volontaire ?**  1 Non
- Combien de kilos avez-vous pris ?**  Kilos **Était-ce volontaire ?**  2 Oui
- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**1.14. Pour votre diabète ou pour perdre du poids, avez-vous déjà eu recours à :**

*(plusieurs réponses possibles)*

- 1 Un régime (de type pauvre en calories, ou pauvre en graisses, ou riche en protéines, ou dissocié,...)
- 2 Des organismes spécialisés dans l'alimentation (type Weight Watchers®, Comme j'aime®, ...)
- 3 Un jeûne
- 4 Autres pratiques, précisez : .....
- 5 Aucun recours

**1.15. La mise en pratique des recommandations que vous avez reçues pour votre diabète concernant l'alimentation vous paraît-elle... ?**

- 1 Tout à fait acceptable
- 2 Gênante mais acceptable
- 3 Trop lourde
- 4 Je ne les mets pas en pratique
- 5 Je n'en ai pas reçu

**1.16. Vous a-t-on déjà donné par écrit un régime alimentaire ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, qui vous les a donnés ?** *(plusieurs réponses possibles)*
  - 1 un diététicien
  - 2 un endocrinologue
  - 3 un médecin généraliste
  - 4 d'autre(s) personne(s), précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**1.17. Vous a-t-on déjà fait, pour votre diabète, des recommandations concernant l'activité physique ?**

- 1 Non, -> **Veillez passer à la question 1.19**
- 2 Oui, **Si oui, vous ont-elles été ?** *(plusieurs réponses possibles)*
  - 1 prescrites par écrit
  - 2 données par oral**Si oui, qui vous les a données ?** *(plusieurs réponses possibles)*
  - 1 un médecin
  - 2 un autre professionnel de santé
  - 3 un éducateur sportif
  - 4 d'autre(s) personne(s), précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**1.18. La mise en pratique des recommandations que vous avez reçues pour votre diabète concernant l'activité physique vous paraît-elle... ?**

- 1 Tout à fait acceptable
- 2 Gênante mais acceptable
- 3 Trop lourde
- 4 Je ne les mets pas en pratique

**1.19. Avez-vous des difficultés pour vous relever d'une chaise sans les mains ?**

- 1 Pas de difficultés
- 2 Quelques difficultés
- 3 Beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas du tout

**1.20. Avez-vous des difficultés à marcher 500 mètres, sans aide ?**

- 1 Pas de difficultés
- 2 Quelques difficultés
- 3 Beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas du tout

**1.21. Avez-vous des difficultés pour monter ou descendre une douzaine de marches, sans aide ?**

- 1 Pas de difficultés
- 2 Quelques difficultés
- 3 Beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas du tout

**1.22. Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous pratiquez des activités exigeant des efforts physiques modérés (faire du ménage, s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener) ?**

- 1 Jamais (0 jour par semaine)
- 2  jours par semaine (de 1 à 7)
- 9 Je ne sais pas

**1.23. Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous effectuez un trajet d'au moins 10 minutes à pied ?**

- 1 Jamais (0 jour par semaine)
- 2  jours par semaine (de 1 à 7)
- 9 Je ne sais pas

**1.24. Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous effectuez un trajet d'au moins 10 minutes à vélo ?**

- 1 Jamais (0 jour par semaine)
- 2  jours par semaine (de 1 à 7)
- 9 Je ne sais pas

**1.25. Au cours d'une semaine habituelle, combien y a-t-il de jours où vous effectuez du sport (jogging, fitness, natation, VTT, etc.) pendant aux moins 10 minutes de façon continue ?**

- 1 Jamais (0 jour par semaine)
- 2  jours par semaine (de 1 à 7)
- 9 Je ne sais pas

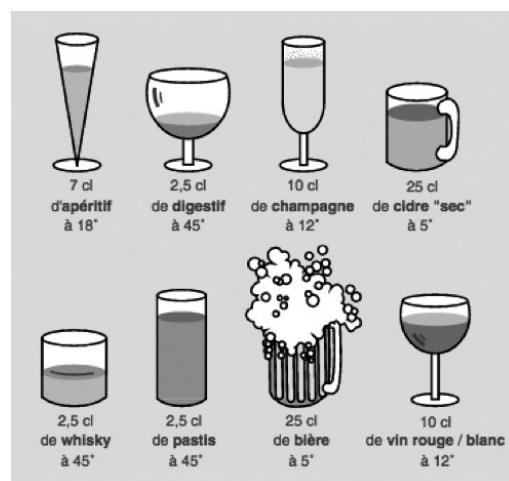
**1.26. Fumez-vous actuellement ne serait-ce que de temps en temps (en dehors de la cigarette électronique) ?**

- 1 Non, je n'ai jamais fumé
- 2 Non, j'ai arrêté depuis **plus** de trois ans
- 3 Non, j'ai arrêté depuis **moins** de trois ans
- 4 Oui, occasionnellement
- 5 Oui, tous les jours

**Les trois questions suivantes (1.27 à 1.29) concernent votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines.**

**1.27. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

- 1 Jamais -> **Veillez passer à la question 1.30**
- 2 Une fois par mois
- 3 Deux à quatre fois par mois
- 4 Deux à trois fois par semaine
- 5 Quatre fois ou plus par semaine



Tous ces verres standard contiennent la même quantité d'alcool (10gr).

