REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

**QUESTIONNAIRE**

**INITIAL**

02

| | |
|---|---|
| Région de programme | QIR |
| N° de vague . . . . . | QIV |
| N° du questionnaire . . . . . | QIQ |
| Logement éclaté . . . . . | QILE |
| Département . . . . . | QID |
| Commune | |
| N° géographique de la commune . . . . . | QICO |
| Nom de l'enquêteur : N° . . . | QIE |
| Date de l'interview . . . . . | QIJ QIM QIA |
| | NBIND |

*Visa n° 91 X 017 EC du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget (INSEE), valable du 01-04-91 au 30-04-92. Enquête Statistique obligatoire (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique). Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entrainer l'application d'une peine d'amende.*
*Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.*
*La loi n° 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.*

Imprimerie Nationale – 0 170745 T 20 – Reproduction d'après documents fournis

## L'INSEE ?

*L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) est particulièrement chargé de l'étude des problèmes démographiques; économiques et sociaux du pays. Pour remplir sa mission en toute indépendance, il jouit d'une large autonomie vis-à-vis des autres administrations pour tout ce qui concerne ses fonctions statistiques et aucun des renseignements individuels obtenus lors d'une enquête statistique, ne peut être communiqué à un organisme ou une administration quelconque (loi n° 51-711 du 7 juin 1951, sur l'obligation, la coordination et le secret en matière statistique).*

**Si vous êtes intéressés par les résultats de cette enquête. . .**

Vous pouvez les obtenir à partir de la fin de 1988 auprès de l'Observatoire économique de votre région dont la ville et le téléphone sont indiqués ci-dessous.

Voici les 22 observatoires régionaux :

| | Téléphones |
|---|---|
| AJACCIO | 95 21 25 80 |
| AMIENS | 22 91 39 39 |
| BESANÇON | 81 52 42 20 |
| BORDEAUX | 56 91 02 35 |
| CAEN | 31 85 35 70 |
| CLERMONT-FERRAND | 73 36 03 50 |
| DIJON | 80 43 31 45 |
| LILLE | 20 30 89 87 |
| LIMOGES | 55 79 26 25 |
| LYON | 78 63 23 33 |
| MARSEILLE | 91 83 00 22 |
| MONTPELLIER | 67 65 58 00 |
| NANCY | 83 27 03 27 |
| NANTES | 40 41 75 75 |
| ORLÉANS | 38 53 71 08 |
| PARIS | 43 41 71 41 |
| POITIERS | 49 88 31 69 |
| REIMS | 26 48 42 80 |
| RENNES | 99 29 33 66 |
| ROUEN | 35 52 49 11 |
| STRASBOURG | 88 32 03 18 |
| TOULOUSE | 61 36 61 36 |

IMPRIMERIE NATIONALE – 0 170751 N 95

# Les enquêtes par sondages

**Vous avez été désigné pour participer à une étude de l'INSEE et vous vous posez des questions.**

**Essayons de les voir ensemble.**

## Qu'est-ce qu'un sondage ?

*Un sondage permet d'établir des statistiques relatives à une population tout entière en n'interrogeant qu'une partie de celle-ci.*

*Pour étudier l'évolution de l'emploi, des conditions de vie, de logement et de santé, de la consommation ou de l'équipement des ménages, il ne saurait être question d'interroger l'ensemble des Français car cela prendrait trop de temps et coûterait trop cher. Une fraction seulement de l'ensemble des ménages (1) est donc tirée au sort par l'intermédiaire d'un échantillon de logements pour représenter la totalité.*

*Nous ne nous intéressons donc pas à votre situation personnelle pour ce qu'elle représente en elle-même. Mais c'est l'ensemble des multiples situations personnelles toutes différentes les unes des autres qui nous permettra d'établir les données chiffrées dont vous avez pu avoir connaissance par la presse, la radio ou la télévision.*

---

*(1) Ménage : au sens statistique, c'est l'ensemble des personnes habitant un logement. Il peut donc s'agir quelquefois d'une personne vivant seule.*

## Comment se fait la désignation des logements ?

Peut-être craindrez-vous si vous répondez à une enquête d'être contacté à nouveau pour d'autres études de l'INSEE.

Pour vous rassurer, il faut vous préciser tout d'abord que ce n'est pas vous mais votre logement qui a été tiré au sort.

D'autre part les adresses tirées au hasard pour une étude sont normalement éliminées pour les autres enquêtes. Mais la nature des problèmes étudiés rend parfois nécessaire d'effectuer plusieurs visites : l'enquêteur vous préviendra si tel doit être le cas.

## Que deviennent les renseignements collectés par l'INSEE ?

L'INSEE est un organisme public chargé de produire de l'information statistique à caractère démographique, économique ou social. Mais il est aussi chargé de diffuser cette information auprès du public.

Plus de 250 000 demandes d'information sont adressées chaque année à l'INSEE. Les observatoires économiques régionaux (OER), qui sont les centres de diffusion de l'INSEE, sont chargés de répondre à ces demandes émanant des horizons les plus divers : entreprises, particuliers, étudiants, enseignants, chercheurs, associations syndicales et professionnelles, journalistes, administrations, communes, pouvoirs publics, etc.

La plus grande partie des questions porte sur les résultats du dernier recensement général de la population.

Mais de nombreuses demandes, concernant la consommation des ménages, l'emploi, l'activité des entreprises, etc., utilisent d'autres sources que le recensement, et en premier lieu des enquêtes comme celle à laquelle nous vous demandons de participer.

## Pourquoi une enquête sur la santé et les soins médicaux ?

Qui fait appel au médecin ? Pour quel motif : maladie ? accident ? examen préventif ? Quels traitements sont prescrits ? Quels examens, analyses, radios sont effectués ? Quels médicaments sont achetés ?

Pour répondre à toutes ces questions, et à bien d'autres encore concernant le recours aux soins médicaux, les enquêtes par sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population sont un moyen privilégié.

Trois enquêtes sur la santé et le recours aux soins médicaux ont déjà été effectuées en 1960, 1970 et 1980 par l'INSEE avec la participation et les conseils du ministère de la Santé, du CREDES, organisme de recherches spécialisé dans l'économie de la santé, et de l'INSERM, Institut de la recherche médicale.

Depuis 1970, les changements dans ce domaine ont été rapides. La consommation des soins médicaux représente désormais, en moyenne, environ 12 % de la consommation totale des ménages, contre 10 % seulement en 1980 et 8 % en 1970.

Une nouvelle enquête s'avère nécessaire pour étudier cette évolution.

Telles sont les raisons de l'enquête que nous vous proposons aujourd'hui de réaliser avec vous. La valeur de ses résultats dépend en premier lieu de votre collaboration et de votre bonne volonté.

REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# Une enquête sur la santé et les soins médicaux (1991-1992)

## Pourquoi une telle enquête ?

Pour tenir compte des besoins de la population en matière de soins médicaux, pour mieux organiser la médecine, pour prévoir les personnels qualifiés et les équipements (hôpitaux, appareils, laboratoires, etc.) qui seront nécessaires demain, des études préalables sont indispensables. Il est en premier lieu important de rassembler des données statistiques sur la population qui fait appel aux médecins, qui séjourne dans les hôpitaux et les cliniques, qui recourt à des soins, des analyses, des examens, des médicaments, etc. Dans le même temps, on souhaite savoir quels sont les médecins appelés (généralistes ? spécialistes ?), quelle est la part des médecines nouvelles (homéopathie, acupuncture, ...), quels sont les traitements prescrits, les médicaments achetés, etc. Enfin, quels sont les motifs de recours aux soins : maladies ? accidents ? traitements préventifs ? ...

### Comment se soigne-t-on ?

En 1980, chaque personne voyait en moyenne un médecin plus de 5 fois par an, dont une fois et demie un médecin spécialiste. Les médecins généralistes se déplaçaient pour soigner leur patient près d'une fois sur deux, alors que les spécialistes exerçaient presqu'exclusivement à leur cabinet ou à l'hôpital. Par ailleurs, chaque personne se rendait en moyenne 1,4 fois par an chez le dentiste, subissait 1,6 analyse de laboratoire et 2,5 séances de soins infirmiers. Elle achetait aussi 24 boîtes de médicaments prescrits par un médecin, et 2,4 autres boîtes sans ordonnance.

Ajoutons que chaque année, on comptait une hospitalisation pour six personnes, dont un peu plus de la moitié dans le secteur public.

Pour répondre à toutes ces questions, et à beaucoup d'autres (par exemple sur la consommation de soins paramédicaux : infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, etc.), les enquêtes par sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population sont un moyen privilégié. Trois enquêtes sur le recours aux soins médicaux ont déjà été effectuées en 1960, 1970 et 1980 par l'INSEE. Elles ont apporté beaucoup d'enseignements, dont nous vous présentons quelques exemples dans les encadrés ci-contre.

Mais depuis 1980, les changements dans le domaine de la santé ont été rapides. La consommation en soins médicaux représente désormais (en y incluant la partie remboursée par la Sécurité Sociale) 12 % de la consommation totale des ménages contre 10 % seulement en 1980, et 8 % en 1970. Ainsi, la médecine devient une organisation toujours plus vaste et plus complexe de personnels, d'hôpitaux, de cliniques, de laboratoires, etc. Au total, elle emploie plus d'un million de personnes, dont 150 000 médecins, 300 000 infirmières, 40 000 dentistes, près de 50 000 pharmaciens.

Cette évolution est légitime : avec les progrès de la médecine, les exigences de la population quant à sa santé sont croissantes; avec l'augmentation de la part des personnes âgées, les besoins augmentent. Et tout ceci nécessite des examens et des traitements plus nombreux et plus complexes.

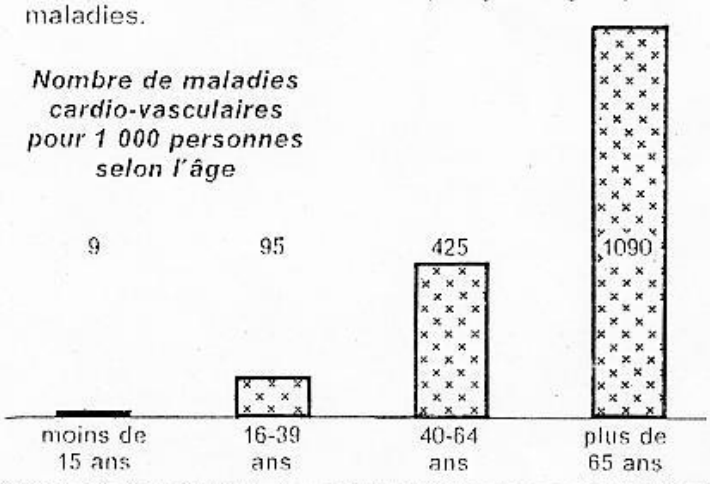
Dix ans après la précédente, une nouvelle enquête s'avère nécessaire pour mesurer avec précision les évolutions intervenues. Nous vous proposons aujourd'hui de la réaliser avec nous. La valeur de ses résultats dépend en premier lieu de votre collaboration.

## De quoi souffre-t-on ?

Les maladies les plus fréquentes sont, si l'on excepte les affections dentaires et les troubles de la vue, les maladies cardio-vasculaires, les maladies rhumatismales et les maladies digestives. Chacun de ces trois groupes d'affections touchait entre 20 et 30 % des personnes en 1980.

Pour un type donné de maladie, on a pu également mesurer l'augmentation des besoins médicaux avec l'âge. Le graphique ci-dessous montre par exemple que les maladies cardio-vasculaires, rares jusqu'à la maturité, se multiplient avec l'âge : les personnes de plus de 65 ans en déclarent plus d'une par personne en moyenne - bénigne ou grave. Des études semblables ont été faites sur chaque grand groupe de maladies.

*Nombre de maladies cardio-vasculaires pour 1 000 personnes selon l'âge*

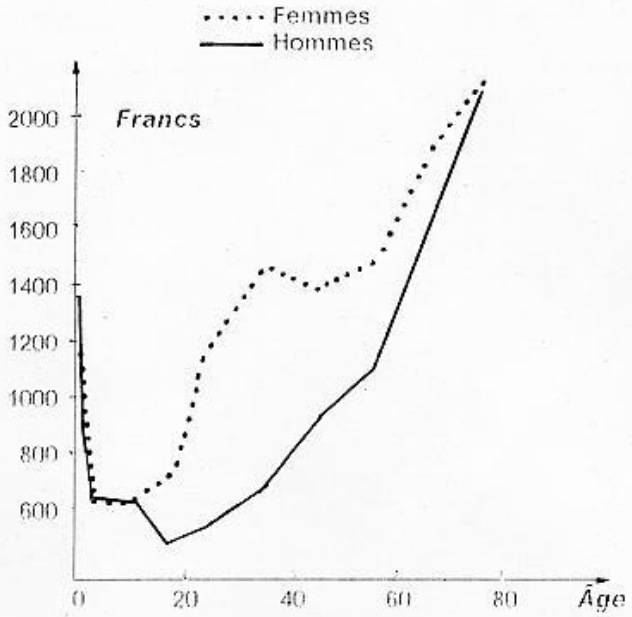



## Qui se soigne ?

Naturellement, le recours aux soins médicaux n'est pas le même pour tous. Les très jeunes enfants sont plus fragiles, et le risque d'être malade augmente sensiblement avec l'âge à partir de 20 ans. Les dépenses médicales, qui figurent sur le graphique ci-contre, suivent la même évolution. On y constate également les dépenses entraînées par les maternités pour les femmes de 20 à 39 ans.

Cependant, on observe aussi que certaines catégories de ménages se soignent moins que d'autres. Ainsi, les agriculteurs se soignent moins que les ouvriers, et ceux-ci moins que les employés. On se soigne moins dans les familles nombreuses. Malgré la Sécurité Sociale, les personnes ayant de très faibles ressources ne bénéficient pas des mêmes soins que les personnes à revenu plus élevé.

*Les dépenses médicales de ville par personne et par an en 1980, selon l'âge et le sexe*




Imprimerie Nationale 1170202048

## 1 - TABLEAU DE COMPOSITION DU MENAGE

- *Inscrire dans ce tableau toutes les personnes habitant normalement dans le logement. Y compris celles qui sont temporairement absentes à la date de l'enquête. Ne pas inscrire les personnes de passage présentes à la date de l'enquête mais ayant leur domicile habituel ailleurs.*
  *Ne pas oublier de compter les domestiques ou salariés logés dans ce logement.*
- *Inscrire également les personnes faisant toujours partie du ménage, mais résidant provisoirement dans un logement collectif, telles que militaires logés en caserne, élèves en internat, étudiants en cité universitaire, jeunes vivant dans un foyer de jeunes travailleurs, etc...*
- *Ne pas oublier les personnes faisant partie du ménage mais logeant aussi ailleurs dans un "logement utilisé occasionnellement".*

| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL | PRENOM USUEL<br>*en majuscules*<br>*entourer le prénom du répondant* | SEXE<br>1 . Masculin<br>2 . Féminin | DATE DE NAISSANCE<br>*Mois/Année* | LIEN avec la personne de référence du ménage<br>*Voir CARTE 1 CODE 1 et comment déterminer la personne de référence* | Pour les personnes de 15 ans ou plus l'année d'enquête<br>ETAT MATRIMONIAL LEGAL<br>1 . Célibataire.<br>2 . Marié(e).<br>3 . Veuf(ve).<br>4 . Divorcé(e). | Pour les personnes de 15 ans ou plus l'année d'enquête<br>COHABITATION<br>M. vit-il actuellement en couple ?<br>1 . OUI<br>2 . NON | PRESENCE HABITUELLE<br>M. vit-il ici régulièrement ou bien loge-t-il aussi ailleurs, habituellement un ou plusieurs jours par semaine ?<br>*CODE A* | NATIONALITE<br>*Voir CARTE 1 CODE 2* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| NO03 | *Personne de référence* | SEXE | MNAIS/ANAIS | LIEN | MATRI | COHAB | PRESHAB | NATIO |
| 01 | | | | 1 | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

**CODE A : PRESENCE HABITUELLE**

1. Vit ici régulièrement

- **Loge aussi ailleurs, habituellement un ou plusieurs jours par semaine :**

2. ...dans un établissement collectif, tel que caserne, internat, foyer, cité universitaire, chantier de travail temporaire...
3. ...dans un autre logement indépendant (dont il est locataire, propriétaire, ou occupant à titre gratuit)
4. ...chez quelqu'un (ami, famille...) qui l'héberge
5. Se déplace pour son travail, habituellement un ou plusieurs jours par semaine (loge à l'hôtel, personnel navigant, marin-pêcheur...)

- **Actuellement absent pour une durée supérieure à huit jours et...**

6. ... devant rentrer avant la fin de l'enquête
7. ... ne devant pas rentrer avant la fin de l'enquête
8. ... ne sait quand rentrera.

| **SCOLARITE** | **NIVEAU DE SCOLARISATION (Actuel ou atteint)** | **DIPLOMES LES PLUS ELEVES OBTENUS** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Enseignement général (primaire, secondaire)** | **Enseignement technique ou professionnel** | **Enseignement supérieur y.c technique supérieur** |
| La personne est-elle inscrite dans une école, un collège, un lycée, une université ?<br><br>1. OUI, (y compris les actifs suivant des études)<br>2. NON, la personne a fini ses études<br>3. NON, la personne n'a jamais été scolarisée. | 00. Adulte n'ayant jamais été scolarisé<br>01. Enfant non scolarisé gardé au domicile<br>02. Enfant non scolarisé gardé chez un particulier<br>03. Enfant non scolarisé gardé dans une crèche ou un jardin d'enfants<br>04. Maternelle<br>05. Primaire<br>06. Secondaire (y compris technique)<br>07. Formation technique courte<br>08. Apprentissage<br>09. Supérieur<br>10. Enseignement suivi dans des établissements pour handicapés<br>11. Divers (par correspondance, précepteur)<br>99. ND ou NSP | | *Voir CARTE 1 CODE 3* | |

| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---|---|---|---|---|
| SCO | NIVSCO | DIPGEN | DIPRO | DIPSUP |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2 - OCCUPATION ET PROFESSION

- *(à remplir uniquement pour les personnes atteignant ou ayant dépassé 15 ans au cours de l'année d'enquête)*

**CODE B : OCCUPATION ACTUELLE**

1. Exerce une profession, à son compte ou comme salarié, même à temps partiel ; aide un membre de sa famille dans son travail même sans être rémunéré ; est apprenti, stagiaire rémunéré, élève-fonctionnaire, intérimaire, TUC, etc..
   *(y compris congés de maladie , de maternité, congés annuels, dispenses d'activité, congés de conversion, etc...)*
   Exclure les personnes au service militaire, en disponibilité, en pré-retraite, en invalidité
2. Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)
3. Etudiant, élève, en formation, en stage non-rémunéré
4. Militaire du contingent
5. Retraité (ancien salarié) ou pré-retraité
6. Retiré des affaires (ancien agriculteur, ancien artisan, ancien commerçant...)
7. Femme au foyer
8. Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de reversion et les personnes invalides).

**OCCUPATION ACTUELLE**

M. a-t-il une activité professionnelle ?

OUI: 1 ( voir : code B)

NON: 2 à 8 (voir : code B)

**EXERCICE D'UNE ACTIVITE PASSEE**

M. a-t-il déjà exercé une activité professionnelle, même s'il y a longtemps ?

1. OUI — Année de cessation d'activité (2 derniers chiffres)
2. NON

**PROFESSION PRINCIPALE ACTUELLE ou DERNIERE PROFESSION EXERCEE (dernière profession principale pour les retraités)**

*Intitulé précis mais concis, sans mots inutiles.*
*Pas d'abréviations, sauf pour sigles connus (EDF, SNCF...)*
*Pas de signes, tel que tirets, parenthèses, guillemets ...*
*Ex : ouvrier électricien d'entretien,*
*caissière libre service,*
*ingénieur chimiste, etc...*

*Si la personne de référence n'a jamais travaillé et est veuve, NOTER LA DERNIERE PROFESSION DU MARI*

**STATUT**

Cette profession est-elle ou était-elle exercée comme :

- **Salarié**

1. Salarié de l'Etat
2. Salarié d'une collectivité locale (y.c. HLM, hôpitaux publics)
3. Salarié d'une entreprise publique ou nationale (y.c. Sécurité Sociale)
4. Salarié du secteur privé (autre que cas suivant en 5)
5. Salarié de sa propre entreprise ou salarié de son conjoint
   - **Non salarié**
6. Aide ou aidait un membre de sa famille dans son travail sans être salarié
7. A son compte, indépendant, employeur, gérant, associé d'une société, co-exploitant.

| 04 NOI04 | 2 OCCUP | 3 ACTPA | 4 ANCESS | 5 CS | 5 PROFESS | 6 STATUT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

**CODE C : POSITION PROFESSIONNELLE DE L'EMPLOI**

1. Manoeuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc)
2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc)
3. Agent de maitrise dirigeant des ouvriers, maitrise administrative ou commerciale
4. Agent de maitrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maitrise
5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)
6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmièr(e) et personnel de catégorie B de la fonction publique
7. Ingénieur ou cadre (*les employés, techniciens, agents de maitrise n'ayant pas la qualité de cadre ne devront pas se classer ici même s'ils cotisent à une caisse de retraite des cadres*)
8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique
9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique
0. Autre cas.

**CODE D : NATURE DE L'EMPLOI (SALARIE)**

1. Apprenti sous contrat
2. Stagiaire en entreprise*
3. Intérimaire (placé par une agence d'intérim)
4. Sous contrat à durée déterminée ou avec un autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, pigistes, vacataires...)

Avec un emploi sans limite de durée :

5. ...à temps complet
6. ...à temps partiel
7. Stagiaire en formation**, élève-fonctionnaire.