**1.28. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

- 1 Un ou deux
- 2 Trois ou quatre
- 3 Cinq ou six
- 4 Sept à neuf
- 5 Dix ou plus

**1.29. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?**

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Chaque jour ou presque

**1.30. Cochez dans le tableau le niveau de difficultés que vous rencontrez dans ces activités de la vie quotidienne (une seule réponse possible par ligne).**

	Pas de difficultés	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Je ne peux pas le faire seul(e)	Je n'ai jamais eu à le faire seul(e)
Faire vos courses seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Préparer vos repas seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Faire les démarches administratives seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Prendre vos médicaments seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (voiture personnelle, taxi, transports en commun)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Utiliser le téléphone seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Utiliser Internet ou envoyer un e-mail seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**1.31. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**1.32. Quel est votre niveau d'études ?**

- 1 Jamais scolarisé(e)
- 2 Primaire non terminé
- 3 Primaire terminé, CEP (Certificat d'Études Primaires)
- 4 Collège, BEPC, CAP, BEP
- 5 Lycée général ou technique, BAC, BAC + 1 an
- 6 BAC + 2 ans à Bac + 4
- 7 BAC + 5 ans et plus
- 8 Etudes à l'étranger, veuillez préciser le pays d'obtention  
ET le plus haut diplôme obtenu OU le nombre d'années de scolarisation : .....
- 9 Autre, précisez : .....

**1.33. Votre diabète a-t-il eu un impact sur votre parcours scolaire ?**

- 1 Mon diabète est apparu après ma scolarité
- 2 Non, mon diabète n'a pas eu d'impact
- 3 Oui, mon diabète a eu un impact
- 9 Je ne sais pas

**1.34. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 A la retraite (ou en pré-retraite)
- 2 Homme ou femme au foyer
- 3 En activité (temps plein ou temps partiel)
- 4 En arrêt de travail pour maladie ou accident
- 5 En invalidité
- 6 Bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- 7 Au chômage
- 8 Etudiant(e)
- 9 Autre, précisez : .....

**1.35. Dans votre dernier poste ou dans votre poste actuel, étiez-vous ou êtes-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 A votre compte, travailleur indépendant
  - Si oui, étiez-vous (ou êtes-vous) ? (plusieurs réponses possibles)**
  - 1 Artisan
  - 2 Commerçant
  - 3 Auto-entrepreneur
  - 4 Profession libérale
  - 5 Conjoint collaborateur
- 2 Fonctionnaire ou salarié du secteur public
- 3 Salarié dans le secteur privé
- 4 Autre, précisez : .....
- 5 Je n'ai jamais travaillé -> **Veuillez passer à la question 1.42**

**1.36. Quelle était votre dernière profession ou quelle est votre profession actuelle ? (veuillez préciser le libellé exact)**

.....



**1.37. Votre diabète a-t-il eu un impact sur le choix de votre métier ?**

- 1 Mon diabète est apparu après que je choisisse mon métier
- 2 Non, mon diabète n'a pas eu d'impact
- 3 Oui, mon diabète a eu un impact
- 9 Je ne sais pas

**1.38. Avez-vous rencontré des difficultés professionnelles liées à votre diabète ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, était-ce ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Pour trouver un travail
  - 2 Pour exercer votre activité
  - 3 Pour garder un travail
  - 4 Autre, précisez : .....
- 3 Mon diabète est apparu pendant ma retraite -> **Veillez passer à la question 1.42**
- 9 Je ne sais pas

**1.39. Avez-vous dû modifier ou arrêter votre activité professionnelle à cause de votre diabète ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, quelles modifications ont eu lieu ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Travail à temps partiel
  - 2 Travail à temps plein mais modification des horaires
  - 3 Réorientation professionnelle
  - 4 Invalidité ou longue maladie
  - 5 Retraite anticipée
  - 6 Licenciement, fin de contrat
  - 7 Arrêt complet d'activité
  - 8 Autre, précisez : .....

**1.40. Avez-vous décidé de cacher votre diabète au travail ?**

- 1 Non
- 2 Dans certains cas
- 3 Oui

**1.41. Pour améliorer votre qualité de vie au travail, il faudrait (aurait fallu) ?**

(*plusieurs réponses possibles*)

- 1 Adapter les horaires de travail
- 2 Que mes collègues soient informés sur le diabète, ses complications et son traitement
- 3 Expliquer mes contraintes à mes collègues et mes supérieurs hiérarchiques
- 4 Aménager les horaires des pauses (déjeuner, auto-surveillance glycémique, collation...)
- 5 Pouvoir prendre un repas adapté au restaurant d'entreprise ou à la cantine
- 6 Autre, précisez : .....
- 7 Aucune amélioration
- 9 Je ne sais pas

**1.42. Financièrement, dans votre foyer, diriez-vous plutôt que :**

- 1 Vous êtes à l'aise
- 2 Ça va
- 3 C'est juste
- 4 Vous y arrivez difficilement
- 5 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes

**1.43. Actuellement, quels sont environ les revenus mensuels nets de l'ensemble des personnes de votre foyer (total des salaires, allocations, aides au logement, rentes, minimum vieillesse, prestations dépendance...) ?**

- 1 Moins de 800 euros
- 2 De 800 à moins de 1 200 euros
- 3 De 1 200 à moins de 2 000 euros
- 4 De 2 000 à moins de 4 000 euros
- 5 4 000 euros ou plus
- 9 Je ne sais pas
- 6 Je ne veux pas répondre

**1.44. Êtes-vous bénéficiaire du RSA ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**Si vous avez des commentaires à partager concernant cette première partie, vous pouvez les mentionner ici :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Partie 2 - Votre état de santé et vos soins

### Votre cœur et vos vaisseaux

**2.1. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'hypertension artérielle, que vous faisiez de la tension ou que vous aviez une tension artérielle élevée ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.2. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.3. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une insuffisance cardiaque ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.4. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine (problème coronarien) ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.5. Avez-vous déjà eu une intervention sur les artères du cœur (pontage coronarien ou angioplastie coronaire, pose d'un stent, ou encore dilatation coronaire) ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.6. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

### Vos yeux

**2.7. Votre ophtalmologiste est-il au courant de votre diabète ?**

1 Non, **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?** (*plusieurs réponses possibles*)

1 Il ne me l'a pas demandé

2 Je n'ai pas voulu le lui dire

3 Autre raison, précisez : .....

2 Oui

9 Je ne sais pas

**2.8. Un spécialiste de l'œil vous a-t-il déjà fait un fond d'œil (c'est-à-dire un examen qui nécessite de mettre des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles...) ou fait une photographie de votre rétine à l'aide d'un appareil photo spécial appelé « rétinographe » ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, était-ce ?** (*plusieurs réponses possibles*)
- 1 Un fond d'œil (avec des gouttes). **Était-ce ?**
- 1 Au cours des 12 derniers mois
- 2 Il y a plus de 12 mois
- 2 Une photographie de votre rétine. **Était-ce ?**
- 1 Au cours des 12 derniers mois
- 2 Il y a plus de 12 mois
- 9 Je ne sais pas
- 9 Je ne sais pas

**2.9. Avez-vous déjà reçu un traitement par laser pour vos yeux ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, était-ce ?** (*plusieurs réponses possibles*)
- 1 Pour votre diabète
- 2 Pour un autre problème, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas
- 9 Je ne sais pas

**2.10. Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre diabète a atteint vos yeux ou que vous aviez une rétinopathie ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.11. Avez-vous des problèmes de vue (liés ou non à votre diabète) ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, à cause de ces problèmes de vue, avez-vous des difficultés pour ?** (*plusieurs réponses possibles*)
- 1 Lire
- 2 Prendre vos médicaments ou faire vos piqûres
- 3 Autre, précisez : .....
- 4 Aucune difficulté

**2.12. Avez-vous définitivement perdu la vue d'un œil ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, était-ce** (*plusieurs réponses possibles*) ?
- 1 A cause de votre diabète
- 2 Pour une autre raison, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**2.13. Examinez-vous ou faites-vous examiner régulièrement vos pieds ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, à quelle fréquence ?**
- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Moins fréquemment
- Si oui, qui le fait le plus souvent ? (plusieurs réponses possibles)**
- 1 Vous-même
- 2 Un proche
- 3 Une autre personne, précisez : .....

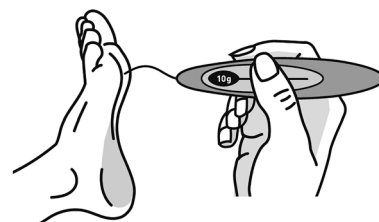
*Un pédicure podologue est un professionnel de santé spécialisé dans les soins des pieds.*

**2.14. Au cours des 12 derniers mois, un médecin, un infirmier ou un pédicure-podologue a-t-il examiné vos pieds nus (sans chaussettes ni bas) ?**

- 1 Non
- 2 Oui

**2.15. Au cours des 12 derniers mois, un médecin a-t-il examiné la sensibilité de vos plantes de pieds à l'aide d'un monofilament (qui ressemble à un petit bout de fil de pêche) ?**

- 1 Non, **Si non, a-t-il examiné la sensibilité de vos plantes de pieds avec son doigt ou une petite aiguille ?**
- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas



**2.16. Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu une plaie du pied ayant duré plus d'un mois (mal perforant plantaire) ?**

- 1 Non
- 2 Oui, j'ai actuellement une plaie
- 3 Oui, mais la plaie est guérie
- 9 Je ne sais pas

**2.17. Si vous avez une plaie du pied qui apparaît, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 Je me soigne tout(e) seul(e)
- 2 Je consulte un professionnel de santé en urgence
- 3 Je consulte un professionnel de santé sans urgence
- 4 Autre, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**2.18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un pédicure-podologue pour un problème lié ou non à votre diabète ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.19. Au cours des 12 derniers mois, votre médecin vous a-t-il prescrit sur ordonnance des soins de pédicure-podologie ?**