**non compris les fonctionnaires stagiaires et autres stages d'entrée dans une profession, classés en 5*

***Exclusivement en formation. Les stagiaires, partiellement en entreprise, partiellement en formation, sont classés en 2*

| / | Si M. est agent de l'Etat, d'une collectivité locale, d'un hôpital public, d'un service public (EDF, SNCF, etc...) ou militaire de carrière. *Préciser sa CLASSIFICATION : corps, grade,...* | **POSITION PROFESSIONNELLE DE L'EMPLOI** *Code C ci-dessus* | Si M. , actuellement, a un emploi ou est en chômage **NATURE DE L'EMPLOI (SALARIE)** *M. est-il (était-il) dans l'une des situations suivantes ? Code D ci-dessus* | **ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT** *dont M. est ou était employé ou que M. dirige ou dirigeait (s'il est ou était à son compte)* | **RECHERCHE D'UN EMPLOI** *M. cherche-t-il un emploi, une situation (ou un autre emploi ,s'il en a déjà un)?* 1.OUI 2.NON |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DE SALARIES DE L'ENTREPRISE** *Ne pas compter les apprentis ni les gens de maison ; dans l'agriculture compter seulement les sal. permanents* 1. aucun 2. 1 ou 2 3. 3 à 9 4. 10 et plus | / | / | / | | |

| 7 NBSAL | 8 GRADE | 9 POSIT | 10 NATEMPL | 11 ACTIV | 12 RECHE |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ |

## 3 - PROTECTION EN CAS DE MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION

- *Remplir le tableau successivement pour chaque personne du ménage (utiliser les codes 1 et 2 de la carte 2, pour les colonnes 5 et 7)*

**EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT, D'HOSPITALISATION, BENEFICIEZ-VOUS...**

**... D'UN REGIME DE SECURITE SOCIALE ?**

1. OUI, en tant qu'assuré
2. OUI, en tant qu'ayant-droit
3. NON

| 05 AMIN | 2 AM02 | 3 AM03 | 4 AM04 | 5 AM05 | 6 AM06 | 7 AM07 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **DE QUI LA PERSONNE EST-ELLE AYANT-DROIT ?** *Précisez le numéro de l'individu assuré* *Si personne hors ménage chiffrer "90" et ne pas sauter col. 5* | **QUEL REGIME ?** *Relever le code figurant sur la carte d'assuré* | *Puis utiliser la CARTE 2 CODE 1* *Utiliser la CARTE 2 CODE 1* | **BENEFICIEZ-VOUS D'UN REMBOURSEMENT A 100% PAR LA SECURITE SOCIALE** 1. OUI, pour la totalité de vos soins 2. OUI, pour une partie seulement 3. NON | **MOTIF DE CETTE PRISE EN CHARGE A 100% PAR LA SECURITE SOCIALE ?** *Utiliser la CARTE 2 CODE 2* | **NOM DE LA MALADIE** *Si motif = 04 (Maladie reconnue longue et coûteuse)* *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie ou des maladies.* |
| 01 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 02 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 03 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 04 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 05 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 06 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 07 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 08 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 09 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |
| 10 | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | ⌊_⌋ | |

**EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT, D'HOSPITALISATION, BENEFICIEZ-VOUS...**

| 9 AM09 | 10 AM10 | 11 | 12 AM121 AM122 | 13 AM131 AM132 AM133 AM134 | 14 AM14 | 15 AM15 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**... D'UN REGIME MALADIE COMPLEMENTAIRE ?**
**Mutuelle, Assurance complétant le remboursement de la Sécurité Sociale, ou autre assurance volontaire**

1. OUI, en tant qu'assuré
2. OUI, en tant qu'ayant-droit
3. NON

**DE QUI LA PERSONNE EST-ELLE AYANT-DROIT ?**
*Précisez le numéro de l'individu assuré*
*Si personne hors ménage chiffrer "90"*

**NOM ET ADRESSE DE LA MUTUELLE OU DE L'ASSURANCE**
*(le cas échéant, il peut y en avoir plusieurs pour une même personne)*

**POUR LES ASSURES**
*("1" en colonne 9)*
**l'adhésion à cette mutuelle ou assurance**
1. Etait exigée obligatoirement par votre entreprise ou par la réglementation, en raison de votre métier ou contrat de travail
2. Résulte d'un libre choix individuel

**POUR TOUS**
**pensez-vous que l'adhésion à ces mutuelles ou assurances vous garantit le remboursement à 100%**
1. OUI
2. NON

Des actes de médecins à honoraires libres
Des appareils et prothèses dentaires
Des lunettes
Des soins courants

**... DE L' AIDE MEDICALE GRATUITE ?**
1. OUI
2. NON

**... D'UNE CARTE SANTE permettant d'éviter tout paiement de soin**
1. OUI
2. NON

## 4 - HOSPITALISATIONS AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS

**Une des personnes du ménage a-t-elle été hospitalisée au cours des six derniers mois ou est-elle actuellement hospitalisée pour une maladie, un accident, des examens, ou une autre cause ?**

*Répondre à cette question PERSONNE par PERSONNE dans la colonne A en utilisant le volet rabattable du tableau 1*

On considèrera qu'il y a hospitalisation :

- *si la personne a passé au moins une nuit dans un hôpital, une clinique, un centre de convalescence ou de rééducation, etc...*
- *ou si elle a subi une hospitalisation d'au moins deux jours avec retour à son domicile chaque soir.*

Remplir le tableau 4 ci-dessous : une ligne par séjour.

**COLONNE A**

*Poser la question successivement pour chaque personne*

0. NON
1. OUI 1 fois
2. OUI 2 fois
3. OUI 3 fois ou plus

*Passer ensuite à la description des séjours*

| 06 A | | 07 | 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HPANU | HPA | HPNU | HPIN | HP02 | HP031 | HP032 | HP04J HP04M | HP04A | HP05J HP05M | HP05A |
| 01 | | 1 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | |
| 03 | | 2 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | |
| 05 | | 3 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | |
| 07 | | 4 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | |
| 09 | | 5 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| | | 6 | | | | | | | | |
| | | 7 | | | | | | | | |

**NUMERO D'ORDRE DU SEJOUR**

**NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL**

*Répéter le même numéro pour chaque séjour d'une même personne*

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT**

*(ne pas oublier de mentionner la ville)*

**SPECIALITE DU SERVICE OU DE L'ETABLISSEMENT**

*Utiliser le code en encadré en haut page droite*

*Préciser la nature de l'établissement ou du service*

Exemples :

1 Service de cardiologie

4 Maison de cure médicale

3 Maternité

**DATE DE DEBUT DE L'HOSPITALISATION**

*Jour - Mois - Année*

**DATE DE FIN DE L'HOSPITALISATION**

*Si pas encore terminé, chiffrer "00 00 00"*

*Jour - Mois - Année*

**SPECIALITE DU SERVICE OU DE L'ETABLISSEMENT**

1. Médecine (y.c cancérologie)
2. Chirurgie (y.c cancérologie)
3. Gynécologie, obstétrique
4. Convalescence, cure, repos, rééducation
5. Psychiatrie, lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
6. Long séjour, autres

**MOTIF DU SEJOUR**

01. Maladie
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
12. Visite préventive obligatoire
13. Visite préventive volontaire

| MOTIF DU SEJOUR | Y-A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE ? | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | |
|---|---|---|---|
| *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée* | 1.OUI | OUI | NON |
| *Puis utiliser le code en encadré haut page droite* | 2.NON | COMBIEN ? | POURQUOI ? |
| *(S'il y a plusieurs motifs noter et chiffrer les 2 premiers)* | LAQUELLE ? | | 0. Hospitalisation non terminée<br>1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>5. Autre cas |
| | *Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée la nature de l'intervention.*<br>*S'il y en a plusieurs au cours du même séjour, indiquer les 2 plus importantes* | | |

| 6 HP061 HP062 HP063 HP064 | 7 HP071 HP072 HP073 | 8 HP081 HP082 |
|---|---|---|
| | | 8 |
| | | 8 |
| | | 8 |
| | | 8 |
| | | 8 |
| | | 8 |
| | | 8 |

## 5 - MALADIES, TROUBLES DE SANTE, HANDICAPS, INFIRMITES

**A - Voici une liste de maladies, de troubles de santé, de handicaps, d'infirmités. Un des membres du ménage est-il actuellement atteint de l'un d'entre eux ?** *Tendre la carte 3 et lire lentement la liste des maladies*

*Pour toute maladie dont souffre une des personnes du ménage, poser les trois questions suivantes :*

- quel est le nom exact de cette maladie, de ce trouble, de ce handicap, de cette infirmité ? *(Noter les termes propres de la personne interrogée)*
- depuis quelle année en êtes-vous (en est-il - en est-elle) atteint(e) ?
- avez-vous (a-t-il - a-t-elle) traité cette maladie, ce trouble, ce handicap, cette infirmité au cours des douze derniers mois ?

*Ouvrir une ligne par maladie dont la personne est atteinte. NE PAS SAUTER de ligne.*

| PERSONNE N° 01 PRENOM : | | | PERSONNE N° 02 PRENOM : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |

**B - Au cours des huit derniers jours, une des personnes du ménage a-t-elle :**

- vu un médecin ou un dentiste ?
- pris des médicaments, même sans ordonnance ?
- subi des soins (massages, piqûres, rayons, psychothérapie, ...) ?
- effectué des analyses, radios, examens ?
- interrompu ses activités ? s'est-elle alitée ?

Si OUI, pour quel(s) motif(s) ?

*Noter dans les lignes ci-contre les maladies, troubles de santé, etc... ayant motivé ces soins*

*SANS OUBLIER les rhumes, grippes, maladies infantiles, angines, etc...*

| Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? |
|---|---|---|---|
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |

**C - Si quelqu'un du ménage prend habituellement des médicaments, ou en a pris cette semaine, lesquels ?**

*NE PAS OUBLIER les somnifères, tranquillisants, contraceptifs, anti-douleur ...*

| Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## GROSSESSES EN COURS

Y a-t-il des personnes enceintes dans le ménage ? Lesquelles ?

N° ..... Prénom .....
N° ..... Prénom .....
N° ..... Prénom .....

| PERSONNE N° 03<br>PRENOM : | | | PERSONNE N° 04<br>PRENOM : | | | PERSONNE N° 05<br>PRENOM : | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |

| Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? |
|---|---|---|---|---|---|
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |

| Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 - MALADIES, TROUBLES DE SANTE, HANDICAPS, INFIRMITES (suite)

**A - Voici une liste de maladies, de troubles de santé, de handicaps, d'infirmités. Un des membres du ménage est-il actuellement atteint de l'un d'entre eux ?** *Tendre la carte 3 et lire lentement la liste des maladies*

*Pour toute maladie dont souffre une des personnes du ménage, poser les trois questions suivantes :*

- quel est le nom exact de cette maladie, de ce trouble, de ce handicap, de cette infirmité ? *(Noter les termes propres de la personne interrogée)*
- depuis quelle année en êtes-vous (en est-il - en est-elle) atteint(e) ?
- avez-vous (a-t-il - a-t-elle) traité cette maladie, ce trouble, ce handicap, cette infirmité au cours des douze derniers mois ?

*Ouvrir une ligne par maladie dont la personne est atteinte. NE PAS SAUTER de ligne.*

| PERSONNE N° 06 PRENOM : | | | PERSONNE N° 07 PRENOM : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON |

**B - Au cours des huit derniers jours, une des personnes du ménage a-t-elle :**

- vu un médecin ou un dentiste ?
- pris des médicaments, même sans ordonnance ?
- subi des soins (massages, piqûres, rayons, psychothérapie, ...) ?
- effectué des analyses, radios, examens ?
- interrompu ses activités ? s'est-elle alitée ?

Si OUI, pour quel(s) motif(s) ?

*Noter dans les lignes ci-contre les maladies, troubles de santé, etc... ayant motivé ces soins*

*SANS OUBLIER les rhumes, grippes, maladies infantiles, angines, etc...*

| Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? |
|---|---|---|---|
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON |

**C - Si quelqu'un du ménage prend habituellement des médicaments, ou en a pris cette semaine, lesquels ?**

*NE PAS OUBLIER les somnifères, tranquillisants, contraceptifs, anti-douleur ...*

| Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| PERSONNE N° 08<br>PRENOM : | | | PERSONNE N° 09<br>PRENOM : | | | PERSONNE N° 10<br>PRENOM : | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois | Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité | Année de début | Traitement 12 derniers mois |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |
| | | OUI NON | | | OUI NON | | | OUI NON |

| Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? | Nom des maladies, troubles, handicaps, infirmités | La maladie est-elle terminée ? |
|---|---|---|---|---|---|
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |
| | OUI NON | | OUI NON | | OUI NON |

| Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris | Nom des médicaments pris |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 6 - CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES, ANTECEDENTS MEDICAUX, TABAC (A)

- *Remplir ce tableau pour toute personne du ménage.*
- *Pour les colonnes 2 - 3 (taille et poids) et 7 à 11 (interruptions des études et interventions chirurgicales), la personne interrogée peut ne pas savoir répondre pour les autres individus du ménage.*
  *Si ce cas se présente, on lui demandera de bien vouloir noter les renseignements pour la prochaine visite de l'enquêteur.*

| 08 | TAILLE | POIDS | NOMBRE DE FRERES ET SOEURS PLUS AGES qu'a eu la personne | LUNETTES, PROTHESES | | | | | | | LA PERSONNE A-T-ELLE DU INTERROMPRE SES ETUDES AU MOINS TROIS MOIS CONSECUTIFS, POUR RAISONS MEDICALES ? (non compris grossesses normales) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | La personne porte-t-elle ? 1. OUI 2. NON | | | | | | *Ne pas tenir compte des appareils portés momentanément* | | |
| | | | | un appareil ou prothèse dentaire | | un appareil de redressement dentaire | un appareil de prothèse auditive | des lunettes ou lentilles | autre | Si "autre appareil ou prothèse", préciser. | | |
| | | | | fixe | amovible | | | | | exemples : stimulateur cardiaque, membre artificiel, etc,... | 1. OUI 2. NON | *Préciser les raisons médicales* |
| | *en cm* | *en kg* | | | | | | | | | | |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | 6 | 7 | |
| CAIN | CA02 | CA03 | CA04 | CA051 | CA052 | CA053 | CA054 | CA055 | CA056 | CA06 | CA071 | CA072 |
| 01 | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |

## INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES DEPUIS LA NAISSANCE

*Préciser la nature de chaque intervention ; si plus de quatre, demander et noter les plus importantes*

| 1ère intervention | 2ème intervention | 3ème intervention | 4ème intervention | QUESTION A L'ENQUETEUR — *Noter ci-dessous* : Les personnes présentes lors de l'interview (1. Présent / 2. Absent) | La ou les personnes ayant participé à l'interview (1. A participé / 2. N'a pas participé) |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 CA08 | 9 CA09 | 10 CA10 | 11 CA11 | 12 CA12 | 13 CA13 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 6 - CARACTERISTIQUES MORPHOLOGIQUES, ANTECEDENTS MEDICAUX, TABAC (B)

- *Remplir les colonnes 2 à 8 pour les personnes âgées de 14 ans et plus.*
- *Et remplir la colonne 9 pour les femmes âgées de 16 ans et plus.*

| PERSONNES DE 14 ANS ET PLUS | | | | | | | | FEMMES DE 16 ANS ET PLUS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPLOI ET SANTE<br>**Depuis son entrée dans la vie active, la personne a-t-elle dû, pour raisons médicales ... (non compris grossesses normales)**<br>1. Cesser de travailler au moins 6 mois consécutifs<br>2. Changer de profession<br>3. L'un et l'autre<br>4. Ni l'un ni l'autre | | *Si "1" à "3", préciser les raisons médicales* | TABAC<br>**Actuellement, la personne fume t-elle ?**<br>1. OUI | Combien de cigarettes, cigares, pipes, par jour ? | Depuis combien d'années ? | | | NAIS-SANCES<br>A combien d'enfants la personne a-t-elle donné naissance ? |
| | | | 2. NON | | | Dans le passé, a-t-elle déjà fumé régulièrement ?<br>1. OUI<br>2. NON | *Pendant combien d'années* | |
| 09 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| CBIN | CB02 | CB03 | CB04 | CB05 | CB06 | CB07 | CB08 | CB09 |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

**QUESTIONNAIRE**

**NAVETTE**

16

| | |
|---|---|
| Région de programme | |
| | QNR |
| N° de vague . . . . . | QNV |
| N° du questionnaire . . . . . | QNQ |
| Logement éclaté . . . . . | QNLE |
| Département . . . . . | QND |
| Commune | |
| N° géographique de la commune . . . . . | QNCO |
| Nom de l'enquêteur : N° . . . | QNE |

## 1 - CALENDRIER ET RESULTAT DES VISITES

**RESULTAT DE LA VISITE**
1. Visite acceptée
2. Visite refusée, enquête interrompue
3. Visite sautée
0. Sans objet (enquête précédemment interrompue)

**11**

| TYPE DE LA VISITE ET DATES PREVUES | CL01 x | *VISITE REFUSEE* si CL01 x =2 — CAUSE INTERRUPTION<br>1. Devient A.L.D ou A.C.D irrattrapable<br>2. Refus sans explication<br>3. Raisons de santé<br>4. Lassitude ou autre explication — CL02 x | *VISITE ACCEPTEE* si CL01 x =1 — DATE EFFECTIVE DE LA VISITE (Jour - Mois) — CL03 x | PRENOM ET NUMERO de la personne ayant répondu à l'enquêteur — CL04 x | RESULTATS — CARNETS<br>1. Tous remplis<br>2. Remplis en partie<br>3. Vides à tort<br>4. Vides à juste titre — CL05 x | RESULTATS — EMBALLAGES<br>1. Tous conservés<br>2. Conservés en partie<br>3. Non conservés<br>4. Pas d'acquisition de produits. — CL06 x | QUESTIONNAIRE FINAL INDIVIDUEL ACCEPTE<br>1. Oui<br>2. Non — CL07 x |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Visite initiale<br>entre le :<br>et le : | | | 1 | 1 | | | |
| 1° Visite de Ramassage<br>entre le :<br>et le : | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 2° Visite de Ramassage<br>entre le :<br>et le : | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| 3° Visite de Ramassage<br>entre le :<br>et le : | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| 4° Visite de Ramassage<br>entre le :<br>et le : | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

## 2 - COMPOSITION INITIALE DU MENAGE *(à remplir par la DR)*

| NUMERO de la personne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRENOM et AGE | | | | | | | | | | | |
| LIEN avec la personne de référence | *Personne de référence* | | | | | | | | | | |
| ETUDE des MALADIES | p. 2 et 3 | p. 4 et 5 | p. 6 et 7 | p. 8 et 9 | p. 10 et 11 | p. 12 et 13 | p. 14 et 15 | p. 16 et 17 | p. 18 et 19 | p. 20 et 21 | p. 22 et 23 |

## 3 - CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU MENAGE

**12**

| NUMERO DE LA VISITE EN COURS | Y-A-T-IL EU, DANS LE MENAGE, DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE... ... DEPART DEFINITIF ? (1. OUI / 2. NON) | N° des individus concernés | | ... ARRIVEE (y.c naissance) ? (1. OUI / 2. NON) | N° des individus concernés | | ... DECES ? (1. OUI / 2. NON) | N° des individus concernés | | ... ABSENCE (de plus de 8 jours) ? (1. OUI / 2. NON) | N° des individus concernés | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | EV1x | EV1x1 | EV1x2 | EV2x | EV2x1 | EV2x2 | EV3x | EV3x1 | EV3x2 | EV4x | EV4x1 | EV4x2 |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |

## 4 - ETUDE DES MALADIES

**NUMERO DE LA VISITE EN COURS : ② ③ ④ ⑤**

*Barrer les numéros des visites déjà effectuées*

- *Ne pas remplir les parties tramées (réservées à la DR).*
- *Les questions posées par l'enquêteur ne concernent que les maladies qui avaient déjà été signalées à une visite précédente et qui ont été reportées par la DR.*
- *Poser les questions pour chaque personne (1 double page par personne), et maladie par maladie. Désigner la maladie par le nom qui figure en haut de colonne (termes propres de la personne enquêtée).*

### 1. MALADIES

**"Pouvez-vous considérer cette maladie comme tout à fait terminée ?"**

- *Cases du haut : N° de la visite où est notée le DEBUT de la maladie →*
  *Nom de la maladie →*
  *Code de la maladie →*
- *La DR chiffrera les variables : MALOI, MALAN et MALTA*

- *Si OUI, indiquer dans la case du bas le numéro de la visite en cours.*
- *Case du bas : N° de la visite où est notée la FIN de la maladie.*

### 2. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

- *Les produits acquis depuis la dernière visite seront notés dans le questionnaire de ramassage et reportés ici, après l'interview, ainsi que le numéro de la visite (case de gauche).*

*Il n'y a donc pas de question à poser au ménage pour cette rubrique*

- *Une ligne par produit :*
  - *Case de gauche : N° de la visite signifiant l'acquisition*
  - *Nom du produit*

### 3. SOINS MEDICAUX

- *Les soins médicaux entrainés par la maladie depuis la dernière visite, seront notés dans le questionnaire de ramassage et reportés ici, après l'interview, ainsi que le numéro de la visite en cours (case de gauche).*

*Il n'y a donc pas de question à poser au ménage pour cette rubrique.*

- *Une ligne par séance :*
  - *Case de gauche : N° de la visite signalant la séance.*
  - *Nature de la séance : visite, consultation, soins, radios, analyses, etc...*

### 4. ALITEMENTS, INTERRUPTIONS D'ACTIVITE

**"L'alitement (l'interruption d'activité) est-il (elle) terminé(e) ?"**

- *Si OUI, indiquer dans la case de droite le numéro de la visite en cours.*
- *Les alitements et interruptions d'activité entrainés par la maladie, depuis la dernière visite, seront notés dans le questionnaire de ramassage, et reportés ici après l'interview.*

- *Une ligne par alitement ou interruption d'activité :*
  - *Noter en toutes lettres la mention "ALITEMENT" ou "INTERRUPTION" selon le cas.*

### 5. HOSPITALISATIONS

**" L'hospitalisation est-elle terminée ?"**

- *Si OUI, indiquer dans la case de droite le numéro de la visite en cours.*
- *Les hospitalisations survenues depuis la dernière visite seront notées dans le questionnaire de ramassage et reportées ici après l'interview.*

- *Une ligne par hospitalisation*

REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : .....