- 1 Non -> **veuillez passer à la question 2.21**
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.20. Vous est-il arrivé de manquer une ou plusieurs séance(s) de pédicure-podologie prescrites ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, pourquoi ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Il n'y a pas assez de pédicures-podologues facilement accessibles ou disponibles
  - 2 C'est trop cher
  - 3 Autre, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**2.21. Vous a-t-on déjà prescrit sur ordonnance du matériel (chaussures ou semelles spéciales) pour vos pieds ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, quel(s) matériel(s) ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Des semelles orthopédiques
  - 2 Des chaussures orthopédiques
  - 3 Autre, précisez : .....

**Si oui, avez-vous ce matériel ?**

  - 1 Non, **Si non, est-ce ?**
    - 1 Pour des raisons financières
    - 2 Une autre raison, précisez : .....
  - 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**Votre bouche**

**2.22. Votre dentiste est-il au courant de votre diabète ?**

- 1 Non, **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Il ne me l'a pas demandé
  - 2 Je n'ai pas voulu le lui dire
  - 3 Autre raison, précisez : .....
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.23. Etes-vous informé(e) des liens qui existent entre votre diabète et l'état de vos dents et gencives ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.24. Vous a-t-on conseillé d'aller au moins une fois par an chez le dentiste du fait de votre diabète ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne me rappelle pas

2.25. Un dentiste vous a-t-il déjà dit que vos dents étaient mobiles ou que vous perdiez de l'os autour des dents ?

- 1 Non
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

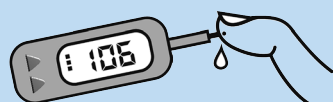
## Votre glycémie

2.26. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?

- 1 Non -> **veuillez passer à la question 2.28**
- 2 Oui, **Si oui, quel était votre dernier résultat d'HbA1c ?**  ,  %
- 9 Je ne me rappelle pas

2.27. Avez-vous fixé un objectif sur l'hémoglobine glyquée (HbA1c) avec votre médecin ?

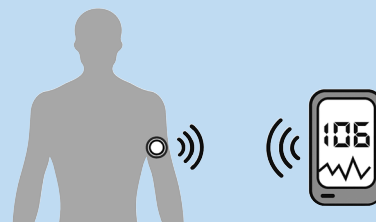
- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, lequel :** .....
- 9 Je ne sais pas



**On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie (petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevée au bout du doigt)**

ou

**un capteur en continu (petit appareil collé sur la peau) pour mesurer son taux de sucre.**



2.28. Utilisez-vous un lecteur de glycémie ou un capteur en continu à votre domicile ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, qu'utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**
  - 1 Un lecteur de glycémie

**Combien faites-vous de glycémies en moyenne ?**

glycémies par jour

ou  glycémies par semaine

ou  glycémies par mois

- 2 Un capteur en continu

2.29. La mise en pratique des recommandations que vous avez reçues pour l'auto-mesure de la glycémie vous paraît-elle... ?

- 1 Tout à fait acceptable
- 2 Gênante mais acceptable
- 3 Trop lourde
- 4 Je ne les mets pas en pratique
- 5 Je n'en ai pas reçu

**2.30. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu au moins un épisode d'hypoglycémie (baisse d'énergie soudaine, tremblements, pâleur du visage... ) ?**

- 1 Non -> **veuillez passer à la question 2.32**
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**2.31. Lors d'un de ces épisodes d'hypoglycémie, une autre personne a-t-elle dû intervenir pour remonter votre taux de sucre (hypoglycémie sévère) ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, combien d'épisodes d'hypoglycémie sévère avez-vous vécus au cours des 12 derniers mois ?**

hypoglycémie(s) sévère(s) sur 12 mois

**Si oui, lors de l'épisode d'hypoglycémie sévère le plus grave,**

**- Qui a dû intervenir pour faire remonter votre taux de sucre ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

- 1 Un proche / un collègue
- 2 Le SAMU ou les pompiers
- 3 Les urgences
- 4 Autre, précisez : .....

**- Cet épisode vous a-t-il conduit à ?** *(plusieurs réponses possibles)*

- 1 Une hospitalisation mais sans nuit à l'hôpital
- 2 Une hospitalisation d'une nuit ou plus
- 3 Un coma ou une crise d'épilepsie
- 4 Aucune hospitalisation, vous avez repris une activité normale
- 5 Autre, précisez : .....
- 9 Je ne sais pas

**2.32. Avez-vous déjà constaté avec votre auto-surveillance glycémique que vous aviez fait des hypoglycémies sans vous en apercevoir ?**

- 1 Non
- 2 Oui
- 3 Je ne fais pas d'auto-surveillance glycémique
- 9 Je ne sais pas

## Vos médicaments en général

*Les questions suivantes portent sur **l'ensemble** de vos médicaments (pour le diabète, y compris les injections, ou pour d'autres raisons que le diabète)*

**2.33. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?**

- 1 Non
- 2 Oui

**2.34. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre un ou plusieurs médicaments ?**

- 1 Non
- 2 Oui



**2.35. Vous arrive-t-il d'être en panne d'un ou plusieurs médicaments ?**

- 1 Non  
 2 Oui

**2.36. Vous arrive-t-il de prendre vos médicaments avec retard par rapport à l'heure habituelle ?**

- 1 Non  
 2 Oui

**2.37. Vous arrive-t-il de ne pas prendre vos médicaments parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?**

- 1 Non  
 2 Oui

**2.38. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?**

- 1 Non  
 2 Oui

**Les traitements de votre diabète**

**2.39. La mise en pratique des recommandations que vous avez reçues concernant vos médicaments du diabète (comprimés ou injections) vous paraît-elle... ?**

- 1 Tout à fait acceptable  
 2 Gênante mais acceptable  
 3 Trop lourde  
 4 Je ne les mets pas en pratique  
 5 Je n'en ai pas reçu

**2.40. Actuellement, êtes-vous traité(e) par injections d'insuline ?**

- 1 Non  
 2 Oui, **Si oui, à quel âge environ, avez-vous commencé les injections d'insuline ?**

A l'âge de  ans (ou en quelle année ? )

**Si oui, êtes-vous actuellement traité(e) par pompe à insuline ?**

- 1 Non  
 2 Oui

**2.41. Actuellement, êtes-vous traité(e) par injections d'analogue GLP1 (Byetta®, Victoza®, Bydureon®, Trulicity® ...) ?**

- 1 Non  
 2 Oui  
 9 Je ne sais pas

***Si vous êtes traité(e) uniquement par comprimés (sans injections) pour votre diabète, veuillez passer à la question 2.45***

## 2.42. Quel type d'injections faites-vous au cours d'une journée, quand et à quelle dose ?

<b>Insuline</b>	<b>Fréquence :</b>	<b>Nom de l'insuline :</b>	<b>Dose :</b>
	<input type="checkbox"/> 1 <b>Matin</b>	Nom(s) : .....	Entre <input type="text"/> et <input type="text"/> unités d'insuline
	<input type="checkbox"/> 2 <b>Midi</b>	Nom(s) : .....	Entre <input type="text"/> et <input type="text"/> unités d'insuline
	<input type="checkbox"/> 3 <b>Soir</b>	Nom(s) : .....	Entre <input type="text"/> et <input type="text"/> unités d'insuline
	<input type="checkbox"/> 4 .....	Nom(s) : .....	Entre <input type="text"/> et <input type="text"/> unités d'insuline
	<input type="checkbox"/> 5 .....	Nom(s) : .....	Entre <input type="text"/> et <input type="text"/> unités d'insuline
<input type="checkbox"/> 6 <b>Traitement par pompe</b>	Nom : .....		Dose moyenne par jour : <input type="text"/> unités d'insuline
<b>Analogue GLP1 (jour ou semaine)</b>	<b>Nom :</b>	<b>Dose :</b>	
	<input type="checkbox"/> 1 <b>Byetta®</b>	<input type="text"/> µg	
	<input type="checkbox"/> 2 <b>Victoza®</b>	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg	
	<input type="checkbox"/> 3 <b>Bydureon®</b>	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg	
	<input type="checkbox"/> 4 <b>Trulicity®</b>	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg	
	<input type="checkbox"/> 5 <b>Autre, précisez :</b> .....	<input type="text"/> , <input type="text"/> précisez l'unité : .....	

## 2.43. Aujourd'hui, qui fait vos injections ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 **Moi-même -> *Veillez passer à la question 2.45***
- 2 **Un(e) infirmier(ère)**
- 3 **Une autre personne, précisez :** .....

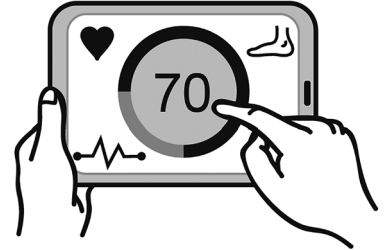
## 2.44. Si un infirmier ou une autre personne fait vos injections, est-ce parce que ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 **J'ai peur de l'injection**
- 2 **Je n'y arrive pas**
- 3 **J'oublie parfois de faire mes injections**
- 4 **Autre, précisez :** .....

**2.45. Avez-vous un smartphone, une tablette ou un ordinateur ?**

- 1 Non -> **Veillez passer à la question 2.47**
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas -> **Veillez passer à la question 2.47**

**Une application de santé est un logiciel ou une application spécifique que l'on installe sur un smartphone, une tablette ou un ordinateur et qui permet d'afficher des données concernant votre santé ou des informations concernant votre maladie (ceci ne comprend pas les recherches par mots-clés faites sur Google ou un autre moteur de recherche).**



**2.46. Avez-vous déjà utilisé une ou des application(s) de santé sur votre smartphone, votre tablette ou votre ordinateur ?**