DATE de la réponse

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○

**13**

Numéro : 02 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 | MALADIE 02 | MALADIE 03 | MALADIE 04 |
|---|---|---|---|
| MANU | MANU | MANU | MANU |
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 06 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 07 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 08 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA |
|---|---|---|---|
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 03 | | MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

| **14** MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 04 | | MAIN / NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 | MALADIE 02 | MALADIE 03 | MALADIE 04 |
|---|---|---|---|
| MANU | MANU | MANU | MANU |
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : .....

DATE de la réponse

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○

**13**

Numéro : 05 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : .....

DATE de la réponse

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

**13**

Numéro : 06 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

**QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur**

**DATE de la question**

.....

.....

.....

.....

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU<br>Apparue : MADE<br>..... MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 06 MANU<br>Apparue : MADE<br>..... MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 07 MANU<br>Apparue : MADE<br>..... MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 08 MANU<br>Apparue : MADE<br>..... MACIM<br>MALQI MALAN MALTA |
|---|---|---|---|
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

**13**

Numéro : 07 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 | MALADIE 02 | MALADIE 03 | MALADIE 04 |
|---|---|---|---|
| MANU | MANU | MANU | MANU |
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU<br>Apparue : MADE<br>.....<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 06 MANU<br>Apparue : MADE<br>.....<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 07 MANU<br>Apparue : MADE<br>.....<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 08 MANU<br>Apparue : MADE<br>.....<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA |
|---|---|---|---|
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 08 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

| QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur | DATE de la question |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparus : MADE | Apparue : MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 09 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : .....

DATE de la réponse

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| MACIM | MACIM | MACIM | MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 10 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

| QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur | DATE de la question |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU | MALADIE 06 MANU | MALADIE 07 MANU | MALADIE 08 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE | Apparue : MADE |
| ..... MACIM | ..... MACIM | ..... MACIM | ..... MACIM |
| MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA | MALQI MALAN MALTA |
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

**13**

Numéro : 11 ☐ MAIN NBMA

Prénom : .....

Sexe : .....

Lien avec la personne de référence : .....

QUESTIONS DE LA D.R ou de la D.G à l'enquêteur

DATE de la question

**14**

| MALADIE 01 MANU | MALADIE 02 MANU | MALADIE 03 MANU | MALADIE 04 MANU |
|---|---|---|---|
| Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE | Apparue : ☐ MADE |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM | ☐☐☐☐☐☐ MACIM |
| ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA | ☐ MALQI ☐☐☐ MALAN ☐ MALTA |
| Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN | Terminée : ☐ MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |

| REPONSES ET OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR : ..... | DATE de la réponse |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

| MALADIE 05 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 06 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 07 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA | MALADIE 08 MANU<br>Apparue : MADE<br>MACIM<br>MALQI MALAN MALTA |
|---|---|---|---|
| Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN | Terminée : MAFIN |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

## 5 - TIRAGE AU SORT DE LA PERSONNE QUI DOIT REPONDRE AU QUESTIONNAIRE FINAL INDIVIDUEL

- **S'il y a une seule personne dans le ménage**, *le tirage est inutile : cette personne est l'individu tiré au sort.*
- **S'il y a plus d'une personne,** *la procédure est la suivante :*

**1. Répondez aux trois questions suivantes pour chacun des membres du ménage :**

| N° d'ordre individuel (rappel) | 1.1 Cette personne a-t-elle 18 ans ou plus? (à la date de la 4ème visite) | 1.2 Cette personne sera-t-elle présente dans le logement à la fin de l'enquête? | 1.3 Cette personne est-elle apte (physiquement, mentalement) à répondre à des questions ? |
|---|---|---|---|
| | 1. OUI → 2. NON | 1. OUI → 2. NON | 1. OUI → 2. NON |
| | *Si NON la personne n'est pas susceptible d'être tirée au sort, passez à la personne suivante* | *Si NON la personne n'est pas susceptible d'être tirée au sort, passez à la personne suivante* | *Si NON la personne n'est pas susceptible d'être tirée au sort, passez à la personne suivante* |
| 15 | 2 | 3 | 4 |
| NOI15 | AGE | PRESACT | APTE |
| 01 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 02 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 03 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 04 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 05 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 06 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 07 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 08 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 09 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | ☐ | ☐ | ☐ |

**2. S'il y a trois "1. OUI", la personne est susceptible d'être tirée au sort. Inscrivez son prénom dans le TABLEAU T ci-dessous, en commençant par la plus agée en ligne 1 et ainsi de suite selon l'âge, sans sauter de ligne.**

TABLEAU T

| NL | Prénom |
|---|---|
| 01 | |
| 02 | |
| 03 | |
| 04 | |
| 05 | |
| 06 | |
| 07 | |
| 08 | |
| 09 | |
| 10 | |

**3. Tirage au sort de la personne**

- ***Si le N° de la dernière ligne remplie est inférieur ou égal à 8,*** *consultez la première page de la fiche-adresse. Le chiffre figurant dans le bac en face de ce numéro vous donne directement le N° de ligne (NL) de la personne tirée au sort*
  ***Entourez son prénom dans le tableau T ci-contre.***

- ***Si le N° de la dernière ligne remplie est supérieur à 8,*** *la fiche-adresse comporte dans le bac "9 et +", un nombre de 3 chiffres. Divisez ce nombre par le N° de la dernière ligne remplie du tableau T :*

| NOMBRE | N° LIGNE |
|---|---|
| RESTE | QUOTIENT |

*Le reste + 1 donne le numéro de ligne de la personne à interroger dans le tableau T.*

## COMMENT REMPLIR CE CARNET ?

- **QUE DEVEZ-VOUS NOTER ?**

  Inscrivez, chaque jour, pour chaque personne du ménage :

  - tous les soins, visites, consultations de médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, etc..., gratuits ou payants, remboursables ou non par la Sécurité Sociale ;
  - tous les examens, analyses, traitements tels que : radiographies, rayons, analyses de sang, etc... ;
  - tous les produits pharmaceutiques achetés ou reçus gratuitement (y compris les produits d'usage courant tels que alcool à 70°, coton hydrophile, pansements médicamenteux) ;
  - tous les appareils orthopédiques, lunettes, etc..., achetés, reçus ou loués ;
  - les dépenses effectuées pour des soins qui ont eu lieu avant la visite précédente, mais payés en bloc maintenant (par exemple : séances de massage, de dentistes, de piqûres, etc...)

- **COMMENT DEVEZ-VOUS LE NOTER ?**

  - Utilisez une ligne par soin, visite, examen, produit acheté.
  - Indiquez chaque fois la date de l'achat ou des soins, le prénom de la personne concernée, et le paiement effectué (même si vous devez être remboursé).
  - En outre, pour les séances de médecins et dentistes, notez le conventionnement du praticien (il est indiqué sur la feuille de Sécurité Sociale : cf exemple page 3).

- **CONSERVEZ PENDANT TOUTE CETTE PERIODE LES EMBALLAGES DE VOS ACHATS EN PHARMACIE.**

- **VOIR PAGE 4 UN CARNET DE SOINS REMPLI A TITRE D'EXEMPLE**
  **LE CARNET A REMPLIR PAR LE MENAGE COMMENCE PAGE 5.**

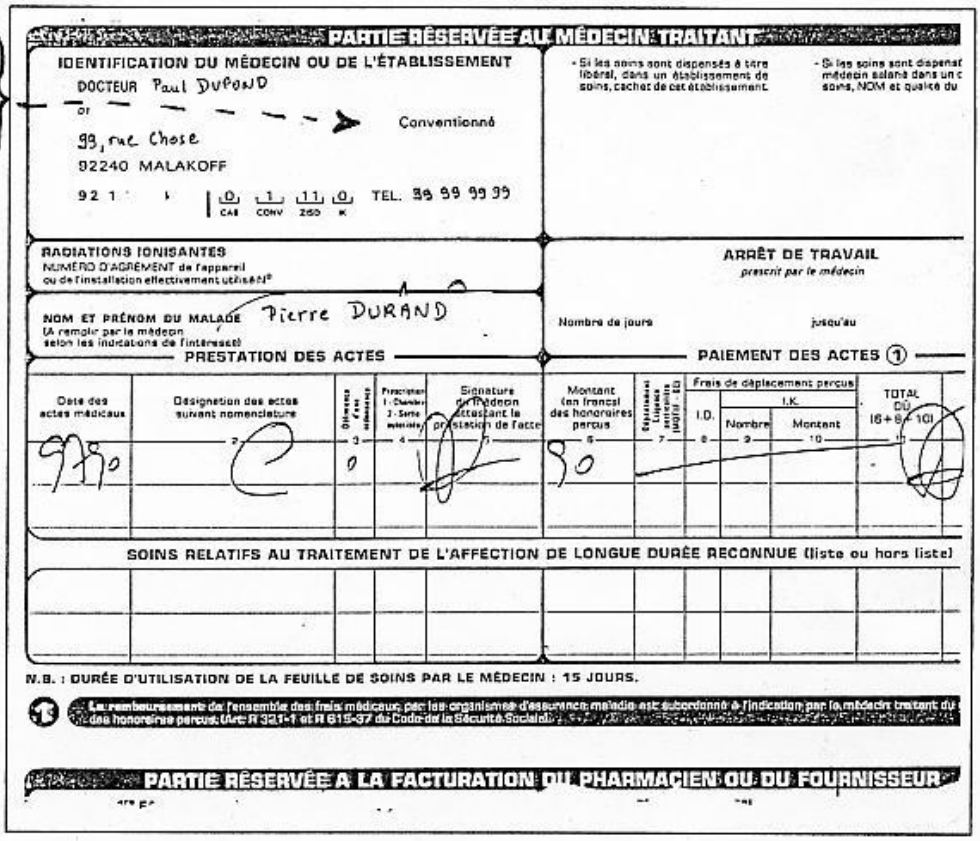
# RELEVE DU CONVENTIONNEMENT DES MEDECINS ET DENTISTES

Le conventionnement (ou "Secteur d'exercice") du médecin est indiqué à côté (ou en dessous) de son adresse.

Les mentions qu'on peut rencontrer sont :

- **conventionné (ou "C")**
- **conventionné "Dépassement Permanent" (ou "D.P.")**
- **conventionné "Honoraires Libres" (ou "H.L.")**
- **non conventionné.**

Il arrive (rarement) que rien ne soit indiqué.



PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT

DOCTEUR Paul DuPonD

Or

Conventionné

98, rue Chose

92240 MALAKOFF

92 1 ... | 0 CAS | 1 CONV | 11 ZSD | 0 K | TEL. 99 99 99 99

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, cachet de cet établissement
- Si les soins sont dispensé médecin salarié dans un c soins, NOM et qualité du

RADIATIONS IONISANTES
NUMÉRO D'AGRÉMENT de l'appareil ou de l'installation effectivement utilisé(e)

ARRÊT DE TRAVAIL
prescrit par le médecin

NOM ET PRÉNOM DU MALADE Pierre DURAND
(A remplir par le médecin selon les indications de l'intéressé)

Nombre de jours ... jusqu'au ...

PRESTATION DES ACTES — PAIEMENT DES ACTES ①

| Date des actes médicaux | Désignation des actes suivant nomenclature | Dispense d'avance des honoraires | Précision 1 - Chambre particulière 2 - Soins intensifs | Signature du médecin effectuant la prestation de l'acte | Montant (en francs) des honoraires perçus | Dépassement autorisés (hors ou hors DE) | Frais de déplacement perçus I.D. | Frais de déplacement perçus I.K. Nombre | Frais de déplacement perçus I.K. Montant | TOTAL DU (6+8+10) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 9/3 | C | 0 | | | 30 | | | | | |

SOINS RELATIFS AU TRAITEMENT DE L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE RECONNUE (liste ou hors liste)

N.B. : DURÉE D'UTILISATION DE LA FEUILLE DE SOINS PAR LE MÉDECIN : 15 JOURS.

Le remboursement de l'ensemble des frais médicaux, par les organismes d'assurance maladie est subordonné à l'indication par le médecin traitant du ... des honoraires perçus. (Art. R 321-1 et R 615-37 du Code de la Sécurité Sociale)

PARTIE RÉSERVÉE A LA FACTURATION DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR

## EXEMPLE

| DATE | PRENOM | NATURE des SOINS, NOMS des PRODUITS, des APPAREILS | CONVENTION du PRATICIEN | MONTANT de la DEPENSE |
|---|---|---|---|---|
| 8 Avril | Jérôme | Consultation médecin (généraliste) | C. | 90 F |
| 8 Avril | Jérôme | Achat : Voltarène 50, 1 boîte comprimés | | 39,75 F |
| | | Adalate, 1 boîte 100 gélules | | 75,35 F |
| | | Sargénor, 1 boîte de 20 ampoules | | 29,50 F |
| 12 Avril | Céline | Soins dentiste | | A payer plus tard |
| 13 Avril | Pour les besoins du ménage | Achat : Aspirine Vitamine C - 1 Boîte | | 11,80 F |
| | | Alcool à 70° - 1 flacon 125 c | | 6,20 F |
| 19 Avril | Céline | Soins dentiste (dernière séance) | Honoraires libres | 2500 F (pour 10 séances depuis le 15 Janvier) |
| 20 Avril | Brigitte | Consultation d'un gynécologue | D.P. | 200 F |
| 23 Avril | Brigitte | Analyse de sang : - Glycémie | | 91,85 F |
| | | - Triglycérides - Créatinine | | |
| | | - Acide urique | | |
| 25 Avril | Jérome | Visite médicale scolaire | | Gratuit |
| 26 Avril | Céline | Entrée en clinique (appendicite) | | A payer plus tard |

| DATE | PRENOM | NATURE des SOINS, NOMS des PRODUITS, des APPAREILS | CONVENTION du PRATICIEN | MONTANT de la DEPENSE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DATE | PRENOM | NATURE des SOINS, NOMS des PRODUITS, des APPAREILS | CONVENTION du PRATICIEN | MONTANT de la DEPENSE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE*
*ET DES ETUDES ECONOMIQUES*

**ENQUETE sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX**
**1991-1992**

# CARNET DE SOINS DU MENAGE

Période du ..... au .....

**N° de vague** . . . . . ☐

**N° du questionnaire** . . . . . ☐☐☐☐☐☐

**Nom de l'enquêteur :** ..... **N°** . . . ☐☐☐☐

**Numéro individuel** . . . . . ☐☐

DIRECTION REGIONALE : .....

*Visa n° 91 X 017 EC du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget (INSEE), valable du 01-04-91 au 30-04-92. Enquête Statistique obligatoire (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique). Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entrainer l'application d'une peine d'amende.*
*Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.*
*La loi n° 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.*

| DATE | PRENOM | NATURE des SOINS, NOMS des PRODUITS, des APPAREILS | CONVENTION du PRATICIEN | MONTANT de la DEPENSE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DATE | PRENOM | NATURE des SOINS, NOMS des PRODUITS, des APPAREILS | CONVENTION du PRATICIEN | MONTANT de la DEPENSE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

**QUESTIONNAIRE DE RAMASSAGE**

20

| | |
|---|---|
| N° du questionnaire de ramassage . . . . . | QRNU |
| Région de programme : | |
| | QRR |
| N° de vague . . . . . | QRV |
| N° du questionnaire . . . . . | QRQ |
| Logement éclaté . . . . . | QRLE |
| Département . . . . . | QRD |
| Commune | |
| N° géographique de la commune . . . . . | QRCO |
| Nom de l'enquêteur : N° . . . | QRE |
| Date de l'interview . . . . . | QRJ QRM QRA |

*Visa n° 91 X 017 EC du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget (INSEE), valable du 01-04-91 au 30-04-92. Enquête Statistique obligatoire (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique). Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entrainer l'application d'une peine d'amende.*
*Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.*
*La loi n° 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.*

Reproduction d'après documents fournis Imprimerie Nationale 0170743 T 05

*A remplir, préalablement à la visite, par l'enquêteur, à l'aide du questionnaire navette.*

Numéro de la visite en cours

Date de la visite précédente

- *Poser toutes les questions ci-dessous en vous aidant éventuellement du questionnaire navette pour rappeler au ménage les maladies en cours.*
- *Cocher les cases correspondantes si la réponse est oui.*
- *Passer ensuite aux tableaux correspondants, en remettant préalablement au ménage la carte 4.*

**Depuis ma dernière visite, le** **y-a-t-il eu,**

**pour au moins une personne du ménage, à titre payant ou gratuit :**

21

| | | | |
|---|---|---|---|
| ➤ Début d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, une clinique ? (y compris : hospitalisation avec retour au domicile le soir, ayant duré au moins deux journées consécutives) . . . . . | ❑ | >>> ① | NBSE |
| ➤ Fin d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, une clinique ? . | ❑ | >>> ① | |
| ➤ Visite ou consultation de médecin, de dentiste ? . . . . . | ❑ | >>> ② | NBVC |
| ➤ Examens, radios, analyses, traitements par les rayons ? . . . . . | ❑ | >>> ③ | NBEX |
| ➤ Soins d'infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, ou tout autre personnel paramédical ? . . . . . | ❑ | >>> ④ | NBPA |
| ➤ Achat ou obtention gratuite de produits pharmaceutiques avec ou sans ordonnance ? . . . . . | ❑ | >>> ⑤ | NBPH |
| ➤ Interruption ou réduction d'activité pour raisons de santé ? . . . . . | ❑ | >>> ⑥ | NBIA |
| ➤ Alitement ? . . . . . | ❑ | >>> ⑥ | NBAL |
| ➤ Examen systématique obligatoire ou bilan de santé dans un centre de la Sécurité Sociale ? . . . . . | ❑ | >>> ⑦ | NBBI |
| ➤ Paiements pour des soins médicaux ayant eu lieu avant ma précédente visite ? . . . . . | ❑ | >>> ⑧ | NBPG |

## 1 - HOSPITALISATIONS

- *Remplir une ligne par hospitalisation ; on entendra par hospitalisation :*
  *- soit un séjour comprenant au moins une nuit passée dans l'établissement,*
  *- soit une hospitalisation d'au moins deux jours, avec retour au domicile chaque soir.*
- *S'il s'agit d'une ENTREE, la personne n'étant pas encore sortie, remplir les tableaux A et B.*
- *S'il s'agit d'une SORTIE d'un établissement où la personne est entrée avant la précédente visite, remplir les tableaux A et C.*
- *SI ENTREE et SORTIE ont eu lieu depuis la précédente visite, remplir les tableaux A, B et C.*
- *Outre les hôpitaux et cliniques, les établissements concernés comprennent les sanatoriums, centres de convalescence, de rééducation, de repos, etc...*

| TABLEAU A | TABLEAU B : ENTREES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO D'ORDRE DU SEJOUR<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque séjour d'une même personne*<br>PRENOM | NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT<br>*(Ne pas oublier de mentionner la ville)* | SPECIALITE DU SERVICE OU DE L'ETABLISSEMENT<br>*Utiliser le code en encadré en haut page droite*<br>*Préciser la nature de l'établissement ou du service*<br>Exemples :<br>1 Service de cardiologie<br>4 Maison de cure médicale<br>3 Maternité | DATE DE DEBUT D'HOSPITALISATION<br>*Jour - Mois* | MOTIF DU SEJOUR<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée*<br>*Puis utiliser le code en encadré en haut page droite*<br>*(S'il y a plusieurs motifs noter et chiffrer les 2 premiers)* | |
| 22 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| SENU SEIN | | SE02 | SE031 SE032 | SE04J SE04M | SE051 SE052 | SE053 SE054 |
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

**SPECIALITE DU SERVICE OU DE L'ETABLISSEMENT**

1. Médecine (y.c cancérologie)
2. Chirurgie (y.c cancérologie)
3. Gynécologie, obstétrique
4. Convalescence, cure, repos, rééducation
5. Psychiatrie, lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
6. Long séjour, autres

**MOTIF DU SEJOUR**

01. Maladie
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
12. Visite préventive obligatoire
13. Visite préventive volontaire

## TABLEAU C : SORTIES

| DATE DE FIN D'HOSPITALISATION | Y-A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE ? | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | | Y-A-T-IL EU DES SUPPLEMENTS NON MEDICAUX ? | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.OUI / 2.NON | LAQUELLE ? | OUI / COMBIEN ? | NON / POURQUOI ? | 1.OUI / 2.NON | COMBIEN ? |
| *Jour - Mois* | | *Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée la nature de l'intervention. S'il y en a plusieurs au cours du même séjour, les indiquer toutes.* | *(en francs)* | 1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>5. Autre cas | | *Inclure ici tous les frais annexes (pour chambre seule, T.V., boissons, accompagnement de la personne, etc...)* *(en francs)* |
| 6 | 7 | | 8 | | 9 | |
| SE06J SE06M | SE071 | SE072 SE073 | SE081 | SE082 | SE091 | SE092 |
| | | | | 8 | | |
| | | | | 8 | | |
| | | | | 8 | | |
| | | | | 8 | | |
| | | | | 8 | | |

## 2 - SEANCES (VISITES, CONSULTATIONS, ...) DE MEDECINS ET DENTISTES

- *Une séance peut être une visite, une consultation, l'obtention d'un certificat ou d'une ordonnance, un acte médical quelconque (piqûre, autres soins), pourvu qu'elle soit effectuée par un médecin ou un dentiste.*
- *Remplir une ligne par séance, ou pour plusieurs séances de même nature (par exemple chez un dentiste).*
- *Si au cours de la séance plusieurs personnes ont été examinées (séance multiple), remplir une ligne par personne examinée.*
- *Ne pas relever ici les séances intervenues :* - *au cours d'une hospitalisation, sauf si elle a duré moins d'une journée au total (voir tableau 1)*
  - *chez un radiologue (voir tableau 3)*
  - *au cours d'un examen systématique (voir tableau 7).*

| NUMERO D'ORDRE DE LA VISITE OU DE LA CONSULTATION (ou de plusieurs visites ou consultations de même nature) — NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL (Répéter le même numéro pour chaque séance d'une même personne) — PRENOM | DATE DE LA SEANCE (des séances) | NOMBRE DE SEANCES DE MEME NATURE EFFECTUEES | LIEU OU S'EST PASSE LA SEANCE ? | QUI A CONSEILLE CETTE SEANCE ? | PAR QUEL MEDECIN LA PERSONNE A-T-ELLE ETE SOIGNEE ? | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SPECIALITE | SECTEUR D'EXERCICE |
| | S'il y a plusieurs séances de même nature, indiquer les dates de la première et de la dernière | S'il n'y en a qu'une chiffrer '01' | 1. Cabinet du médecin, du dentiste<br>2. Dispensaire<br>3. Hôpital (consultation externe)<br>4. Hôpital (soins ou opérations <24h)<br>5. Clinique (consultation externe)<br>6. Clinique (soins ou opérations <24h)<br>7. Service médical d'entreprise, d'école, centre de médecine préventive, infirmerie<br>8. Chez vous<br>9. Autres cas | 1. Personne<br>2. Le même médecin qui vous avait dit de revenir<br>3. Un autre médecin — *Spécialité et date de la séance*<br>4. A l'hôpital, en clinique<br>5. Un pharmacien<br>6. Un parent<br>7. Un ami, voisin, autre | *Utiliser le code en encadré "Médecins et Dentistes" en haut page droite* | *Médecins conventionnés*<br>1. Tarif normal<br>2. Honoraires libres<br>3. Honoraires avec dépassement permanent<br>*Médecins non conventionnés*<br>4. Médecins non conventionnés |
| 23 | *Jour - Mois* | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| VCNU VCIN | VC02J1 VC02M1<br>VC02J2 VC02M2 | VC03 | VC04 | VC051 VC052 VC053 | VC061 | VC062 |
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

**MEDECINS ET DENTISTES**

01. Dentiste
02. Médecin généraliste homéopathe
03. Médecin généraliste acupuncteur
04. Autre généraliste
05. Pédiatre
06. Pneumophtisiologue
07. Gastro-entérologue
08. Rhumatologue
09. Cardiologue
10. Neurologue, neuro-psychiatre
11. Psychiatre, psychanalyste
12. Dermatologue, vénérologue
13. O.R.L. (nez, gorge, oreilles)
14. Ophtalmologue, oculiste
15. Chirurgien
16. Gynécologue
17. Stomatologiste (bouche, dents)
18. Autre spécialiste.