- 1 Non, **Si non, pourquoi** (plusieurs réponses possibles) ?
  - 1 Je ne sais pas ce qu'est une application de santé
  - 2 Je n'ai pas de connexion Internet
  - 3 Je n'en vois pas l'utilité
  - 4 Je n'ai pas trouvé d'application qui corresponde à mes attentes / à mon problème de santé
  - 5 C'est trop compliqué pour moi
  - 6 C'est trop cher
  - 7 Autre, précisez : .....
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas

**Un objet connecté permet de transmettre des informations à un ordinateur, une tablette ou un smartphone. Il s'agit par exemple d'un bracelet capteur d'activité ou d'une balance connectée.**



**2.47. Utilisez-vous un objet connecté parmi les suivants ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 Un capteur d'activité (bracelet ou autre capteur / tracker permettant de suivre, notamment, le nombre de pas effectués par jour)
- 2 Une balance connectée (balance permettant de voir son poids, ses courbes de poids sur son smartphone ou sa tablette)
- 3 Un lecteur de glycémie connecté
- 4 Autre, précisez : .....
- 5 Aucun -> **Veillez passer à la question 2.49**

**2.48. Avez-vous déjà envoyé ou montré à votre médecin les données de santé recueillies avec votre / vos objets connectés ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**, de quelle(s) façon(s) ? (plusieurs réponses possibles)
  - 1 Par sms ou e-mail
  - 2 Elles sont transmises automatiquement à mon médecin
  - 3 Je lui montre directement sur l'écran de mon smartphone ou de ma tablette
- 9 Je ne sais pas

**2.49. Avez-vous une couverture complémentaire maladie en plus de la sécurité sociale (c'est-à-dire une mutuelle, la CMU complémentaire, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse vos soins médicaux en plus de l'Assurance Maladie) ?**

- 1 Non -> **Veillez passer à la question 2.51**
- 2 Oui
- 9 Je ne sais pas -> **Veillez passer à la question 2.51**

**2.50. Pour chacun des soins suivants, considérez-vous être bien ou mal remboursé(e) par votre mutuelle ou votre complémentaire ? (une seule réponse possible par ligne)**

	Pas eu besoin	Très bien	Plutôt bien	Plutôt mal	Très mal	Non remboursé	Je ne sais pas
Lunettes, lentilles	<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"/> 9
Prothèses dentaires (couronnes, bridges, dentiers)	<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"/> 9
Dépassements d'honoraires de spécialistes ou de généralistes	<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"/> 9
Forfait hospitalier (frais de séjour...)	<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"/> 9

**2.51. Dans l'ensemble, pensez-vous que les dépenses non remboursées (ni par la sécurité sociale ni par la mutuelle) que vous faites en rapport avec votre diabète sont :**

- 1 Très faibles
- 2 Faibles
- 3 Elevées
- 4 Très élevées
- 9 Je ne sais pas

**2.52. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des dépenses importantes pour des soins ou matériels non remboursés (ni par la sécurité sociale ni par votre mutuelle) en rapport avec votre diabète ?**

1 Non

2 Oui, **Si oui, quelles étaient ces dépenses non remboursées ?**

1 **Consultations non remboursées avec un(e) psychologue**

Nombre de consultations :

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

2 **Consultations non remboursées avec un(e) diététicien(ne)**

Nombre de consultations :

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

3 **Soins dentaires non remboursés**

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

Lesquels : .....

4 **Soins podologiques non remboursés**

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

5 **Matériel orthopédique (semelles, orthèses, chaussures) non remboursé**

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

6 **Matériel d'auto-surveillance glycémique non remboursé**

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

7 **Autres dépenses non remboursées (ostéopathe, naturopathe, acupuncteur....)**

Lesquelles : .....

Votre dépense sur les 12 derniers mois  1 Environ  euros

9 Je ne sais pas

**2.53. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à certains soins ou achat de matériel(s) en rapport avec le diabète à cause de leur prix ?**

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, au(x)quel(s) ?** (*plusieurs réponses possibles*)
  - 1 Consultation avec un médecin généraliste
  - 2 Consultation avec un médecin spécialiste (diabétologue/endocrinologue, cardiologue, ophtalmologue, néphrologue...)
  - 3 Consultation avec un(e) diététicien(ne)
  - 4 Soins infirmiers
  - 5 Soins de pédicure ou podologie (soins des pieds)
  - 6 Matériel pour les plaies du pied (semelles, orthèses, chaussures orthopédiques, pansements ...)
  - 7 Soins dentaires (consultation de surveillance, traitement des caries, détartrage...)
  - 8 Prothèses dentaires (couronne, appareil...)
  - 9 Matériel d'auto-surveillance glycémique (pour mesurer le taux de sucre à la maison)
  - 10 Matériel optique (lunettes, lentilles...)
  - 11 Analyses de sang ou autres examens (radiologie...)
  - 12 Transports (pour une consultation, des examens, une hospitalisation...)
  - 13 Autre, précisez : .....