**MOTIF DE LA SEANCE**

01. Maladie
02. La personne souhaitait aussi parler de ses problèmes personnels, familiaux, professionnels, etc...
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
12. Visite préventive obligatoire
13. Visite préventive volontaire.

**MOTIF DE LA SEANCE**

*Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée*

*Puis utiliser le code en encadré ci-dessus*

*(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)*

**QUE S'EST-IL PASSE AU COURS DE LA SEANCE ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Une consultation sans soin ni examen particulier
2. La personne a beaucoup parlé de ses problèmes personnels, familiaux, ...
3. Divers soins ou examens

*Si '3', lesquels ?*

Exemple :
- Soins dentaires
- Electro-cardio-gramme
- Vaccination
- Radiographie
- Echographie
- Psychanalyse

**QU'A PRESCRIT OU CONSEILLE LE MEDECIN ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Des produits pharmaceutiques
2. Des examens, analyses
3. Une consultation chez un autre médecin
4. Un arrêt de travail
5. Une hospitalisation
6. Des soins paramédicaux
7. Des conseils de vie : alimentation, sport, relaxation, etc...
8. Un autre certificat

**AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ?**

**OUI**

1. OUI, la totalité du prix
2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle
3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différentes séances
4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes ou d'autres périodes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)*

COMBIEN ?

*En francs*

**NON pourquoi ?**

1. Vous paierez plus tard
2. C'est un accident du travail
3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge
4. L'aide médicale prend tout en charge
5. C'est de l'hospitalisation à domicile
6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école...
7. Le médecin vous a soigné gratuitement

| 7 | | | | 8 | | | | 9 | | | 10 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VC071 | VC072 | VC073 | VC074 | VC081 | VC082 | VC083 | VC084 | VC091 | VC092 | VC093 | VC101 | VC102 | VC103 |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |

## 2 - SEANCES (VISITES, CONSULTATIONS, ...) DE MEDECINS ET DENTISTES (suite)

- *Une séance peut être une visite, une consultation, l'obtention d'un certificat ou d'une ordonnance, un acte médical quelconque (piqûre, autres soins), pourvu qu'elle soit effectuée par un médecin ou un dentiste.*
- *Remplir une ligne par séance, ou pour plusieurs séances de même nature (par exemple chez un dentiste).*
- *Si au cours de la séance plusieurs personnes ont été examinées (séance multiple), remplir une ligne par personne examinée.*
- *Ne pas relever ici les séances intervenues : - au cours d'une hospitalisation, sauf si elle a duré moins d'une journée au total (voir tableau 1)*
  *- chez un radiologue (voir tableau 3)*
  *- au cours d'un examen systématique (voir tableau 7).*

| NUMERO D'ORDRE DE LA VISITE OU DE LA CONSULTATION (ou de plusieurs visites ou consultations de même nature) — NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL (Répéter le même numéro pour chaque séance d'une même personne) — PRENOM | DATE DE LA SEANCE (des séances) (S'il y a plusieurs séances de même nature, indiquer les dates de la première et de la dernière) | NOMBRE DE SEANCES DE MEME NATURE EFFECTUEES (S'il n'y en a qu'une chiffrer '01') | LIEU OU S'EST PASSE LA SEANCE ? | QUI A CONSEILLE CETTE SEANCE ? | PAR QUEL MEDECIN LA PERSONNE A-T-ELLE ETE SOIGNEE ? | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SPECIALITE (Utiliser le code en encadré "Médecins et Dentistes" en haut page droite) | SECTEUR D'EXERCICE |
| 23 | Jour - Mois | | 1. Cabinet du médecin, du dentiste<br>2. Dispensaire<br>3. Hôpital (consultation externe)<br>4. Hôpital (soins ou opérations <24h)<br>5. Clinique (consultation externe)<br>6. Clinique (soins ou opérations <24h)<br>7. Service médical d'entreprise, d'école, centre de médecine préventive, infirmerie<br>8. Chez vous<br>9. Autres cas | 1. Personne<br>2. Le même médecin qui vous avait dit de revenir<br>3. Un autre médecin<br>4. A l'hôpital, en clinique<br>5. Un pharmacien<br>6. Un parent<br>7. Un ami, voisin, autre | | *Médecins conventionnés*<br>1. Tarif normal<br>2. Honoraires libres<br>3. Honoraires avec dépassement permanent<br>*Médecins non conventionnés*<br>4. Médecins non conventionnés |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| VCNU VCIN | VC02J1 VC02J2 VC02M1 VC02M2 | VC03 | VC04 | VC051 VC052 VC053 | VC061 | VC062 |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

*Spécialité et date de la séance*

**MEDECINS ET DENTISTES**

01. Dentiste
02. Médecin généraliste homéopathe
03. Médecin généraliste acupuncteur
04. Autre généraliste
05. Pédiatre
06. Pneumophtisiologue
07. Gastro-entérologue
08. Rhumatologue
09. Cardiologue
10. Neurologue, neuro-psychiatre
11. Psychiatre, psychanalyste
12. Dermatologue, vénérologue
13. O.R.L. (nez, gorge, oreilles)
14. Ophtalmologue, oculiste
15. Chirurgien
16. Gynécologue
17. Stomatologiste (bouche, dents)
18. Autre spécialiste.

**MOTIF DE LA SEANCE**

01. Maladie
02. La personne souhaitait aussi parler de ses problèmes personnels, familiaux, professionnels, etc...
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
12. Visite préventive obligatoire
13. Visite préventive volontaire.

**MOTIF DE LA SEANCE**

*Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée*

*Puis utiliser le code en encadré ci-dessus*

*(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)*

**QUE S'EST-IL PASSE AU COURS DE LA SEANCE ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Une consultation sans soin ni examen particulier
2. La personne a beaucoup parlé de ses problèmes personnels, familiaux, ...
3. Divers soins ou examens

*Si '3', lesquels ?*

Exemple :
- Soins dentaires
- Electro-cardio-gramme
- Vaccination
- Radiographie
- Echographie
- Psychanalyse

**QU'A PRESCRIT OU CONSEILLE LE MEDECIN ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Des produits pharmaceutiques
2. Des examens, analyses
3. Une consultation chez un autre médecin
4. Un arrêt de travail
5. Une hospitalisation
6. Des soins paramédicaux
7. Des conseils de vie : alimentation, sport, relaxation, etc...
8. Un autre certificat

**AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ?**

**OUI**

1. OUI, la totalité du prix
2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle
3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différentes séances
4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes ou d'autres périodes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)*

COMBIEN?
*En francs*

**NON pourquoi ?**

1. Vous paierez plus tard
2. C'est un accident du travail
3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge
4. L'aide médicale prend tout en charge
5. C'est de l'hospitalisation à domicile
6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école...
7. Le médecin vous a soigné gratuitement

| 7 | | | | 8 | | | | 9 | | | 10 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VC071 | VC072 | VC073 | VC074 | VC081 | VC082 | VC083 | VC084 | VC091 | VC092 | VC093 | VC101 | VC102 | VC103 |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | | | | | | 8 | | |

## 3 - ANALYSES, EXAMENS, TRAITEMENTS PAR LES RAYONS, DIALYSES

- *Remplir une ligne par acte (analyse, examen, traitement) ou pour plusieurs de ces actes s'ils sont identiques.*
- *Si, au cours d'une même séance, plusieurs analyses, examens, traitements, ont été effectués, remplir une ligne pour chacun d'eux.*
- *Ne pas relever ici les analyses et traitements effectués au cours :*
  - *d'une hospitalisation, sauf si elle a duré moins d'une journée au total (voir tableau 1)*
  - *d'une séance de médecin ou de dentiste (voir tableau 2), sauf s'il s'agit d'un radiologue*
  - *d'une séance d'auxiliaire médical (voir tableau 4)*
  - *d'un examen systématique (voir tableau 7).*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACTE<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acte d'une même personne*<br>PRENOM<br>24 | DATE DE L'ACTE (des actes)<br>*S'il y en a plusieurs de même nature, indiquer les dates du premier et du dernier*<br>*Jour - Mois* | NOMBRE D'ACTES DE MEME NATURE EFFECTUES<br>*S'il y en a un seul, chiffrer "01"* | NATURE DES ANALYSES, EXAMENS ET TRAITEMENTS<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR de l'analyse, de l'examen, du traitement électro-radiologique*<br>Exemples :<br>- Arthrographie du genou droit<br>- Analyse de sang : vitesse de sédimentation<br>- Analyse de sang : cholestérol<br>- Analyse d'urines : albumine | LIEU OU ONT ETE EFFECTUES LES ACTES ?<br>01. Cabinet du radiologue<br>02. Dispensaire<br>03. Hôpital (consultation externe)<br>04. Hôpital (soins ou opérations <24h)<br>05. Clinique (consultation externe)<br>06. Clinique (soins ou opérations <24h)<br>07. Laboratoire d'analyses médicales<br>08. Pharmacie<br>09. Chez vous (y c. hospitalisation à domicile)<br>10. Autre |
|---|---|---|---|---|
| 1<br>EXNU EXIN | 2<br>EX02J1 EX02M1<br>EX02J2 EX02M2 | 3<br>EX03 | 4<br>EX04 | 5<br>EX05 |
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |

**MOTIFS DES ACTES**

| | |
|---|---|
| 01. Maladie | 08. Accident domestique |
| 03. Grossesse, accouchement | 09. Accident de sports, loisirs, autre |
| 04. Contraception | 10. Infirmité, handicap |
| 05. I.V.G | 11. Vaccination |
| 06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail) | 12. Visite préventive obligatoire |
| 07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail) | 13. Visite préventive volontaire. |

| QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES EXAMENS, ANALYSES, TRAITEMENTS ? | | MOTIF DE CES ANALYSES, EXAMENS, TRAITEMENTS | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | OUI | NON pourquoi ? |
| 1. Personne | | *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée* | *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* | 1. OUI, la totalité du prix | 1. Vous paierez plus tard |
| 2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation | *Spécialité et date de la séance* | | | 2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle | 2. C'est un accident du travail |
| 3. Une sage-femme | | | | 3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différentes analyses, examens... | 3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge |
| 4. A l'hôpital, en clinique | | | | 4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes ou d'autres périodes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)* | 4. L'aide médicale prend tout en charge |
| 5. Un pharmacien | | | | COMBIEN? *En francs* | 5. C'est de l'hospitalisation à domicile |
| 6. Un parent | | | | | 6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école... |
| 7. Un ami, voisin, autre | | | | | 7. Le radiologue, le laboratoire vous ont soigné pour rien |
| | | *(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | | | |

| 6 | | | 7 | | | 8 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EX061 | EX062 | EX063 | | EX071 | EX072 | EX081 | EX082 | EX083 |
| | | | | EX073 | EX074 | | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 8 | | |

## 3 - ANALYSES, EXAMENS, TRAITEMENTS PAR LES RAYONS, DIALYSES (suite)

- *Remplir une ligne par acte (analyse, examen, traitement) ou pour plusieurs de ces actes s'ils sont identiques.*
- *Si, au cours d'une même séance, plusieurs analyses, examens, traitements, ont été effectués, remplir une ligne pour chacun d'eux.*
- *Ne pas relever ici les analyses et traitements effectués au cours :*
  - *d'une hospitalisation, sauf si elle a duré moins d'une journée au total (voir tableau 1)*
  - *d'une séance de médecin ou de dentiste (voir tableau 2), sauf s'il s'agit d'un radiologue*
  - *d'une séance d'auxiliaire médical (voir tableau 4)*
  - *d'un examen systématique (voir tableau 7).*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACTE<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acte d'une même personne*<br>PRENOM | DATE DE L'ACTE (des actes)<br>*S'il y en a plusieurs de même nature, indiquer les dates du premier et du dernier*<br>*Jour - Mois* | NOMBRE D'ACTES DE MEME NATURE EFFECTUES<br>*S'il y en a un seul, chiffrer "01"* | NATURE DES ANALYSES, EXAMENS ET TRAITEMENTS<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR de l'analyse, de l'examen, du traitement électro-radiologique*<br>Exemples :<br>- Arthrographie du genou droit<br>- Analyse de sang : vitesse de sédimentation<br>- Analyse de sang : cholestérol<br>- Analyse d'urines : albumine | LIEU OU ONT ETE EFFECTUES LES ACTES ?<br>01. Cabinet du radiologue<br>02. Dispensaire<br>03. Hôpital (consultation externe)<br>04. Hôpital (soins ou opérations <24h)<br>05. Clinique (consultation externe)<br>06. Clinique (soins ou opérations <24h)<br>07. Laboratoire d'analyses médicales<br>08. Pharmacie<br>09. Chez vous (y c. hospitalisation à domicile)<br>10. Autre |
|---|---|---|---|---|
| 24<br>1<br>EXNU EXIN | 2<br>EX02J1 EX02M1<br>EX02J2 EX02M2 | 3<br>EX03 | 4<br>EX04 | 5<br>EX05 |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

**MOTIFS DES ACTES**

| | |
|---|---|
| 01. Maladie | 08. Accident domestique |
| 03. Grossesse, accouchement | 09. Accident de sports, loisirs, autre |
| 04. Contraception | 10. Infirmité, handicap |
| 05. I.V.G | 11. Vaccination |
| 06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail) | 12. Visite préventive obligatoire |
| 07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail) | 13. Visite préventive volontaire |

| QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES EXAMENS, ANALYSES, TRAITEMENTS ? | | MOTIF DE CES ANALYSES, EXAMENS, TRAITEMENTS | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | OUI | NON pourquoi ? |
| 1. Personne | | *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée* | *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* | 1. OUI, la totalité du prix<br>2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle<br>3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différentes analyses, examens...<br>4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes ou d'autres périodes<br>*Aller au tableau 8 (paiements groupés)* | 1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>5. C'est de l'hospitalisation à domicile<br>6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école...<br>7. Le radiologue, le laboratoire vous ont soigné pour rien |
| 2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation | *Spécialité et date de la séance* | | | | |
| 3. Une sage-femme | | | | | |
| 4. A l'hôpital, en clinique | | | | | |
| 5. Un pharmacien | | | | | |
| 6. Un parent | | | | | |
| 7. Un ami, voisin, autre | | | | | |
| | | *(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | | COMBIEN?<br>*En francs* | |
| 6 | | 7 | | | 8 |
| EX061 | EX062 EX063 | | EX071 EX072<br>EX073 EX074 | EX081 | EX082 EX083 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |

## 4 - SOINS DE PERSONNELS PARAMEDICAUX

- *Remplir une ligne par séance ou pour plusieurs séances de même nature.*
- *Si, au cours d'une même séance, des soins différents ont été effectués, remplir une ligne pour chacun d'eux.*
- *La liste des praticiens et la liste des soins concernés figurent en encadrés ci-contre.*
- *Ne pas relever ici :* - *les soins intervenus au cours d'une hospitalisation, sauf si elle a duré moins d'une journée au total (voir tableau 1)*
  - *les soins intervenus au cours d'une séance de médecin ou de dentiste (voir tableau 2)*
  - *les traitements électroradiologiques (voir tableau 3)*
  - *les soins effectués au cours d'un examen systématique ou bilan de santé (voir tableau 7).*

| NUMERO D'ORDRE DE LA SEANCE (des séances) — NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL — PRENOM<br>*Répéter le même numéro pour chaque soin d'une même personne* | DATE DE LA SEANCE (des séances)<br>*S'il y a plusieurs séances de même nature, indiquer les dates de la première et de la dernière*<br>*Jour - Mois* | NOMBRE DE SEANCES OU DE SOINS DE MEME NATURE EFFECTUES<br>*Exemple : "03" piqûres, "11" séances de massages etc ...* | PAR QUI LA PERSONNE A-T-ELLE ETE SOIGNEE ?<br>*Utiliser le code en encadré "Personnels Paramédicaux" en haut page droite* | NATURE DES SOINS<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR des soins pratiqués*<br>Exemples :<br>- Piqûres intra musculaires<br>- Séance d'acupuncture<br>- Entretiens d'orthophoniste pour difficultés d'élocution<br>- Rééducation du rachis lombaire | LIEU OU SE SONT PASSES LES SOINS ?<br>01. Cabinet du praticien<br>02. Dispensaire<br>03. Hôpital (consultation externe)<br>04. Hôpital (soins ou opérations <24h)<br>05. Clinique (consultation externe)<br>06. Clinique (soins ou opérations <24h)<br>07. Laboratoire<br>08. Pharmacie<br>09. Service médical d'entreprise, d' école, centre de médecine du travail, infirmerie<br>10. Chez vous (y c. hospitalisation à domicile)<br>11. Autre |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 1 PANU PAIN | 2 PA02J1 PA02M1 PA02J2 PA02M2 | 3 PA03 | 4 PA04 | 5 PA05 | 6 PA06 |
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |
| 06 | | | | | |
| 07 | | | | | |

**PERSONNELS PARAMEDICAUX**

01. Infirmière, aide-soignante, infirmier, aide-soignant
02. Masseur-kinésithérapeute
03. Sage-femme
04. Orthophoniste
05. Orthoptiste
06. Pédicure, podologue
07. Psychologue, psychothérapeute
08. Psychanalyste
09. Acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, naturopathe
10. Rebouteux, guérisseur
11. Garde-malade, aide à domicile.

**MOTIF DES SOINS**

01. Maladie
02. La personne souhaitait aussi parler de ses problèmes personnels, familiaux, professionnels, etc...
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
12. Visite préventive obligatoire
13. Visite préventive volontaire.

| QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES SOINS ? | | MOTIF DES SOINS | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **OUI** | **NON pourquoi ?** |
| 1. Personne | | *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée* | *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* | 1. OUI, la totalité du prix<br>2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle<br>3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, différents soins figurant sur cette page<br>4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes ou d'autres périodes<br>*Aller au tableau 8 (paiements groupés)* | 1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>5. C'est de l'hospitalisation à domicile<br>6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école...<br>7. Le praticien vous a soigné gratuitement |
| 2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation | *Spécialité et date de la séance* | | | | |
| 3. Une sage-femme | | | | | |
| 4. A l'hôpital, en clinique | | | | | |
| 5. Un pharmacien | | | | | |
| 6. Un parent | | | | | |
| 7. Un ami, voisin, autre | | *(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | | COMBIEN? *En francs* | |
| 7 | | 8 | PA081 PA082 | 9 | |
| PA071 | PA072 PA073 | | PA083 PA084 | PA091 | PA092 PA093 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 8 |

## 5 - ACQUISITIONS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, LUNETTES ET AUTRES APPAREILS

- *Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.*
- *Ne pas oublier les produits utilisés régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine), ceux d'usage courant (alcool à 70°, pansements, etc...).*
- *N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.*
- *Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré ci-contre.*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACQUISITION | | DATE DE L'ACQUISITION | DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | POUR LES PRODUITS SEULEMENT | | |
| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acquisition d'une même personne*<br>*Pour les besoins du ménage noter "90"* | PRENOM | *Jour - Mois* | NOM PRÉCIS DU PRODUIT, DE L'APPAREIL<br>*Pour les produits préciser le dosage s'il fait partie du nom*<br>Exemples: | QUANTITE ACHETEE<br>*Nombre de conditionnements (boîtes, flacons, ...)* | NOM DU LABORATOIRE FABRICANT | FORME DU PRODUIT<br>*Utiliser le code en encadré en haut page droite* | PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT<br>*Préciser en clair* |
| | | | Doliprane | 2 Boîtes | Rhône-Poulenc | 01 | Boîte de 16 comprimés |
| | | | Aspirine Vit.C | 1 Boîte | U.P.S.A. | 01 | Boîte de 2x10 comp. effer. |
| | | | Tanakan | 1 Flacon | IPSEN | 04 | Gouttes |
| | | | Lunettes | 1 Paire | | | |

| 26 | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PHNU PHIN | PH02J | PH02M | PH03 | PH04 | | PH06 | |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

**FORME DES PRODUITS**

01. Comprimés, cachets, dragées, gélules
02. Granulés, poudres
03. Ampoules buvables
04. Sirops, potions, autres solutés buvables
05. Suppositoires
06. Ovules
07. Ampoules et autres formes injectables
08. Pommades, crèmes, baumes, révulsifs
09. Liquides à usage externe, atomiseurs (y.c. alcool à 70°, collyres, etc...)
10. Bandes, pansements
11. Cotons, gazes
12. Petit matériel : thermomètres, seringues, etc...
13. Autres

**MOTIF DE L'ACQUISITION**

01. Maladie
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
13. Prévention

| Le produit, l'appareil, a-t-il été acquis SUR ORDONNANCE ? | QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES PRODUITS, CES APPAREILS ? | | MOTIF DE L'ACQUISITION des produits, des appareils | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | | | Pour les produits seulement |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | OUI | | NON pourquoi ? | LE TRAITEMENT PAR CE PRODUIT EST-IL TERMINE ? |
| 1.OUI<br>2.NON | 1. Personne. C'est pour les besoins d'une personne ou du ménage<br>2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation<br>3. Une sage-femme<br>4. A l'hôpital, en clinique<br>5. Un pharmacien<br>6. Un parent<br>7. Un ami, voisin, autre | *Spécialité et date de la séance* | *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée*<br>*(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* | 1. OUI, la totalité du prix<br>2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle<br>3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différents produits<br>4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)* | COMBIEN ?<br>*En francs* | 1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge et règlent directement le pharmacien<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>6. Produits gratuits, dans un service médical d'entreprise, d'école, etc...<br>7. Le médecin, le pharmacien a donné le produit | 1. OUI et tout le produit a été utilisé<br>2. OUI et il reste plus de la moitié du produit que vous gardez<br>3. OUI et il reste moins de la moitié du produit que vous gardez<br>4. OUI et le produit non utilisé est jeté<br>5. NON, mais j'ai arrêté car je ne le supportais pas<br>6. NON, le traitement se poursuit<br>7. Sans Objet (produit acheté pour les besoins du ménage) |
| 8 | 9 | | 10 | | 11 | | | 12 |
| PH08 | PH091 | PH092 PH093 | PH101 | PH102 PH103 PH104 | PH111 | PH112 | PH113 | PH12 |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ | ☐ | ☐ |

## 5 - ACQUISITIONS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, LUNETTES ET AUTRES APPAREILS

- *Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.*
- *Ne pas oublier les produits utilisés régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine), ceux d'usage courant (alcool à 70°, pansements, etc...).*
- *N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.*
- *Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré ci-contre.*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACQUISITION | | DATE DE L'ACQUISITION | DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | POUR LES PRODUITS SEULEMENT | | |
| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acquisition d'une même personne*<br>*Pour les besoins du ménage noter "90"* | PRENOM | *Jour - Mois* | NOM PRÉCIS DU PRODUIT, DE L'APPAREIL<br>*Pour les produits préciser le dosage s'il fait partie du nom*<br>Exemples: | QUANTITE ACHETEE<br>*Nombre de conditionnements (boîtes, flacons, ...)* | NOM DU LABORATOIRE . FABRICANT | FORME DU PRODUIT<br>*Utiliser le code en encadré en haut page droite* | PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT<br>*Préciser en clair* |
| | | | Doliprane | 2 Boîtes | Rhône-Poulenc | 01 | Boîte de 16 comprimés |
| | | | Aspirine Vit.C | 1 Boîte | U.P.S.A. | 01 | Boîte de 2x10 comp. effer. |
| | | | Tanakan | 1 Flacon | IPSEN | 04 | Gouttes |
| | | | Lunettes | 1 Paire | | | |

| 26 | 1 | | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PHNU | PHIN | PH02J | PH02M | PH03 | PH04 | | PH06 | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

**FORME DES PRODUITS**

01. Comprimés, cachets, dragées, gélules
02. Granulés, poudres
03. Ampoules buvables
04. Sirops, potions, autres solutés buvables
05. Suppositoires
06. Ovules
07. Ampoules et autres formes injectables
08. Pommades, crèmes, baumes, révulsifs
09. Liquides à usage externe, atomiseurs (y.c. alcool à 70°, collyres, etc...)
10. Bandes, pansements
11. Cotons, gazes
12. Petit matériel : thermomètres, seringues, etc...
13. Autres

**MOTIF DE L'ACQUISITION**

01. Maladie
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
13. Prévention

| Le produit, l'appareil, a-t-il été acquis SUR ORDONNANCE ? 1.OUI 2.NON | QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES PRODUITS, CES APPAREILS ? 1. Personne. C'est pour les besoins d'une personne ou du ménage 2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation — *Spécialité et date de la séance* 3. Une sage-femme 4. A l'hôpital, en clinique 5. Un pharmacien 6. Un parent 7. Un ami, voisin, autre | MOTIF DE L'ACQUISITION des produits, des appareils — *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée* / *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* — *(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? OUI 1. OUI, la totalité du prix 2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle 3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différents produits 4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)* — COMBIEN ? *En francs* — NON pourquoi ? 1. Vous paierez plus tard 2. C'est un accident du travail 3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge et règlent directement le pharmacien 4. L'aide médicale prend tout en charge 6. Produits gratuits, dans un service médical d'entreprise, d'école, etc... 7. Le médecin, le pharmacien a donné le produit | *Pour les produits seulement* — LE TRAITEMENT PAR CE PRODUIT EST-IL TERMINE ? 1. OUI et tout le produit a été utilisé 2. OUI et il reste plus de la moitié du produit que vous gardez 3. OUI et il reste moins de la moitié du produit que vous gardez 4. OUI et le produit non utilisé est jeté 5. NON, mais j'ai arrêté car je ne le supportais pas 6. NON, le traitement se poursuit 7. Sans Objet (produit acheté pour les besoins du ménage) |
|---|---|---|---|---|
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| PH08 | PH091 PH092 PH093 | PH101 PH102 PH103 PH104 | PH111 PH112 PH113 | PH12 |
| | | | 8 | |
| | | | 8 | |
| | | | 8 | |
| | | | 8 | |
| | | | 8 | |

## 5 - ACQUISITIONS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, LUNETTES ET AUTRES APPAREILS

- *Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.*
- *Ne pas oublier les produits utilisés régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine), ceux d'usage courant (alcool à 70°, pansements, etc...).*
- *N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.*
- *Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré ci-contre.*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACQUISITION | | DATE DE L'ACQUISITION | DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | POUR LES PRODUITS SEULEMENT | | |
| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acquisition d'une même personne*<br>*Pour les besoins du ménage noter "90"* | PRENOM | *Jour - Mois* | NOM PRÉCIS DU PRODUIT, DE L'APPAREIL<br>*Pour les produits préciser le dosage s'il fait partie du nom* | QUANTITE ACHETEE<br>*Nombre de conditionnements (boîtes, flacons, ...)* | NOM DU LABORATOIRE FABRICANT | FORME DU PRODUIT<br>*Utiliser le code en encadré en haut page droite* | PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT<br>*Préciser en clair* |
| Exemples: | | | | | | | |
| | | | Doliprane | 2 Boîtes | Rhône-Poulenc | 01 | Boîte de 16 comprimés |
| | | | Aspirine Vit.C | 1 Boîte | U.P.S.A. | 01 | Boîte de 2x10 comp. effer. |
| | | | Tanakan | 1 Flacon | IPSEN | 04 | Gouttes |
| | | | Lunettes | 1 Paire | | | |

| 26 | 1 | | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PHNU | PHIN | PH02J | PH02M | PH03 | PH04 | | PH06 | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |

**FORME DES PRODUITS**

01. Comprimés, cachets, dragées, gélules
02. Granulés, poudres
03. Ampoules buvables
04. Sirops, potions, autres solutés buvables
05. Suppositoires
06. Ovules
07. Ampoules et autres formes injectables
08. Pommades, crèmes, baumes, révulsifs
09. Liquides à usage externe, atomiseurs (y.c. alcool à 70°, collyres, etc...)
10. Bandes, pansements
11. Cotons, gazes
12. Petit matériel : thermomètres, seringues, etc...
13. Autres

**MOTIF DE L'ACQUISITION**

01. Maladie
03. Grossesse, accouchement
04. Contraception
05. I.V.G
06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)
07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)
08. Accident domestique
09. Accident de sports, loisirs, autre
10. Infirmité, handicap
11. Vaccination
13. Prévention

| Le produit, l'appareil, a-t-il été acquis SUR ORDONNANCE ? | QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES PRODUITS, CES APPAREILS ? | | MOTIF DE L'ACQUISITION des produits, des appareils | | AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? | | *Pour les produits seulement* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | OUI | NON pourquoi ? | LE TRAITEMENT PAR CE PRODUIT EST-IL TERMINE ? |
| 1.OUI<br>2.NON | 1. Personne. C'est pour les besoins d'une personne ou du ménage<br>2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation<br>3. Une sage-femme<br>4. A l'hôpital, en clinique<br>5. Un pharmacien<br>6. Un parent<br>7. Un ami, voisin, autre | *Spécialité et date de la séance* | *Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée*<br>*(S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* | *Puis utiliser le code en encadré ci-dessus* | 1. OUI, la totalité du prix<br>2. OUI, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle<br>3. OUI, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé, les différents produits<br>4. OUI, mais vous ne pouvez isoler le débours de celui effectué pour d'autres actes *Aller au tableau 8 (paiements groupés)*<br>COMBIEN? *En francs* | 1. Vous paierez plus tard<br>2. C'est un accident du travail<br>3. La Sécurité Sociale ou une assurance complémentaire prennent tout en charge et règlent directement le pharmacien<br>4. L'aide médicale prend tout en charge<br>6. Produits gratuits, dans un service médical d'entreprise, d'école, etc...<br>7. Le médecin, le pharmacien a donné le produit | 1. OUI et tout le produit a été utilisé<br>2. OUI et il reste plus de la moitié du produit que vous gardez<br>3. OUI et il reste moins de la moitié du produit que vous gardez<br>4. OUI et le produit non utilisé est jeté<br>5. NON, mais j'ai arrêté car je ne le supportais pas<br>6. NON, le traitement se poursuit<br>7. Sans Objet (produit acheté pour les besoins du ménage) |
| 8 | 9 | | 10 | | 11 | | 12 |
| PH08 | PH091 | PH092 PH093 | PH101 | PH102 PH103 PH104 | PH111 | PH112 PH113 | PH12 |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐ ☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐ ☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐ ☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐ ☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ | ☐☐ | ☐ | ☐☐ ☐☐ | ☐ | 8 ☐☐☐☐☐☐ ☐ | ☐ |

## 5 - ACQUISITIONS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, LUNETTES ET AUTRES APPAREILS

- *Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.*
- *Ne pas oublier les produits utilisés régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine), ceux d'usage courant (alcool à 70°, pansements, etc...).*
- *N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.*
- *Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré ci-contre.*

| NUMERO D'ORDRE DE L'ACQUISITION | | DATE DE L'ACQUISITION | DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | POUR LES PRODUITS SEULEMENT | | |
| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque acquisition d'une même personne*<br>*Pour les besoins du ménage noter "90"* | PRENOM | *Jour - Mois* | NOM PRÉCIS DU PRODUIT, DE L'APPAREIL<br>*Pour les produits préciser le dosage s'il fait partie du nom* | QUANTITE ACHETEE<br>*Nombre de conditionnements (boîtes, flacons, ...)* | NOM DU LABORATOIRE FABRICANT | FORME DU PRODUIT<br>*Utiliser le code en encadré en haut page droite* | PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT<br>*Préciser en clair* |
| Exemples: | | | | | | | |
| | | | Doliprane | 2 Boîtes | Rhône-Poulenc | 01 | Boîte de 16 comprimés |
| | | | Aspirine Vit.C | 1 Boîte | U.P.S.A. | 01 | Boîte de 2x10 comp. effer. |
| | | | Tanakan | 1 Flacon | IPSEN | 04 | Gouttes |
| | | | Lunettes | 1 Paire | | | |

| 26 | 1 | | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PHNU | PHIN | PH02J | PH02M | PH03 | PH04 | | PH06 | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

# 6 - INTERRUPTIONS D'ACTIVITE, ALITEMENTS

- *Noter ici les interruptions de l'activité professionnelle pour les actifs, de la scolarité pour les élèves ou les étudiants, pour raisons de santé. Noter également s'il y a une forte réduction de ses activités domestiques pour une femme au foyer, de ses activités sociales ou de loisir pour un inactif.*
- *Noter un alitement si la personne concernée passe au moins la moitié de la journée alitée pour raisons de santé. Ne pas oublier les alitements éventuels avant ou après hospitalisation.*

## 27 A. INTERRUPTIONS D'ACTIVITE, REDUCTIONS D'ACTIVITE

| NUMERO D'ORDRE<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque interruption ou alitement d'une même personne*<br>PRENOM | DATE DE DEBUT DE L'INTERRUPTION D'ACTIVTE OU DE L'ALITEMENT<br>*Si débuté avant la visite précédente, chiffrer "00 00"* | DATE DE FIN DE L'INTERRUPTION D'ACTIVITE OU DE L'ALITEMENT<br>*Pas encore fini, chiffrer "00 00"* | NATURE DE L'ACTIVITE INTERROMPUE OU FORTEMENT REDUITE<br>1. Activité professionnelle<br>2. Tâches ménagères<br>3. Scolarité<br>4. Autres<br>*(Plusieurs réponses possibles)* | MOTIF DE L'INTERRUPTION D'ACTIVITE, DE LA FORTE REDUCTION D'ACTIVITE, DE L'ALITEMENT<br>01. Maladie<br>03. Grossesse, accouchement<br>04. Contraception<br>05. I.V.G<br>06. Accident de la circulation (y compris les accidents de trajet domicile-travail)<br>07. Accident du travail (non compris les accidents de trajet domicile-travail)<br>08. Accident domestique<br>09. Accident de sports, loisirs, autre<br>10. Infirmité, handicap<br>14. Fatigue, dépression<br>15. Autre<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité ou de tout autre motif dans les termes propres de la personne (S'il y a plusieurs motifs, noter et chiffrer les 2 premiers)* |
|---|---|---|---|---|

| | 1 IANU | 1 IAIN | 2 IA02J | 2 IA02M | 3 IA03J | 3 IA03M | 4 IA041 | 4 IA042 | 5 IA051 | 5 IA052 | 5 IA053 | 5 IA054 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | |

## 28 B. ALITEMENTS

| | 1 ALNU | 1 ALIN | 2 AL02J | 2 AL02M | 3 AL03J | 3 AL03M | 4 | 5 AL051 | 5 AL052 | 5 AL053 | 5 AL054 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | |

## 7 - EXAMENS SYSTEMATIQUES, BILANS DE SANTE

- *Noter ici les examens systématiques obligatoires effectués dans le cadre de la médecine du travail, de la médecine scolaire et universitaire, de la médecine militaire (conseil de révision, 3 jours). Noter également les bilans de santé effectués dans des centres de la Sécurité Sociale (les bilans de santé ne sont pas obligatoires).*

- *Attention ! : Noter ici seulement les examens systématiques et les bilans de santé, où sont effectués à la fois une consultation et des examens et analyses. Les bilans de santé effectués à titre privé par un médecin doivent être notés au tableau 2 et, le cas échéant, au tableau 3 si des examens et analyses ont été prescrits.*

| NUMERO D'ORDRE<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque examen ou bilan d'une même personne*<br>PRENOM<br>29 | DATE DE L'EXAMEN, DU BILAN<br>*S'il y en a plusieurs de même nature, indiquer les dates du premier et du dernier*<br>*Jour - Mois* | DANS QUEL CADRE S'EST EFFECTUE L'EXAMEN, LE BILAN ?<br>1. Médecine du travail<br>2. Médecine scolaire ou universitaire<br>3. A l'armée<br>4. Bilan de santé de la Sécurité Sociale<br>5. Autre cas | ACTES PRATIQUES AU COURS DE L'EXAMEN, DU BILAN<br>1. OUI<br>2. NON<br>Consultation de médecin<br>Analyses de sang<br>Electrocardiogramme<br>Radios<br>Autre chose | CET EXAMEN A-T-IL PERMIS LA DECOUVERTE D'UNE MALADIE ?<br>1. OUI<br>2. NON<br>LAQUELLE ?<br>*Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie* |
|---|---|---|---|---|
| 1<br>BINU BIIN | 2<br>BI02J BI02M | 3<br>BI03 | 4<br>BI041 BI042 BI043 BI044 BI045 | 5<br>BI051 BI052 |
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |

## 8 - PAIEMENTS GROUPES

*Seuls les paiements dont le montant est connu seront retenus*

**Inscrire ici**

- *Tout paiement qu'il n'est pas possible de ventiler entre ses diverses causes : séances de médecins, de dentistes, d'infirmières, de masseurs, achats de produits, radios, analyses, examens, traitements, etc...*
- *Tout paiement effectué depuis la dernière visite de l'enquêteur, mais correspondant à des actes (ou à des produits) effectués (acquis), en tout ou partie, antérieurement à la précédente visite.*
- *Tout paiement d'avance pour des actes ou des produits qui seront effectués ou acquis, en tout ou partie, ultérieurement à la précédente visite.*

***Exemples :*** - *Des soins dentaires sur plusieurs séances, dont certaines relevées lors d'une précédente visite*
- *Des piqûres effectuées pendant plus de 3 semaines et payées en bloc, depuis la dernière visite de l'enquêteur*
- *Une radio et une consultation dans le même cabinet médical*

| NUMERO D'ORDRE DU PAIEMENT<br>NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL<br>*Répéter le même numéro pour chaque paiement d'une même personne*<br>PRENOM | DATE DU PAIEMENT<br>*Jour - Mois* | CIRCONSTANCES DU PAIEMENT<br>1. Soins antérieurs à l'enquête<br>2. Soins antérieurs à la précédente visite<br>3. Soins à venir<br>4. Soins de diverses natures<br>*(Plusieurs réponses possibles)* | NATURE DES SOINS CONCERNES<br>1. Dentaires<br>2. Consultation ou visite<br>3. Analyses, examens<br>4. Soins d'auxiliaires paramédicaux<br>5. Produits pharmaceutiques ou appareils<br>*(Plusieurs réponses possibles)* | MONTANT DU PAIEMENT<br>*(En francs)* | NOMBRE DE SEANCES<br>*(Seulement s'il s'agit de soins de même nature)* |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 1<br>PGNU PGIN | 2<br>PG02J PG02M | 3<br>PG031 PG032 PG033 | 4<br>PG041 PG042 PG043 | 5<br>PG05 | 6<br>PG06 |
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |

REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

**QUESTIONNAIRE**

**FINAL**

**1. Partie "MENAGE"**

40

| | |
|---|---|
| **Région de programme** | |
| | QFR |
| **N° de vague** . . . . . | QFV |
| **N° du questionnaire** . . . . . | QFQ |
| **Logement éclaté** . . . . . | QFLE |
| **Département** . . . . . | QFD |
| **Commune** | |
| **N° géographique de la commune** . . . . . | QFCO |
| **Nom de l'enquêteur :** **N°** . . . | QFE |
| **Date de l'interview** . . . . . | QFMJ QFMM QFMA |

Imprimerie Nationale - 1 170020 O 36

*Visa n° 91 X 017 EC du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget (INSEE), valable du 01-04-91 au 30-04-92. Enquête Statistique obligatoire (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique). Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entrainer l'application d'une peine d'amende.*
*Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.*
*La loi n° 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.*

## 1 - GENES OU DIFFICULTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

**Y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées, ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ?**

*(Ne pas tenir compte des gênes ou handicaps momentanés, par exemple : jambe plâtrée à la suite de fractures)*