**Si vous avez des commentaires à partager concernant cette deuxième partie, vous pouvez les mentionner ici :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Partie 3. Qualité de vie, information et soutien

### Votre qualité de vie

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

#### 3.1. MOBILITÉ

- 1 Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- 2 J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- 3 J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- 4 J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- 5 Je suis incapable de me déplacer à pied

#### 3.2. AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- 1 Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 2 J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 3 J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 4 J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- 5 Je suis incapable de me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)

#### 3.3. ACTIVITÉS COURANTES (par exemple : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- 1 Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- 2 J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- 3 J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- 4 J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- 5 Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

#### 3.4. DOULEURS/GÊNE

- 1 Je n'ai ni douleur ni gêne
- 2 J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- 3 J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- 4 J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- 5 J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

#### 3.5. ANXIÉTÉ/DÉPRESSION

- 1 Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- 2 Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 3 Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- 4 Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- 5 Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

- Nous aimerions maintenant savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.

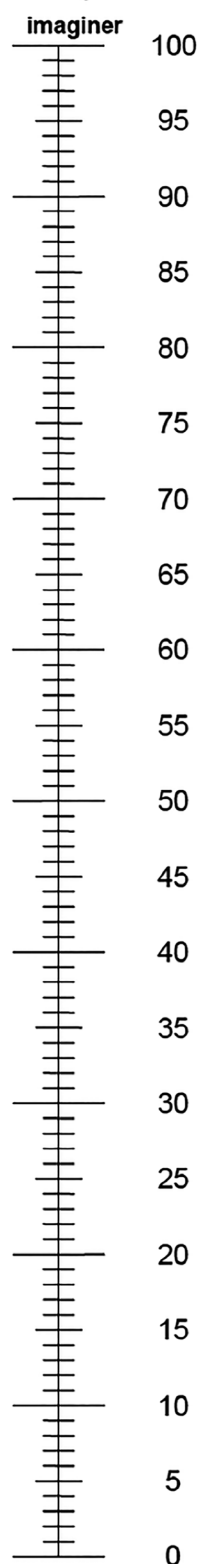
3.6. Veuillez faire une croix (x) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.

3.7. Maintenant veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI =

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation'

La meilleure santé que vous puissiez imaginer



La pire santé que vous puissiez imaginer

3.8. Durant la semaine écoulée, avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort ou que vous manquiez de dynamisme ?

- 1 Jamais, très rarement (moins d'un jour par semaine)
- 2 Occasionnellement (1 à 2 jours par semaine)
- 3 Assez souvent (3 à 4 jours par semaine)
- 4 Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours par semaine)



Les questions qui suivent portent sur les informations et le soutien dont vous disposez ou dont vous pourriez avoir besoin pour mieux vivre avec votre diabète. Vos réponses nous permettront de connaître vos attentes et de mieux les prendre en compte.

## Information

### 3.9. Quels sont les principaux sujets liés au diabète à propos desquels vous souhaiteriez être plus informé(e) ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 L'alimentation
- 2 L'activité physique
- 3 Le traitement (comprimés, insuline, autres traitements injectables, pompes à insuline)
- 4 La sexualité
- 5 Les complications possibles du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs, les gencives, les artères, les pieds)
- 6 L'hémoglobine glyquée (HbA1c)
- 7 L'auto-surveillance glycémique, le suivi continu des glycémies sans piqûre au bout des doigts
- 8 Les droits (santé, travail, assurances...), le remboursement des soins
- 9 Les lieux où trouver de l'information sur le diabète, les possibilités d'aide ou d'accompagnement psychologique ou social, les associations de patients
- 10 La gestion du diabète en cas de jeûne (religieux ou autre)
- 11 Autre, précisez : .....
- 12 Aucun

### 3.10. Quand vous avez besoin d'informations liées au diabète, où les trouvez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Auprès d'un ou plusieurs médecins
- 2 Auprès d'une infirmière ASALEE travaillant avec mon médecin généraliste
- 3 Auprès d'autres professionnels de santé (infirmier(ère), diététicien(ne), pharmacien(ne)...)
- 4 Dans les médias (télévision, journaux, radios)
- 5 Sur Internet (réseaux sociaux : Facebook, forum...)..., à partir d'applications ou d'outils connectés
- 6 Auprès de mon entourage
- 7 Dans une association de patients, un réseau de santé, une Maison du diabète
- 8 Sur le site Ameli.fr
- 9 Auprès de plateformes téléphoniques (Sophia, programme d'accompagnement diabète indépendant (ex-RSI Diabète),...)
- 10 Auprès de ma mutuelle
- 11 Une autre source, précisez : .....
- 12 Je n'en ai pas eu besoin jusque là
- 13 Je n'ai pas trouvé les informations dont j'avais besoin

### 3.11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été membre d'une association de patients diabétiques ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, laquelle ?** .....
- 9 Je ne sais pas

**3.12. Dans votre relation avec votre médecin, diriez-vous qu'en général...**

*(une seule réponse possible)*

- 1 Le médecin décide et vous suivez ses prescriptions
- 2 Le médecin et vous décidez ensemble
- 3 Le médecin vous conseille et c'est vous qui décidez

**3.13. En ce moment, à quel point vous est-il facile ou difficile de vous assurer que les professionnels de santé (médecins, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, autres) comprennent correctement votre situation ?**