Oui ..... 1 → *Remplir pour toutes ces personnes le tableau ci-dessous*

Non ..... 2 → *Passer au tableau 2 ci-après*

QFMGE

☐ QFMGE41

| NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL | PRENOM | TYPE DE... LA DEFICIENCE PRINCIPALE | TYPE DE... UNE AUTRE DEFICIENCE EVENTUELLE | ORIGINE DE LA DEFICIENCE PRINCIPALE | APTITUDE DE LA PERSONNE AU DEPLACEMENT | BENEFICIE-T-ELLE D'UNE AIDE REGULIERE ? | FREQUENTE-T-ELLE REGULIEREMENT UNE INSTITUTION SPECIALISEE ? | Y-A-T-IL UNE AIDE FINANCIERE LIEE A LA DEFICIENCE ? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1. Auditive<br>2. Visuelle<br>3. Motrice<br>4. Troubles psychiatriques ou du comportement<br>5. Intellectuelle<br>6. Autre... préciser | | 0. A la naissance (maladie ou malformation)<br>1. Maladie ultérieure<br>2. Accident pendant le travail<br>3. Accident de la circulation<br>4. Accident de sport ou de loisirs<br>5. Accident domestique<br>6. La vieillesse<br>7. Autre... préciser | 1. Ne se lève pas<br>2. Peut se lever un peu<br>3. Peut sortir avec l'aide d'une autre personne<br>4. Peut sortir, mais avec un appareil ou une canne<br>5. N'a besoin d'aucune aide, mais ressent certaines limitations ou gênes<br>6. Aucune gêne | 0. Non<br>OUI...<br>1. par du personnel des services de soins ou d'aide à domicile<br>2. par un parent ou ami<br>3. par une autre personne rémunérée par le ménage | 0. Non<br>1. Hôpital, hôpital de jour<br>2. Etablissement pour handicapés adultes : travail protégé (CAT) réinsertion professionnelle, hébergement (MAS, foyer de vie...)<br>3. Etablissement d'éducation spécialisée pour l'enfance et la jeunesse handicapée : (IME, IMPRO, IMP,...)<br>4. Services à domicile ou ambulatoires pour enfants ou adultes handicapés : (CAMSP, SSESD,...) | 0. Aucune aide<br>1. Allocation d'éducation spéciale<br>2. Allocation aux adultes handicapés<br>3. Rente d'incapacité (accident du travail)<br>4. Pension d'invalidité<br>5. Toute allocation pour tierce personne(y compris allocation compensatrice)<br>6. Autre allocation<br>*(2 réponses possibles)* |
| 41 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| QFMGE1 | | QFMGE2 | QFMGE3 | QFMGE4 | QFMGE5 | QFMGE6 | QFMGE7 | QFMGE81 QFMGE82 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## 2 - ACTIVITES AGRICOLES, REVENUS DU MENAGE

42

**1. Un au moins des membres du ménage est-il exploitant agricole ou membre d'un GAEC ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 → *question 5* | QFMA1 |

**2. Si oui, indiquer la superficie de l'exploitation**

*(en hectares S.A.U., et ares si cette superficie est inférieure à 5 ha)*

| *en hectares* | *en ares* |
|---|---|
| QFMAH2 | QFMAA2 |

**3. Quelle est l'orientation de l'exploitation ?**

*(lire les options possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Polyculture (culture de terres labourables) | 1 | |
| Maraîchage ou horticulture | 2 | |
| Vigne ou arbres fruitiers | 3 | |
| Elevage d'herbivores (bovins, moutons) | 4 | |
| Elevage de granivores (porcs, volaille) | 5 | |
| A la fois polyculture et élevage | 6 | |
| Elevage à la fois d'herbivores et granivores | 7 | |
| Autre | 8 | QFMA3 |

**4. S'il s'agit d'une exploitation "hors sol", quel est le nombre de têtes de...**

| | |
|---|---|
| ...bovins | QFMA41 |
| - dont vaches laitières | QFMA42 |
| ...porcs | QFMA43 |
| ...volailles, lapins | QFMA44 |
| ...chevaux, ovins, caprins | QFMA45 |

**5. Pouvez-vous me donner un ordre de grandeur des ressources mensuelles moyennes de votre ménage, en vous classant dans l'un des groupes suivants ?**

*(y compris primes et allocations)*

*(tendre la carte 5)*

| | | |
|---|---|---|
| Moins de 4 250 F (soit moins de 51 000 F par an) | 01 | |
| De 4 250 F à moins de 5 750 F (51 000 F à moins de 69 000 F par an) | 02 | |
| De 5 750 F à moins de 6 750 F (69 000 F à moins de 81 000 F par an) | 03 | |
| De 6 750 F à moins de 8 500 F (81 000 F à moins de 102 000 F par an) | 04 | |
| De 8 500 F à moins de 10 500 F (102 000 F à moins de 126 000 F par an) | 05 | |
| De 10 500 F à moins de 13 000 F (126 000 F à moins de 156 000 F par an) | 06 | |
| De 13 000 F à moins de 15 500 F (156 000 F à moins de 186 000 F par an) | 07 | |
| De 15 500 F à moins de 19 000 F (186 000 F à moins de 228 000 F par an) | 08 | |
| De 19 000 F à moins de 27 500 F (228 000 F à moins de 330 000 F par an) | 09 | |
| 27 500 F et plus (330 000 F par an et plus) | 10 | |
| Refus ou ne sait pas | 99 | QFMA5 |

## 3 - QUESTIONS D'INFORMATION GENERALE

43

**1. Y a-t-il quelqu'un qui vient régulièrement à domicile pour vous aider dans vos travaux ménagers ?**

| | Oui | Non | |
|---|---|---|---|
| Parents, amis, voisins | 1 | 2 | QFMD11 |
| Bonne, femme de ménage, autre personnel rémunéré | 1 | 2 | QFMD12 |
| Aide ménagère, travailleuse familiale | 1 | 2 | QFMD13 |
| Soins à domicile aux personnes âgées | 1 | 2 | QFMD14 |
| Autres (préciser ) | 1 | 2 | QFMD15 |

**2. Vous arrive-t-il de consulter un médecin par téléphone, ou de lui demander un conseil téléphonique ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, fréquemment | 1 | |
| Oui, de temps en temps | 2 | |
| Non | 3 | |
| Sans objet | 0 | QFMD2 |

**3. Y a-t-il, parmi vos proches, une personne ayant une profession médicale, et à qui vous demandiez souvent conseil ?**

*(Y compris vous-même ou une personne du ménage)*

| | Oui | Non | S.O | |
|---|---|---|---|---|
| Un médecin | 1 | 2 | 0 | QFMD31 |
| Un dentiste | 1 | 2 | 0 | QFMD32 |
| Un pharmacien | 1 | 2 | 0 | QFMD33 |
| Un auxiliaire médical (infirmière, kinésithérapeute,..) | 1 | 2 | 0 | QFMD34 |
| Un étudiant en médecine | 1 | 2 | 0 | QFMD35 |
| Autre (préciser) | 1 | 2 | 0 | QFMD36 |

**4. Accepteriez-vous, d'ici quelque temps, une conversation libre avec un chercheur envoyé par l'INSEE, pour approfondir certains des sujets dont nous avons parlé ?**
**Cet entretien durerait environ une heure, et serait enregistré sur magnétophone.**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | QFMD4 |

**5. Souhaitez-vous recevoir les premiers résultats de l'enquête, dont la publication est prévue vers le début de l'année 1993 ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | QFMD5 |

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

QUESTIONNAIRE

FINAL

2. Partie "INDIVIDU"

44

| | | |
|---|---|---|
| N° de la visite . . . . . | ⌊_⌋ | QFINV |
| Date de l'interview . . . . . | ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ | QFIJ QFIM QFIA |
| Individu Kish : | | |
| Prénom | | |
| Numéro . . . . . | ⌊_⌋ | QFINI |
| | Oui Non | |
| L'individu a-t-il répondu seul ? . . . . . | 1 2 | QFINP |
| A-t-il été aidé par une autre personne ? . . . . . | 1 2 | QFINIQ |
| Etait-il présent ? . . . . . | 1 2 | QFIPRE |

## 1 - PARAGRAPHE SUR LA VUE

45

**1. Portez-vous des lunettes correctives ou des lentilles de contact ?**
*(2 réponses différentes maximum)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Oui, pour lire, écrire ou voir de près | 1 | | |
| Oui, pour conduire ou voir de loin | 2 | | |
| Non | 3 | → *question 4* | |
| Sans objet (personne non voyante) | 0 | → *paragraphe suivant* | SYVU01 x |

**2. De quand datent vos premières lunettes ou lentilles ?** ..... 1 9 _ _ SYVU02

- *si moins de 2 ans, aller au paragraphe "Dentition"*

**3. Quand les avez-vous changées pour la dernière fois ?** ..... 1 9 _ _ SYVU03
*(si jamais changées, noter "1900")*

- *si moins de 2 ans, aller au paragraphe "Dentition"*

**4. Votre vue a-t-elle baissé récemment ?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Oui | 1 | | |
| Non | 2 | → *question 6* | SYVU04 |

**5. Si oui, un médecin vous a-t-il examiné depuis qu'elle a baissé ?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Oui, à l'occasion d'une visite obligatoire | 1 | → *paragraphe suivant* | |
| Oui, de ma propre initiative | 2 | | |
| Non | 3 | | SYVU05 |

**6. Avez-vous mal à la tête ou aux yeux si vous lisez le journal ou des revues pendant un certain temps ?**
*(avec vos lunettes si vous en avez pour voir de près)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | |
| Sans objet (ne lit pas) | 0 | SYVU06 |

**7. Avez-vous des difficultés pour lire les panneaux indicateurs routiers ?**
*(avec vos lunettes si vous en avez pour voir de loin)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | |
| Sans objet (ne conduit pas) | 0 | SYVU07 |

**8. Eprouvez-vous des difficultés à enfiler une aiguille ?**
*(avec vos lunettes si vous en avez pour voir de près)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | |
| Sans objet (ne coud pas) | 0 | SYVU08 |

**9. Quand avez-vous consulté un médecin ou fait faire un contrôle de votre vue pour la dernière fois ?**

| | |
|---|---|
| Il y a moins de 6 mois | 1 |
| Entre 6 mois et 2 ans | 2 → *paragraphe suivant* |
| Entre 2 et 3 ans | 3 |
| Il y a 3 ans ou plus | 4 |
| Jamais | 5 |
| Ne sait pas | 9 |

SYVU09

**10. Pourquoi n'avez-vous pas consulté, ou consulté plus récemment ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Je n'en ai pas besoin, ma vue est bonne ou mes lunettes me corrigent bien | 01 |
| Ce n'est pas très gênant | 02 |
| Le médecin n'y peut rien | 03 |
| Je n'ai pas envie de porter de lunettes | 04 |
| Le médecin est trop loin | 05 |
| Je n'ai pas le temps, ou l'attente est trop longue | 06 |
| Les lunettes coûtent trop cher et sont trop mal remboursées | 07 |
| Je dois le faire bientôt | 08 |
| Autre : préciser | 09 |
| Ne sait pas | 99 |

SYVU10 x

## 2 - PARAGRAPHE SUR LA DENTITION

46

**1. Avez-vous déjà perdu ou fait arracher des dents, en dehors des dents de sagesse ou des dents de lait ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 → *question 7* |

SYDE01

**2. Etait-ce des dents en trop ou qui se chevauchaient ?**

| | |
|---|---|
| Oui, toutes | 1 → *question 7* |
| Oui, mais certaines seulement | 2 |
| Non | 3 |

SYDE02

**3. En dehors des dents "en trop ou qui se chevauchaient", avez-vous fait remplacer les autres par des prothèses (bridges, appareils, dentiers) ?**

| | |
|---|---|
| Oui, toutes | 1 → *question 7* |
| Oui, mais en partie seulement | 2 |
| Non | 3 |

SYDE03

**4. Combien vous manque-t-il de dents non remplacées ?** ..... | | SYDE04

*(- non compris les dents de sagesse, les dents en trop et celles qui se chevauchaient ;*

*- par dents "remplacées" on entend celles pour lesquelles la personne dispose d'une prothèse ou d'un appareil, même si elle ne le porte pas)*

**5. Quel type de dents vous manque-t-il ?**

*(2 réponses différentes possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Des dents de côté ..... | 1 | |
| Des dents de devant ..... | 2 | SYDE05 x |

**6. Pourquoi ne les avez-vous pas fait remplacer ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | | |
|---|---|---|
| Le dentiste juge inutile ou contre-indiqué de les remplacer ..... | 01 | |
| Ce n'est pas gênant ..... | 02 | |
| A mon âge, ça ne sert plus à rien ..... | 03 | |
| Je n'aime pas aller chez le dentiste ..... | 04 | |
| Le dentiste est trop loin ..... | 05 | |
| Je n'ai pas le temps, ou l'attente est trop longue ..... | 06 | |
| C'est trop cher et mal remboursé ..... | 07 | |
| Je vais le faire prochainement ..... | 08 | |
| Autre (préciser) | 09 | |
| Ne sait pas ..... | 99 | SYDE06 x |

**7. Avez-vous des prothèses dentaires ? (couronnes, dentiers, bridges, plombages, ...)**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui, un ou plusieurs bridges ..... | 1 | |
| Oui, une ou plusieurs couronnes ..... | 2 | |
| Oui, une ou plusieurs dents sur pivot ..... | 3 | |
| Oui, un dentier ou appareil ..... | 4 | → *questions 8 et 9* |
| Oui, des plombages, amalgames,... ..... | 5 | |
| Non, aucune prothèse, ni plombage ..... | 6 | SYDE07 x |

■ *Si réponse "4", poser les questions 8 et 9. Sinon, aller à la question 10*

**8. Si vous avez un dentier ou un appareil, le portez-vous ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, en permanence ..... | 1 | → *question 10* |
| Oui, pendant la journée ..... | 2 | |
| Oui, mais seulement de temps en temps ou seulement une partie ..... | 3 | |
| Non ..... | 4 | SYDE08 |

**9. Si "3" ou "4", pourquoi ne le portez-vous pas, ou peu ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | | |
|---|---|---|
| Il me fait mal ..... | 1 | |
| Il est gênant ou mal adapté ..... | 2 | |
| Je n'en ai besoin que pour manger ..... | 3 | |
| Il est abîmé ..... | 4 | |
| Autre (préciser) | 5 | SYDE09 x |

**10. De quand date votre dernière visite chez le dentiste ?**

| | |
|---|---|
| Je suis en cours de traitement | 1 |
| Elle date de moins d'un an | 2 → *paragraphe suivant* |
| Elle date de un à deux ans | 3 |
| Elle date de deux à cinq ans | 4 |
| Elle date de cinq à dix ans | 5 |
| Elle date de dix ans ou plus | 6 |
| Je n'y suis jamais allé | 7 |
| Ne sait pas | 9 |

SYDE10

**11. Pourquoi n'y êtes-vous pas allé, ou pas allé plus récemment ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Je n'en ai pas besoin, mes dents sont bonnes | 01 |
| Depuis que j'ai un dentier, ça n'est plus la peine | 02 |
| Cela n'en vaut pas la peine | 03 |
| Je n'aime pas aller chez le dentiste | 04 |
| Le dentiste est trop loin | 05 |
| Je n'ai pas le temps, ou l'attente est trop longue | 06 |
| C'est trop cher et trop mal remboursé | 07 |
| Je dois le faire prochainement | 08 |
| Autre (préciser) | 09 |
| Ne sait pas | 99 |

SYDE11 x

## 3 - PARAGRAPHE SUR LA CIRCULATION VEINEUSE DES JAMBES

47

**1. Avez-vous des varices aux jambes ?**

*(Si la personne a été opérée des varices et n'en a plus, noter "Non")*

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Sans objet (personne amputée) | 0 → *paragraphe suivant* |

SYJA01

**2. Vous arrive t-il fréquemment (en voyage, ou lorsque vous restez longtemps debout, ou suite à une marche) d'avoir les jambes gonflées ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Sans objet (pas de marche ou de station debout) | 0 |

SYJA02

**3. Vous arrive-t-il fréquemment, dans les mêmes circonstances (voyages, station debout prolongée, marche), d'éprouver une sensation douloureuse dans les jambes ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Sans objet (pas de marche ou de station debout) | 0 |

SYJA03

■ *Si "non" ou "sans objet" aux trois questions précédentes aller au paragraphe suivant*

**4. Si "oui" à l'une d'elles, avez-vous consulté un docteur pour l'un de ces problèmes ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Oui, et j'ai subi une opération | 1 |
| Oui, et je suis un traitement prescrit par le médecin (y compris le port de bas à varices) | 2 |
| Oui, j'ai consulté un médecin depuis moins d'un an | 3 |
| Oui, je suis suivi par un médecin pour des problèmes voisins (hypertension,...) | 4 |
| Oui, mais j'ai consulté un médecin pour la dernière fois il y a plus d'un an | 5 |
| Non, mais je suis un traitement que j'ai choisi moi-même (y compris le port de bas à varices, ou une cale sous le pied du lit) | 6 |
| Je n'ai jamais consulté de médecin pour cela | 7 |
| Ne sait pas (personnes âgées, régulièrement suivies, mais ne sachant pas si le médecin contrôle ce problème) | 9 |

SYJA04 x

**5. Pour ceux qui ont consulté pour ces problèmes que vous a dit le médecin ?**

Préciser en clair

SYJA05

**6. Pour ceux qui n'ont pas consulté depuis un an, pourquoi ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Cela n'en vaut pas la peine | 01 |
| Le médecin n'y peut rien | 02 |
| Je n'aime pas aller voir un médecin | 03 |
| Le médecin est trop loin | 04 |
| Je n'ai pas le temps, ou l'attente est trop longue | 05 |
| Je me soigne moi-même | 06 |
| Cela coûte trop cher | 07 |
| Je dois aller en consulter un bientôt | 08 |
| Autre (préciser) | 09 |
| Ne sait pas | 99 |

SYJA06 x

## 4 - PARAGRAPHE SUR LES HABITUDES DE VIE

48

**1. Contrôlez-vous régulièrement votre poids, et tous les combien ?**

| | |
|---|---|
| Oui, au moins une fois par semaine | 1 |
| Oui, au moins une fois par mois | 2 |
| Oui, plusieurs fois par an | 3 |
| Non, rarement ou jamais | 4 |

SYHA01

**2. Suivez-vous un régime, et lequel ?**

*(3 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Oui, sans sel | 1 |
| Oui, pour diabétique | 2 |
| Oui, amaigrissant | 3 |
| Oui, autre (préciser) | 4 |
| Non, pas vraiment de régime, mais je fais attention | 5 → *question 4* |
| Non, aucun régime | 6 |

SYHA02 x

**3. A-t-il été prescrit, ou est-il surveillé par un médecin ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |

SYHA03

**4. Prenez-vous les boissons énumérées ci-dessous ? Si oui, combien de verres environ en 24 heures ?**

| | Oui | Non | | Nombre de verres | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eau (1 litre = 8 verres) | 1 | 2 | a | | a |
| Lait (1 litre = 8 verres) | 1 | 2 | b | | b |
| Café, thé (1tasse = 1/2 verre ; 1bol = 2 verres) | 1 | 2 | c | | c |
| Boissons "allégées" (Coca light, bière sans alcool, etc...) | 1 | 2 | d | | d |
| Jus de fruits, soda, coca, sirop, etc | 1 | 2 | e | | e |
| Vin (1 bouteille = 6 verres) | 1 | 2 | f | | f |
| Bière, cidre | 1 | 2 | g | | g |
| Apéritifs, digestifs, alcools forts | 1 | 2 | h | | h |
| | SYHA04 x | | | SYB x | |

**5. Avez-vous autrefois consommé davantage de boissons alcoolisées ?**

Oui ..... 1
Non ..... 2 → *question 7* SYHA05

**6. Si oui, à l'époque où vous consommiez le plus, combien de verres par jour preniez-vous de :**

Vin ..... SYHA061
Bière, cidre ..... SYHA062
Apéritifs, digestifs, alcools forts ..... SYHA063

**7. Prenez-vous régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, depuis au moins six mois, des médicaments, lesquels et depuis combien d'années ?**

*(y compris : somnifères, contraceptifs, vitamines...)*

Oui ..... 1
Non ..... 2 → *paragraphe suivant* SYHA07

**a) Somnifères, tranquillisants, médicaments contre l'anxiété ou la dépression, anti-douleur et anti-inflammatoires.**

SYHANLG

*Noter le nom exact de chacun d'eux et le nombre d'années*

| | Nombre d'années |
|---|---|
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| 6 | 6 |
| 7 | 7 |
| SYHA07 x | SYHAD1 x |

**b) Autres**

*Coder les catégories prises et le nombre d'années*

| | Oui | Non | | Nombre d'années | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contraceptifs | 1 | 2 | 1 | | 1 |
| Laxatifs | 1 | 2 | 2 | | 2 |
| Vitamines, minéraux, fortifiants | 1 | 2 | 3 | | 3 |
| Autres | 1 | 2 | 4 | | 4 |
| | SYHAB x | | | SYHADB x | |

## 5 - PARAGRAPHE SUR LA PERCEPTION DE SA SANTE, LES EVENEMENTS DE VIE

49

**1. Actuellement, compte tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ?**

| | | |
|---|---|---|
| Très bon | 1 | |
| Bon | 2 | |
| Moyen | 3 | |
| Médiocre | 4 | |
| Franchement mauvais | 5 | |
| Ne sait pas | 9 | SYPE01 |

**2. Avez-vous vécu récemment, depuis environ un an, un évènement qui vous a beaucoup marqué, comme le décès d'un proche, une séparation, le chômage, une maladie ou accident... ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 → *question 4* | SYPE02 |

**3. Si oui, lequel, ou lesquels ?**

☐ SYPE03

**4. Avez-vous connu des évènements familiaux graves avant d'avoir atteint 18 ans ?**

| | Oui | Non | |
|---|---|---|---|
| Séparation ou divorce des parents | 1 | 2 | SYPE04a |
| Maladies, handicaps ou accidents graves du père | 1 | 2 | SYPE04b |
| Maladies, handicaps ou accidents graves de la mère | 1 | 2 | SYPE04c |
| Graves disputes ou mésententes entre les parents | 1 | 2 | SYPE04d |

Autre (par exemple : graves problèmes de santé, manque d'argent, être recueilli par l'Assistance Publique, manque d'affection...), préciser :

☐ SYPE05

## 6 - PARAGRAPHE SUR L'ANXIETE, LE SOMMEIL, L'IRRITABILITE

50

**1. Diriez-vous qu'habituellement, les phrases suivantes s'appliquent à votre cas ?**

| | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Sans objet * | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vous vous sentez nerveux, tendu | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | a |
| Vous vous faites du souci pour des choses qui ne sont pas graves | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | b |
| Vous vous sentez souvent effrayé, apeuré | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | c |
| Vous avez du mal à vous concentrer | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | d |
| Vous vous sentez souvent fatigué | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | e |
| Vous vous fâchez pour des choses sans importance | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | f |
| Vous avez des difficultés à vous endormir ou à rester endormi | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | g |
| Vous avez souvent des douleurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | h |
| Vous vous sentez sans espoir en pensant à l'avenir | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | i |
| Vous vous sentez seul | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | j |