- 1 Impossible ou toujours difficile
- 2 Généralement difficile
- 3 Parfois difficile
- 4 Généralement facile
- 5 Toujours facile

**3.14. En ce moment, à quel point vous est-il facile ou difficile de vous sentir capable de discuter de vos soucis de santé avec un professionnel ?**

- 1 Impossible ou toujours difficile
- 2 Généralement difficile
- 3 Parfois difficile
- 4 Généralement facile
- 5 Toujours facile

**3.15. En ce moment, à quel point vous est-il facile ou difficile d'avoir de bonnes discussions sur votre santé avec un médecin ?**

- 1 Impossible ou toujours difficile
- 2 Généralement difficile
- 3 Parfois difficile
- 4 Généralement facile
- 5 Toujours facile

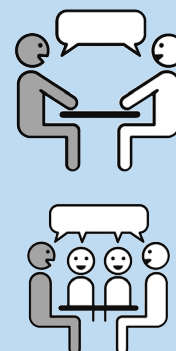
**3.16. En ce moment, à quel point vous est-il facile ou difficile de discuter avec un professionnel de santé (médecins, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, autres) jusqu'à comprendre tout ce dont vous avez besoin ?**

- 1 Impossible ou toujours difficile
- 2 Généralement difficile
- 3 Parfois difficile
- 4 Généralement facile
- 5 Toujours facile

**3.17. En ce moment, à quel point vous est-il facile ou difficile de poser des questions aux professionnels de santé (médecins, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, autres) pour obtenir les informations dont vous avez besoin ?**

- 1 Impossible ou toujours difficile
- 2 Généralement difficile
- 3 Parfois difficile
- 4 Généralement facile
- 5 Toujours facile

Les questions suivantes concernent des **activités d'information, d'apprentissage et de soutien** proposées et dispensées par des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, diététiciens,...) et/ou des membres d'associations de patients. Ces activités permettent de recevoir un soutien et d'acquérir des compétences utiles pour mieux comprendre et gérer le diabète et son traitement au quotidien, et pour savoir comment réagir face à des situations difficiles.



Des séances peuvent s'effectuer : en tête à tête avec un professionnel de santé, en groupe avec d'autres personnes diabétiques, ou lors d'un accompagnement téléphonique, ou encore lors d'autres activités.

**3.18. Depuis que vous êtes diabétique, en complément du suivi médical habituel de votre diabète, avez-vous bénéficié (une seule réponse possible par ligne) :**

	Non, jamais	Oui, dans les 12 derniers mois	Oui, il y a plus de 12 mois	Je ne m'en souviens pas
D'entretiens individuels approfondis avec un médecin (ou infirmier(ère), diététicien(e)...) <u>consacrés à la gestion du diabète</u> et à son traitement au quotidien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
De séances collectives : cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
D'un accompagnement téléphonique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
D'autres types d'activités concernant le diabète, précisez : .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

**3.19. En complément du suivi médical habituel de votre diabète, si on vous le proposait, vous aimeriez bénéficier à l'avenir (une seule réponse possible par ligne) :**

	Non	Oui	Je ne sais pas
D'entretiens individuels approfondis consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
De séances collectives (cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
D'un accompagnement téléphonique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
D'autres types d'activités, précisez : .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**3.20. Si vous avez bénéficié d'entretiens approfondis ou de séances collectives à propos du diabète, se sont-ils déroulés...? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 À l'hôpital
- 2 Dans le cabinet d'un médecin de ville
- 3 Dans le cabinet d'un médecin de ville, avec une infirmière ASALEE
- 4 Dans le cabinet d'un autre professionnel de santé (infirmier(ère), diététicien(ne), podologue..)
- 5 Dans une pharmacie
- 6 Dans un local associatif (Maison du diabète, association de patients, réseau diabète, etc.)
- 7 À domicile
- 8 Autre, précisez : .....
- 10 Je n'en ai pas bénéficié
- 9 Je ne sais pas

**3.21. Quelqu'un de votre entourage a-t-il bénéficié d'entretiens approfondis ou de séances collectives concernant le diabète afin de vous soutenir dans votre vie avec le diabète ?**  
(plusieurs réponses possibles)

- 1 Non, mais j'aurais bien aimé
- 2 Non, mais mon entourage est demandeur d'un de ces dispositifs
- 3 Non, je n'en ressens pas le besoin
- 4 Oui
- 9 Je ne sais pas

**Si vous avez des commentaires à partager concernant cette troisième partie, vous pouvez les mentionner ici :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Pour finir...**

**3.22. À quelle date avez-vous fini de remplir ce questionnaire ?**

J J / M M / A A A A

**3.23. Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?**

- 1 Seul(e)
- 2 Avec l'aide de quelqu'un, précisez :
  - 1 Un membre de la famille
  - 2 Un(e) ami(e)
  - 3 Un professionnel de santé (médecin, infirmier(ère), autres....)
  - 4 Autre, précisez : .....

**3.24. Si vous deviez citer une chose qui permettrait d'améliorer votre vie avec le diabète, que diriez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Le questionnaire est terminé.**  
**Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions.**

Merci de nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe préaffranchie jointe au courrier.