SYAN01 x

*Sans objet = *par exemple* : Je prends des médicaments pour cela

- *Si une au moins des réponses ci-dessus = 4, poser les questions 2 à 4 ci-après*
- *Sinon, aller au paragraphe suivant.*

**2. Ces difficultés, signalées à la question précédente, ...**

| | Oui | Non | Sans objet | |
|---|---|---|---|---|
| Vous ont-elles obligé à vous absenter de votre travail ou de vos études, ou à les interrompre ? | 1 | 2 | 0 | a |
| Sinon, perturbent-elles votre travail ou vos études, sans aller jusqu'à vous absenter ? | 1 | 2 | 0 | b |
| Perturbent-elles votre vie de famille ? | 1 | 2 | 0 | c |

SYAN02 x

**3. En avez-vous parlé avec un professionnel de la santé ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | → *paragraphe suivant* |

SYAN03

**4. Si oui, à qui ?**

*(2 réponses différentes maximum)*

| | |
|---|---|
| Un médecin généraliste | 1 |
| Un psychologue, un psychanalyste, un psychiatre | 2 |
| Une assistante sociale | 3 |
| Autre, préciser | 4 |

SYAN04 x

## 7 - PARAGRAPHE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

*(à ne poser qu'aux actifs ayant actuellement un emploi)*

51

**1. Diriez-vous que votre travail actuel présente les caractéristiques suivantes ?**

| | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Sans objet * | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Il vous permet d'apprendre des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | a |
| Il est varié | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | b |
| Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | c |
| Vous vous sentez concerné par l'utilité de votre travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | d |

**Vous avez des relations satisfaisantes...**

| | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Sans objet * | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ... avec vos collègues ou confrères | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | e |
| ... avec vos chefs et subordonnés | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | f |
| ... avec le public (clients, usagers, patients, etc...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | g |

SYCT01x

*Sans objet = *par exemple* : Cas des indépendants

**2. Votre emploi correspond-il à votre formation ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Il ne demande aucune formation | 2 |
| Il est dans le même domaine, mais vous avez une formation de niveau supérieur | 3 |
| Il est dans le même domaine, mais vous avez une formation de niveau inférieur | 4 |
| Non, il réclame une formation différente | 5 |
| Sans objet (la personne n'a pas eu de formation) | 0 |

SYCT02

**3. Vivez-vous des situations de tension importante dans votre travail, à cause du risque de licenciement (individuel ou collectif) ou de faillite ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |

SYCT03

## 8. PARAGRAPHE SUR LES INCAPACITES

***(à ne poser qu'aux personnes âgées de 65 ans et plus)***

*Ce paragraphe ne concerne que les incapacités permanentes. On excluera donc les gênes ou limitations d'activité temporaires, dues par exemple à une maladie passagère, ou à un accident en voie de guérison.*

*Si la réponse aux questions 1, 2 ou 3 est évidente, celles-ci peuvent être gênantes à poser. Dans ce cas, l'enquêteur pourra les remplir sans les poser. Il devra néanmoins tenir compte des filtres comme si elles avaient été posées normalement.*

52

**1. Etes-vous confiné(e) au lit en permanence, même si vous pouvez bénéficier de l'aide d'un tiers pour vous lever ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 → *question 3, puis question 7* |
| Non | 2 |

SYIN01

**2. Etes-vous obligé(e) de rester toute la journée dans un fauteuil (non roulant), même si vous pouvez bénéficier de l'aide d'un tiers pour marcher ?**

| | |
|---|---|
| Oui | 1 → *question 3, puis question 7* |
| Non | 2 → *question 4* |

SYIN02

**3. Pouvez-vous vous coucher ou vous lever du lit seul(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non, vous ne pouvez vous lever ou vous coucher sans aide | 4 | SYIN03 |

■ *Rappel : si oui aux questions "1" ou "2" au bas de la page précédente, aller à la question 7*

**4. Etes-vous confiné(e) dans votre maison ou appartement, y compris votre jardin ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | SYIN04 |

**5. Quelle est la plus longue distance que vous pouvez parcourir en marchant seul(e), sans vous arrêter et sans être gravement incommodé(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Quelques pas seulement | 1 → *question 7* | |
| Plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres | 2 | |
| 200 mètres ou plus | 3 | SYIN05 |

**6. Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier d'une traite ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN06 |

**7. Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller seul(e)**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN07 |

**8. Pouvez-vous faire votre toilette seul(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN08 |

**9. Pouvez-vous vous rendre aux toilettes et les utiliser seul(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN09 |

**10. Pouvez-vous, quand vous êtes debout, vous courber pour ramasser un objet tombé par terre ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN10 |

**11. Pouvez-vous vous nourrir, y compris couper vos aliments seul(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN11 |

**12. Voyez-vous suffisamment bien (avec vos lunettes) pour lire un livre ou un journal ou faire des mots croisés ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN12 |

**13. Pouvez-vous habituellement suivre une conversation téléphonique ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | SYIN13 |

**14. Pouvez-vous, habituellement rédiger un chèque lisiblement et sans risque d'erreur, ou remplir vos feuilles de maladie ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | |
| Sans objet (ne le fait jamais) | 0 | SYIN14 |

**15. Pouvez-vous habituellement préparer votre repas seu(e) ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, sans difficulté | 1 | |
| Oui, sans trop de difficulté | 2 | |
| Oui, mais avec beaucoup de difficulté | 3 | |
| Non | 4 | |
| Sans objet (n'a jamais à le faire) | 0 | SYIN15 |

REPUBLIQUE FRANCAISE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES
18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

CREDES
CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE
ET DE DOCUMENTATION EN
ECONOMIE DE LA SANTE
1, Rue Paul Cézanne, 75008 PARIS

# ENQUETE
# sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX
# 1991-1992

**QUESTIONNAIRE**

**FINAL**

**D'ETE**

60

| | |
|---|---|
| **Région de programme** | |
| | ETER |
| **N° de vague** . . . . . | E ETEV |
| **N° du questionnaire** . . . . . | ETEQ |
| **Logement éclaté** . . . . . | ETEL |
| **Département** . . . . . | ETED |
| **Commune** | |
| **N° géographique de la commune** . . . . . | ETECO |
| **Nom de l'enquêteur :** **N°** . . . | ETEE |
| **Date de l'interview** . . . . . | ETEJ ETEM ETEA |

*Visa n° 91 X 017 EC du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget (INSEE), valable du 01-04-91 au 30-04-92. Enquête Statistique obligatoire (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique). Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entrainer l'application d'une peine d'amende.*
*Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.*
*La loi n° 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès des directions et services régionaux de l'INSEE.*

## 1 - ACTIVITES AGRICOLES, REVENUS DU MENAGE ET QUESTIONS D'INFORMATION GENERALE

61

**1. Un au moins des membres du ménage est-il exploitant agricole ou membre d'un GAEC ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 → *question 5* | ETE101 |

**2. Si oui, indiquer la superficie de l'exploitation**

*(en hectares S.A.U., et ares si cette superficie est inférieure à 5 ha)*

| *en hectares* | *en ares* |
|---|---|
| ETE102H | ETE102A |

**3. Quelle est l'orientation de l'exploitation ?**

*(lire les options possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Polyculture (culture de terres labourables) | 1 | |
| Maraîchage ou horticulture | 2 | |
| Vigne ou arbres fruitiers | 3 | |
| Elevage d'herbivores (bovins, moutons) | 4 | |
| Elevage de granivores (porcs, volaille) | 5 | |
| A la fois polyculture et élevage | 6 | |
| Elevage à la fois d'herbivores et granivores | 7 | |
| Autre | 8 | ETE103 |

**4. S'il s'agit d'une exploitation "hors sol", quel est le nombre de têtes de...**

| | |
|---|---|
| ...bovins | ETE1041 |
| - dont vaches laitières | ETE1042 |
| ...porcs | ETE1043 |
| ...volailles, lapins | ETE1044 |
| ...chevaux, ovins, caprins | ETE1045 |

**5. Pouvez-vous me donner un ordre de grandeur des ressources mensuelles moyennes de votre ménage, en vous classant dans l'un des groupes suivants ?**

*(y compris primes et allocations)*

*(tendre la carte 5)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Moins de 4 250 F | (soit moins de 51 000 F par an) | 01 | |
| De 4 250 F à moins de 5 750 F | (51 000 F à moins de 69 000 F par an) | 02 | |
| De 5 750 F à moins de 6 750 F | (69 000 F à moins de 81 000 F par an) | 03 | |
| De 6 750 F à moins de 8 500 F | (81 000 F à moins de 102 000 F par an) | 04 | |
| De 8 500 F à moins de 10 500 F | (102 000 F à moins de 126 000 F par an) | 05 | |
| De 10.500 F à moins de 13 000 F | (126 000 F à moins de 156 000 F par an) | 06 | |
| De 13 000 F à moins de 15 500 F | (156 000 F à moins de 186 000 F par an) | 07 | |
| De 15 500 F à moins de 19 000 F | (186 000 F à moins de 228 000 F par an) | 08 | |
| De 19 000 F à moins de 27 500 F | (228 000 F à moins de 330 000 F par an) | 09 | |
| 27 500 F et plus | (330 000 F par an et plus) | 10 | |
| Refus ou ne sait pas | | 99 | ETE105 |

6. Accepteriez-vous, d'ici quelque temps, une conversation libre avec un chercheur envoyé par l'INSEE, pour approfondir certains des sujets dont nous avons parlé ?
Cet entretien durerait environ une heure, et serait enregistré sur magnétophone ?

Oui ..... 1
Non ..... 2 ETE106

7. Souhaiteriez-vous recevoir les premiers résultats de l'enquête, dont la publication est prévue vers le début de l'année 1993 ?

Oui ..... 1
Non ..... 2 ETE107

## 2 - DEPARTS EN VACANCES DES DIFFERENTS MEMBRES DU MENAGE

**1. Quelqu'un de votre ménage est-il parti en vacances au moins 7 jours depuis le 15 Juin dernier ?**

62

Oui ..... 1 → *question 3*

Non ..... 2 ETE201

**2. Sinon, pouvez-vous indiquer de quand date votre dernier départ, à vous ?** .....

Mois ETE202M | Année ETE202A → *paragraphe 5*

**3. Pouvez-vous indiquer, pour chacun des membres de votre ménage, s'il est parti en vacances depuis le 15 juin, et si oui, à quelles périodes ?**

***Notes pour l'enquêteur***

1. *On entendra par une "période" de vacances, l'intervalle entre un départ en vacances et un retour, même si on a séjourné successivement à plusieurs endroits*
2. *Dans le cas d'un séjour fixe, on négligera les "sauts" de 24 ou 48 heures au domicile principal intervenus au cours de ce séjour*
3. *Ne pas tenir compte :*
   - *des périodes inférieures à 7 jours consécutifs*
   - *des déplacements professionnels*
4. *Ne pas oublier :*
   - *les séjours des enfants en centres de vacances*
   - *les séjours auxquels n'ont pris part qu'une partie des membres du ménage*
   - *les cures en stations thermales*

| NUMERO INDIVIDUEL | PRENOM | 1ère PERIODE DEBUT Jour / Mois | 1ère PERIODE FIN Jour / Mois | 2e PERIODE DEBUT Jour / Mois | 2e PERIODE FIN Jour / Mois | 3e PERIODE DEBUT Jour / Mois | 3e PERIODE FIN Jour / Mois | 4e PERIODE DEBUT Jour / Mois | 4e PERIODE FIN Jour / Mois |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63 | | 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | |
| ETE2031 | | ETE2032D | ETE2032F | ETE2033D | ETE2033F | ETE2034D | ETE2034F | ETE2035D | ETE2035F |
| 0 1 | | | | | | | | | |
| 0 2 | | | | | | | | | |
| 0 3 | | | | | | | | | |
| 0 4 | | | | | | | | | |
| 0 5 | | | | | | | | | |
| 0 6 | | | | | | | | | |
| 0 7 | | | | | | | | | |
| 0 8 | | | | | | | | | |
| 0 9 | | | | | | | | | |
| 1 0 | | | | | | | | | |

*Une fois ce tableau rempli, on procèdera comme suit :*

- *S'il n'y a pas eu de départ en vacances d'une durée supérieure ou égale à 7 jours, on passera immédiatement au paragraphe 5, consacré à des questions générales sur santé et consommation de soins en période estivale ;*

- *S'il y a eu au moins une période de 7 jours et plus, on en sélectionnera une ou deux, de la façon suivante :*

  - *en premier, la période la plus longue pendant laquelle est partie la personne répondant au questionnaire (si elle est elle-même partie) ; cette période sera décrite dans le paragraphe 3 ;*

  - *en second, s'il y a lieu, parmi les périodes auxquelles elle n'a pas participé, choisir la plus longue ; cette période sera décrite dans le paragraphe 4.*

  → *puis on remplira le paragraphe 5.*

## 3 - DESCRIPTION DE LA PERIODE DE VACANCES N°1

64

**1. Parmi les membres du ménage, qui a participé à ce séjour ?**

*(on relèvera uniquement les personnes ayant séjourné au moins 7 jours consécutifs)*

| Prénom | Prénom | N° individu | N° individu | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ETE3001 ETE3002 |
| | | | | ETE3003 ETE3004 |
| | | | | ETE3005 ETE3006 |
| | | | | ETE3007 ETE3008 |
| | | | | ETE3009 ETE3010 |

**2. S'agissait-il d'un séjour fixe ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui, un séjour dans un seul endroit | 1 | |
| Non, un séjour fractionné en plusieurs lieux successifs | 2 | |
| Non, des vacances itinérantes ou une randonnée | 3 | ETE302 |

■ *Dans les questions 3 à 5, ne pas tenir compte des arrêts de moins de 4 jours*

**3. Où ce séjour s'est-il passé ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| A la mer | 1 | |
| A la montagne | 2 | |
| A la campagne | 3 | |
| A la ville | 4 | ETE303x |

**4. Dans quel pays ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| En France | 1 | |
| Dans les pays méditerranéens | 2 | |
| Dans d'autres pays d'Europe (URSS comprise) | 3 | |
| En Asie | 4 | |
| En Afrique | 5 | |
| En Amérique du Nord | 6 | |
| En Amérique latine | 7 | |
| Autres (préciser) | 8 | ETE304x |

**5. Où logiez-vous ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Dans votre résidence secondaire | 1 | |
| Chez de la famille ou des amis | 2 | |
| A l'hôtel, en pension de famille, chambre d'hôte | 3 | |
| En location | 4 | |
| En camping, camping-car, caravaning | 5 | |
| Dans un club ou un organisme de vacances | 6 | |
| En colonie, ou dans un club de jeunesse | 7 | |
| Autre (préciser) | 8 | ETE305x |

**6. Avez-vous choisi cette forme ou ce lieu de vacances pour des raisons de santé (en tout ou partie) ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui, pour suivre une cure | 1 | |
| Oui, pour les enfants | 2 | |
| Oui, pour moi ou pour nous (mon conjoint et moi) | 3 | |
| Autre (préciser) | 4 | ETE306 x |
| Non | 5 | |

**7. Quel moyen de transport avez-vous utilisé principalement :**

**a) Pour vous rendre au lieu de vacances initial ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Véhicule à moteur individuel (auto, moto) | 1 | |
| Autre moyen individuel (vélo, à pied) | 2 | |
| Véhicule collectif sur route (car) | 3 | |
| Autre transport collectif (train, avion, bateau) | 4 | ETE307ax |

**b) Pour vous déplacer au cours de vos vacances** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Sans objet, vacances fixes, pas ou peu de déplacements | 0 | |
| Véhicule à moteur individuel (auto, moto) | 1 | |
| Autre moyen individuel (vélo, à pied) | 2 | |
| Véhicule collectif sur route (car) | 3 | |
| Autre transport collectif (train, avion, bateau) | 4 | ETE307bx |

**8. Vous-même...**

**a) Au cours de ce séjour, avez-vous pratiqué les activités physiques ou sportives suivantes ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Promenade | 1 | → *question 9* |
| Randonnée, golf, jogging, cyclisme, équitation | 2 | |
| Baignade, sports aquatiques (planche à voile, ski nautique,...) | 3 | |
| Tennis | 4 | |
| Alpinisme | 5 | |
| Autre : (préciser) | 6 | |
| Non, aucune | 7 | ETE308ax |

**b) Avez-vous une activité sportive habituelle pendant l'année ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ETE308b |

**c) Vous étiez-vous préparé physiquement aux activités de vacances ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non, pas de préparation particulière | 2 | ETE308c |

**9. Votre conjoint éventuel (s'il a participé au séjour)...**

**a) Au cours de ce séjour, a-t-il pratiqué les activités physiques ou sportives suivantes ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Promenade | 1 | → *question 10* |
| Randonnée, golf, jogging, cyclisme, équitation | 2 | |
| Baignade, sports aquatiques (planche à voile, ski nautique,...) | 3 | |
| Tennis | 4 | |
| Alpinisme | 5 | |
| Autre : (préciser) | 6 | |
| Non, aucune | 7 | ETE309ax |

**b) A-t-il une activité sportive habituelle pendant l'année ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ETE309b |

**c) S'était-il préparé physiquement aux activités de vacances ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non, pas de préparation particulière | 2 | ETE309c |

**10. Avez-vous souscrit, avant les vacances, une assurance spéciale, du type "Europ Assistance", couvrant accidents ou problèmes de santé ?**

| | | |
|---|---|---|
| Sans objet : a une assurance de ce type en permanence | 0 | |
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ETE310 |

**11. Avant les vacances, ou avant l'été, aviez-vous ...**

| | Oui | Non | |
|---|---|---|---|
| Suivi un régime alimentaire particulier ? | 1 | 2 | ETE311a |
| Fait faire un bilan de santé spécial par un médecin ? | 1 | 2 | ETE311b |
| Eté voir votre médecin soignant pour faire provision de médicaments ? | 1 | 2 | ETE311c |
| Eté vous faire contrôler ou soigner les dents ? | 1 | 2 | ETE311d |
| Effectué des vaccins de précaution ? (Ex : pour des départs à l'étranger) | 1 | 2 | ETE311e |

**12. Au cours de ce séjour, avez-vous subi un incident de santé ou un accident physique, touchant vous-même ou l'un des vôtres ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 → *question 16* | ETE312 |

**13. Lequel ou lesquels ?**

| | |
|---|---|
| | ETE313a |
| | ETE313b |

**14. Si vous avez eu besoin de recourir à un médecin, un dentiste, une infirmière ou un autre praticien, avez-vous rencontré des difficultés particulières, et si oui, lesquelles ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui, difficulté à trouver un praticien | 1 → *paragraphe 4* | |
| Oui, difficulté liée à l'éloignement du praticien | 2 | |
| Oui, difficulté due au nombre des patients et à la longueur de l'attente | 3 | |
| Non, aucune | 4 | ETE314x |

**15. Comment les avez-vous résolues ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| En vous soignant seuls(les) | 1 | |
| En demandant conseil au pharmacien | 2 | |
| En vous faisant aider par vos hôtes, vos loueurs,... | 3 | |
| En rentrant plus tôt que prévu de vacances | 4 | |
| En prenant votre mal en patience | 5 | |
| En attendant le retour chez vous | 6 | |
| Autre (préciser) | 7 | ETE315x |

**16. A votre retour de vacances diriez-vous que votre santé :**

| | | |
|---|---|---|
| Allait nettement mieux que d'habitude | 1 | |
| Allait plutôt mieux que d'habitude | 2 | |
| Allait comme d'habitude | 3 | |
| Allait plutôt moins bien que d'habitude | 4 | |
| Allait nettement moins bien que d'habitude | 5 | ETE316 |

## 4 - DESCRIPTION DE LA PERIODE DE VACANCES N°2

65

### 1. Parmi les membres du ménage, qui a participé à ce séjour ?

*(on relèvera uniquement les personnes ayant séjourné au moins 7 jours consécutifs)*

| Prénom | Prénom | N° individu | N° individu | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ETE4001 ETE4002 |
| | | | | ETE4003 ETE4004 |
| | | | | ETE4005 ETE4006 |
| | | | | ETE4007 ETE4008 |
| | | | | ETE4009 ETE4010 |

### 2. S'agissait-il d'un séjour fixe ?

| | |
|---|---|
| Oui, un séjour dans un seul endroit | 1 |
| Non, un séjour fractionné en plusieurs lieux successifs | 2 |
| Non, des vacances itinérantes ou une randonnée | 3 |

ETE402

■ *Dans les questions 3 à 5, ne pas tenir compte des arrêts de moins de 4 jours*

### 3. Où ce séjour s'est-il passé ? *(plusieurs réponses possibles)*

| | |
|---|---|
| A la mer | 1 |
| A la montagne | 2 |
| A la campagne | 3 |
| A la ville | 4 |

ETE403x

### 4. Dans quel pays ? *(plusieurs réponses possibles)*

| | |
|---|---|
| En France | 1 |
| Dans les pays méditerranéens | 2 |
| Dans d'autres pays d'Europe (URSS comprise) | 3 |
| En Asie | 4 |
| En Afrique | 5 |
| En Amérique du Nord | 6 |
| En Amérique latine | 7 |
| Autres (préciser) | 8 |

ETE404x

### 5. Où étaient-ils logés ? *(plusieurs réponses possibles)*

| | |
|---|---|
| Dans votre résidence secondaire | 1 |
| Chez de la famille ou des amis | 2 |
| A l'hôtel, en pension de famille, chambre d'hôte | 3 |
| En location | 4 |
| En camping, camping-car, caravaning | 5 |
| Dans un club ou un organisme de vacances | 6 |
| En colonie, ou dans un club de jeunesse | 7 |
| Autre (préciser) | 8 |
| Ne sait pas | 9 |

ETE405x

### 6. Avaient-ils choisi cette forme ou ce lieu de vacances pour des raisons de santé (en tout ou partie) ?

| | |
|---|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |
| Ne sait pas | 9 |

ETE406

**7. Quel moyen de transport ont-ils utilisé principalement ?**

**a) pour se rendre au lieu de vacances initial ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Véhicule à moteur individuel (auto, moto) | 1 | |
| Autre moyen individuel (vélo, à pied) | 2 | |
| Véhicule collectif sur route (car) | 3 | |
| Autre transport collectif (train, avion, bateau) | 4 | ETE407ax |

**b) pour se déplacer au cours de leurs vacances** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Sans objet, vacances fixes, pas ou peu de déplacements | 1 | |
| Véhicule à moteur individuel (auto, moto) | 2 | |
| Autre moyen individuel (vélo, à pied) | 3 | |
| Véhicule collectif sur route (car) | 4 | |
| Autre transport collectif (train, avion, bateau) | 5 | |
| Ne sait pas | 9 | ETE407bx |

**8. a) Au cours de ce séjour, ont-ils pratiqué les activités physiques ou sportives suivantes ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Promenade | 1 | → *question 9* |
| Randonnée, golf, jogging, cyclisme, équitation | 2 | |
| Baignade, sports aquatiques (planche à voile, ski nautique,...) | 3 | |
| Tennis | 4 | |
| Alpinisme | 5 | |
| Autre : (préciser) | 6 | |
| Non, aucune | 7 | |
| Ne sait pas | 9 | ETE408ax |

**b) Ont-ils une activité sportive habituelle pendant l'année ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | ETE408b |

**c) S'étaient-ils préparés physiquement aux activités de vacances ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non, pas de préparation particulière | 2 | ETE408c |

**9. Ont-ils souscrit, avant les vacances, une assurance spéciale, du type "Europ Assistance", couvrant accidents ou problèmes de santé ?**

| | | |
|---|---|---|
| Sans objet : ont une assurance de ce type en permanence | 0 | |
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | |
| Ne sait pas | 9 | ETE409 |

**10. Avant les vacances, ou avant l'été, avaient-ils...**

| | Oui | Non | NSP | |
|---|---|---|---|---|
| Suivi un régime alimentaire particulier ? | 1 | 2 | 9 | ETE410a |
| Fait faire un bilan de santé spécial par un médecin ? | 1 | 2 | 9 | ETE410b |
| Eté voir leur médecin soignant pour faire provision de médicaments ? | 1 | 2 | 9 | ETE410c |
| Eté se faire contrôler ou soigner les dents ? | 1 | 2 | 9 | ETE410d |
| Effectué des vaccins de précaution ? (Ex : pour des départs à l'étranger) | 1 | 2 | 9 | ETE410e |

**11. Avez-vous été informé(e) des problèmes de santé qu'ils ont pu éventuellement rencontrer, par qui, et quand?**

*(Noter une seule réponse. En cas d'hésitation, celle de rang le plus faible)*

| | | |
|---|---|---|
| Sans objet | 0 | |
| Oui, par l'organisme où ils étaient, pendant le séjour | 1 | |
| Oui, par l'organisme où ils étaient, au retour | 2 | |
| Oui, par eux, pendant le séjour | 3 | |
| Oui, par eux, au retour | 4 | |
| Non | 5 | → *paragraphe 5* |

ETE411

**12. Au cours de ce séjour, y-a-il eu un incident de santé ou un accident physique, touchant l'un d'entre eux ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | |
| Non | 2 | → *paragraphe 5* |

ETE412

**13. Lequel ou lesquels ?**

ETE413a

ETE413b

**14. Qu'ont-ils fait à ces occasions ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | |
|---|---|
| Rien | 1 |
| Ils se sont soignés seuls | 2 |
| Ils ont demandé conseil au pharmacien | 3 |
| Ils ont consulté un médecin | 4 |
| Ils sont allés à l'hôpital ou à la clinique | 5 |
| Ils ont recouru au service médical de l'organisme où ils étaient | 6 |

ETE414

## 5. SANTE ET RECOURS MEDICAUX D'ETE, EN DEHORS DE DEPARTS EN VACANCES

66

**1. Du point de vue de votre santé personnelle, diriez-vous qu'en été :**

| | | |
|---|---|---|
| Ca va nettement mieux que d'habitude | 1 | |
| Ca va plutôt mieux que d'habitude | 2 | |
| C'est comme d'habitude | 3 | → *question 3* |
| Ca va plutôt moins bien que d'habitude | 4 | |
| Ca va nettement moins bien que d'habitude | 5 | ETE501 |

**2. Ce changement est-il plutôt dû :** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| A la chaleur, au beau temps | 1 | |
| Aux vacances que vous avez passées | 2 | |
| Au fait que le rythme de vie est plus détendu (circulation plus facile, travail moins pressant, enfants partis) | 3 | |
| Au fait que le rythme de vie est plus intense (circulation plus dense, travail plus intense) | 4 | |
| A l'isolement ou à l'ennui | 5 | ETE502x |

**3. En dehors des vacances proprement dites, vous est-il arrivé cet été d'avoir besoin de recourir à un médecin, un dentiste ... ?**

| | | |
|---|---|---|
| Oui | 1 | → *fin de l'enquête* |
| Non, car vous prenez vos précautions avant l'été | 2 | → *fin de l'enquête* |
| Non | 3 | ETE503 |

**4. Avez-vous à cette occasion rencontré des difficultés particulières, et si oui, lesquelles ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| Oui, difficulté à trouver un praticien | 1 | → *fin de l'enquête* |
| Oui, parce que le praticien habituel était parti | 2 | |
| Oui, difficulté due au nombre des patients | 3 | |
| Non, aucune | 4 | ETE504x |

**5. Comment les avez-vous résolues ?** *(plusieurs réponses possibles)*

| | | |
|---|---|---|
| En vous soignant seul(e) | 1 | |
| En demandant conseil au pharmacien | 2 | |
| En consultant directement dans un hôpital, une clinique, un dispensaire | 3 | |
| En prenant votre mal en patience | 4 | |
| Autre (préciser) | 5 | ETE505x |

insee

# CARTE 1

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

## DETERMINATION de la PERSONNE de REFERENCE dans le LOGEMENT

| | | |
|---|---|---|
| A - Il existe un ou plusieurs couples mariés ou de fait, avec ou sans enfants | → 1 couple | → Personne référence - Le conjoint masculin marié ou de fait |
| | → 2 ou plusieurs couples | → Personne référence - Parmi les conjoints masculins mariés ou de fait, l'actif* le plus âgé ou, à défaut d'actif, le plus âgé |
| B - A défaut de couple, il existe une famille monoparentale : une mère (ou père) sans conjoint avec des enfants célibataires, ces enfants étant eux-mêmes sans conjoint et sans enfants | → 1 famille monoparentale | → Personne référence - La mère (ou le père) des enfants |
| | → 2 ou plusieurs familles monoparentales | → Personne référence - Parmi les mères (ou les pères) des enfants, la personne active* la plus âgée, ou à défaut de personne active, la personne la plus âgée |
| C - A défaut de couple et à défaut de famille monoparentale | → Toutes les personnes du logement sont considérées comme des personnes "isolées" | → Personne référence - Parmi toutes les personnes "isolées", la personne active* la plus âgée ou à défaut de personne active, la personne la plus âgée |

* y compris les chômeurs

***Cas particuliers :***

- *Les salariés logés chez l'employeur, même s'ils constituent un couple ou une famille monoparentale, ne seront jamais retenus comme personne de référence. Choisir la personne de référence parmi le(s) autre(s) couple(s) ou autre(s) famille(s) monoparentale(s) ou autre(s) personne(s) "isolée(s)" du ménage.*
- *L'ascendant (grand-père ou grand-mère) sans conjoint élevant seul des petits enfants ne constitue pas une famille monoparentale. Dans ce cas, l'ascendant et ses petits-enfants seront assimilés à des "isolés".*
- *En aucun cas, un enfant de moins de 15 ans ne peut être retenu comme personne de référence.*

**CODE 1**

## LIEN avec la PERSONNE de RÉFÉRENCE du MÉNAGE

1 . Personne de référence
2 . Conjoint de la personne de référence, marié, ou de fait (la femme dans un couple)
3 . Enfant de la personne de référence ou de son conjoint : fils, fille, gendre, bru, beau-fils, belle-fille, enfant adopté, enfant en tutelle
4 . Petit-enfant de la personne de référence ou de son conjoint : petit-fils, petite-fille
5 . Ascendant de la personne de référence ou de son conjoint : mère, père, beau-père, belle-mère, grand-père, grand-mère, etc...
6 . Autre parent de la personne de référence ou de son conjoint : frère, soeur, neveu, nièce, cousin, cousine, beau-frère, belle-soeur, oncle, tante, etc...
7 . Ami
8 . Pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec la personne de référence ou de son conjoint
9 . Domestique ou salarié logé.

## CODE 2 - NATIONALITE

### PRESENTATION ALPHABETIQUE

14. Afrique (ressortissant des pays d')
11. Algérien
22. Allemand (RFA)
51. Américain (Etats-Unis)
52. Américain (Amérique latine)
28. Anglais
42. Autrichien
23. Belge
28. Britannique
15. Cambodgien
51. Canadien
27. Danois
31. Espagnol
01. Français de naissance, y compris par réintégration
02. Français par naturalisation, mariage, déclaration, ou option à sa majorité
29. Grec
24. Hollandais
26. Irlandais
21. Italien
15. Khmer
15. Laotien
25. Luxembourgeois
13. Marocain
24. Néerlandais
46. Norvégien
43. Polonais
32. Portugais
47. Suédois
41. Suisse
12. Tunisien
45. Turc
15. Vietnamien
44. Yougoslave
48. Autres pays européens
60. Autres pays ou apatrides.

### PRESENTATION ANALYTIQUE

01. Français de naissance, y compris par réintégration
02. Français par naturalisation, mariage, déclaration, ou option à sa majorité
11. Algérien
12. Tunisien
13. Marocain
14. Ressortissant des autres pays d'Afrique
15. Vietnamien, cambodgien, laotien
21. Italien
22. Allemand (RFA)
23. Belge
24. Hollandais
25. Luxembourgeois
26. Irlandais
27. Danois
28. Britannique
29. Grec
31. Espagnol
32. Portugais
41. Suisse
42. Autrichien
43. Polonais
44. Yougoslave
45. Turc
46. Norvégien
47. Suédois
48. Ressortissant d'autres pays européens (y compris URSS)
51. Ressortissant des Etats-Unis, Canadien
52. Latino-Américain
60. Autres pays ou apatrides.

Imprimerie Nationale 0 170298 O 46

**CARTE 1**

DIPGEN DIPRO CODE 3 DIPSUP

## DIPLOMES les PLUS ELEVES OBTENUS

### ENSEIGNEMENT GENERAL (PRIMAIRE, SECONDAIRE)

1 00. Sans diplôme

2 02. Certificat d'études primaires (CEP), diplôme de fin d'études obligatoires (DFEO)

3 15. Brevet d'études du 1er cycle (BEPC), brevet des collèges

4 16. Baccalauréat 1ère partie ou probatoire, certificat de fin d'études secondaires (CFES)

4 17. Baccalauréat série A à E, ou baccalauréat 2ème partie

4 18. Brevet élémentaire (BE), brevet d'enseignement primaire supérieur (BEPS)

5 19. Brevet supérieur (BS).

### ENSEIGNEMENT TECHNIQUE OU PROFESSIONNEL

00. Aucun diplôme technique ou professionnel

**ENSEIGNEMENT COURT**

21. Certificat d'éducation professionnelle

23. CAP (ou CAPA), ou BEP (ou BEPA) obtenu par l'apprentissage effectué en relation avec un CFA, examen de fin d'apprentissage artisanal (EFAA)

25. CAP (ou CAPA) obtenu en dehors de l'apprentissage

27. BEP (ou BEPA) obtenu en dehors de l'apprentissage

29. Autres diplômes de niveau CAP ou BEP : par exemple - diplômes sociaux (aide-soignante, auxiliaire de puériculture, travailleuse familiale), diplômes agricoles (BAA, BPA) sauf CAPA et BEPA classés ci-dessus, y compris diplôme de l'AFPA de niveau CAP ou BEP

**ENSEIGNEMENT LONG**

4 32. Brevet de technicien (BT, BTA) ou baccalauréat de technicien : séries F, G ou H

34. Baccalauréat professionnel

36. Autres diplômes du niveau de bac de technicien y compris brevet professionnel (BP), diplôme de moniteur-éducateur, élève breveté des ENP ou d'un lycée technique d'Etat, brevet supérieur d'enseignement commercial (BSEC), capacité en droit, brevet de maîtrise, diplôme de l'AFPA du 2ème degré

5 39. Brevet d'enseignement agricole (BEA), commercial (BEC), hôtelier (BEH), industriel (BEI), social (BES), brevet d'agent technique agricole.

### ENSEIGNEMENT SUPERIEUR Y COMPRIS TECHNIQUE SUPERIEUR

00. Aucun diplôme supérieur

41. Diplôme universitaire du 1er cycle (sauf DUT) : propédeutique, DUEL, DUES, DEUG, PCEM... ↓5

42. DUT (diplôme universitaire de technologie), BTS (brevet de technicien supérieur)

43. Diplôme de niveau technicien supérieur (sauf DUT ou BTS) d'une école juridique, commerciale, d'arts appliqués, y compris 1er cycle des écoles de notariat, secrétariat de direction, écoles ou instituts de technicien supérieur (marine marchande, radiologie, analyse médicale...) y compris diplôme du CNAM du niveau technicien supérieur

44. Diplôme des professions de la santé (hors celle de médecin) et des professions sociales : sage-femme, infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale, éducateur spécialisé

45. Certificat d'aptitude pédagogique, certificat de fin d'études normales (CFEN) y compris diplôme de maître d'éducation physique

46. Diplôme universitaire du 2ème cycle (licence, maîtrise)

47. Diplôme universitaire du 3ème cycle (DES, DEA, doctorat, y compris médecine, diplôme de chirurgien-dentiste, CAPES, CAPET, agrégation)

48. Diplôme d'une grande école ou école d'ingénieur, y compris d'études comptables supérieures (DECS), d'avocat (CAPA), d'expert-comptable, de 2ème cycle de notariat, y compris diplôme d'ingénieur du CNAM.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

**CARTE 2**

# ENQUETE sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX 1991-1992

**CODE 1**

## REGIMES de SECURITE SOCIALE

### Régime général et régimes rattachés

01. Régime général
02. Invalides de guerre, veuves et orphelins de guerre
03. Adultes handicapés
04. Fonctionnaires et ouvriers de l'Etat
05. E.D.F-G.D.F
06. Etudiants
07. Collectivités locales
08. Artistes et auteurs
09. Assurés volontaires ou personnels
10. Conventions internationales
11. Médecins, praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (y.c. non salariés)

### Autres régimes de salariés

12. Militaires de carrière
13. S.N.C.F.
14. Autres régimes spéciaux de salariés (RATP, Marins, Mineurs, Banque de France...)

### Régimes agricoles

15. Salariés agricoles
16. Exploitants agricoles

### Autres régimes non salariés non agricoles

17. Commercants et industriels
18. Artisans
19. Professions libérales
20. Assurés volontaires ou gratuits.

**CODE 2**

## MOTIFS de PRISE en CHARGE à 100% des SOINS par la SECURITE SOCIALE

*Ne pas prendre en compte ici les prises en charge à 100% du fait d'un régime complémentaire ou de l'aide médicale*

01. Personne en incapacité permanente par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (ou un de ses ayant-droit)
02. Titulaire d'une pension d'invalidité, ou d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité
03. Pensionnés ou blessés de guerre (articles L. 115 et L. 118)
04. Personne atteinte d'une maladie reconnue "longue et coûteuse" (dite aussi "de longue durée")
    - affection figurant sur la liste de 30
    - forme évolutive et invalidante d'une autre affection
    - plusieurs affections invalidantes
05. Femme enceinte depuis 5 mois au moins
06. Nouveau-né hospitalisé dans les 30 premiers jours
07. Personne hospitalisée depuis un mois au moins ou ayant subi un acte médical d'un coefficient supérieur à 50
08. Enfant ou adulte handicapé
09. Personne âgée en maison de cure médicale
10. Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins
11. Autres cas.

Imprimerie Nationale 0 170299 O 53

insee

**CARTE 3**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

# ENQUETE sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX 1991-1992

## LISTE des MALADIES, TROUBLES de SANTE, HANDICAPS, INFIRMITES

| |
|---|
| 01. Maladies de coeur, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde |
| 02. Tension artérielle élevée |
| 03. Artérite (ne pas confondre avec l'arthrite, qui est une maladie des articulations, notée en 06) |
| 04. Accident vasculaire cérébral avec paralysie ou hémiplégie, ou attaque |
| 05. Varices, ulcères des jambes |
| 06. Lumbago, sciatiques, arthrose, arthrite, articulations douloureuses, ostéoporose, rhumatismes |
| 07. Bronchite chronique, asthme, tuberculose, toux fréquente, emphysème |
| 08. Sinusite, otite, angines fréquentes |
| 09. Dents en mauvais état, maladies des gencives |
| 10. Eczéma, acné, mycoses, psoriasis, autres maladies de la peau |
| 11. Maux d'estomac, ulcères d'estomac |
| 12. Hépatite, cirrhose, calculs biliaires |
| 13. Troubles de l'intestin, diarrhées, colite, constipation |
| 14. Insuffisance rénale, calculs urinaires, cystite |
| 15. Troubles des règles et de la ménopause, fibrome donnant des troubles. Maladie de la prostate et de l'appareil uro-génital |
| 16. Syphilis, blennorragie, trichomonase, autres maladies sexuellement transmissibles |
| 17. Diabète, maladie de la thyroïde, obésité |
| 18. Tremblements, Parkinson, autres maladies du système nerveux |
| 19. Migraine, maux de tête fréquents |
| 20. Myopie, presbytie, cataracte, troubles de la vue |
| 21. Troubles de l'audition, surdité |
| 22. Infirmité, handicap de naissance ; cécité, surdité, trisomie 21, luxation congénitale de la hanche,... |
| 23. Handicap acquis : amputation, limitation d'un mouvement, incontinence |
| 24. Troubles du sommeil, états dépressifs fréquents, fatigue importante, anxiété, phobie |
| 25. Troubles psychiatriques |
| 26. Tumeurs bénignes, tumeurs malignes, cancers (préciser la localisation), leucémies |
| 27. Autres maladies ou troubles de santé non énumérés ci-dessus |

Imprimerie Nationale 0 170300 O 38

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

**CARTE 4**

# ENQUETE sur la SANTE et les SOINS MEDICAUX 1991-1992

## SPECIALITE du service ou de l'établissement

01. Médecine (y.c. cancérologie)
02. Chirurgie (y.c. cancérologie)
03. Gynécologie, obstétrique.
04. Convalescence, cure, repos, rééducation
05. Psychiatrie, lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
06. Long séjour, autre.

## MEDECINS et DENTISTES

01. Dentiste
02. Médecin généraliste homéopathe
03. Médecin généraliste acupuncteur
04. Autre généraliste
05. Pédiatre
06. Pneumophtisiologue
07. Gastro-entérologue
08. Rhumatologue
09. Cardiologue
10. Neurologue,neuro-psychiatre
11. Psychiatre, psychanalyste
12. Dermatologue, vénérologue
13. O.R.L. (nez, gorge, oreilles)
14. Ophtalmologue, oculiste
15. Chirurgien
16. Gynécologue
17. Stomatologiste (bouche, dents)
18. Autre spécialiste.

## PERSONNELS PARAMEDICAUX

01. Infirmière, aide-soignante, infirmier, aide-soignant
02. Masseur-kinésithérapeute
03. Sage-femme
04. Orthophoniste
05. Orthoptiste
06. Pédicure, podologue
07. Psychologue, psychothérapeute
08. Psychanalyste
09. Acupuncteur, ostéopathe chiropracteur, naturopathe
10. Rebouteux, guérisseur
11. Garde-malade, aide à domicile.

## FORME des PRODUITS

01. Comprimés, cachets, dragées, gélules
02. Granulés, poudres
03. Ampoules buvables
04. Sirops, potions, autres solutés buvables
05. Suppositoires
06. Ovules
07. Ampoules et autres formes injectables
08. Pommades, crèmes, baumes, révulsifs
09. Liquides à usage externe, atomiseurs (y.c. alcool à 70°, collyres, etc...)
10. Bandes, pansements
11. Cotons, gazes
12. Petit matériel: thermomètres, seringues, etc...
13. Autres.

Imprimerie Nationale D 170741 O 89

insee

# CARTE 5

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

## TRANCHES DE REVENU DU MENAGE

*(tout compris : primes et indemnités, allocations familiales, etc...)*

| PAR MOIS | SOIT, PAR AN |
|---|---|
| Moins de 4 250 F | Moins de 51 000 F par an |
| De 4 250 F à moins de 5 750 F par mois | De 51 000 F à moins de 69 000 F par an |
| De 5 750 F à moins de 6 750 F par mois | De 69 000 F à moins de 81 000 F par an |
| De 6 750 F à moins de 8 500 F par mois | De 81 000 F à moins de 102 000 F par an |
| De 8 500 F à moins de 10 500 F par mois | De 102 000 F à moins de 126 000 F par an |
| De 10 500 F à moins de 13 000 F par mois | De 126 000 F à moins de 156 000 F par an |
| De 13 000 F à moins de 15 500 F par mois | De 156 000 F à moins de 186 000 F par an |
| De 15 500 F à moins de 19 000 F par mois | De 186 000 F à moins de 228 000 F par an |
| De 19 000 F à moins de 27 500 F par mois | De 228 000 F à moins de 330 000 F par an |
| 27 500 F par mois et plus | De 330 000 F par an et plus |

INSEE.F340.0753.91.0