

DESSIN DE LA BANDE
DE L'ENQUETE SANTEE DE 1970-1971

N° de travail : GN 411

DSN : CUMCUM

n° de volume : 105 258

RECFM = F B

LRECL : 1660

Nombre d'enregistrements : 22 704 /

Date de création : 04 septembre 1973.

DESSIN DE BANDE

DE L'ENQUETE SANTE DE 1970

1. CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

DSN = CUMCUM

N° de volume = 105 258

Date de création = 04 - 09 - 73

RECFM (mode d'enregistrement) = FB

LRECL (longueur d'enregistrement)

Nombre d'enregistrements = 22 704

2. DOCUMENTATION DE L'ENQUETE

Enquête Santé INSEE. GREDOC de 1970 (janvier 1970 à Février 1971)
documentée.

a) de façon générale, dans le volume à ~~paraître~~ des collections
de l'INSEE consacré à l'enquête (M 57)

b) de façon détaillée, dans les documents internes relatifs à
l'enquête, soit :

- note d'information, n° 5306 du 23.10.69
- instruction aux enquêteurs, n° 4608 du 6.8.69
- instruction n° 1, n° 5628 du 7.10.69
- note n° 6938 du 10.12.69
- complément et rectificatif à l'instruction aux enquêteurs,
n°7334 du 29.12.69
- complément à l'instruction n° 1, n° 7355 du 30.12.69
- second complément à l'instruction n° 1, n° 337 du 4.2.70
- second complément à l'instruction aux enquêteurs, n°364
du 6.2.70
- complément n° 3 à l'instruction n° 1, n° 1002 du 8.4.70
- note n° 1158 du 24.4.70
- complément à l'instruction n° 1, n° 1623 du 10.6.70
- instruction de chiffrement et de perforation, n° 2100
du 30.7.70
- questionnaires de l'enquête : questionnaire initial , questionnaire
navette, formulaire de ramassage, questionnaire final, carnet de comptés,
document, annexes (visa n° 69040 de l'INSEE)

3. UNITE STATISTIQUE

La bande est une bande individu homogène : tous les enregistrements, sont de même dessin, et chaque enregistrement correspond à un individu enquêté .
Ont toutefois été éliminés les individus

- appartenant à un ménage qui a abandonné l'enquête avant la fin.
- absent de longue durée (ALD) de leur ménage, car on a considéré comme évident que les consommations de santé de ces ALD n'avaient pu être bien suivies par l'enquête. 493 personnes ALD ont ainsi été éliminées.

4. TAUX DE REDRESSEMENT:

Pour donner des résultats représentatifs non biaisés, la bande doit être tabulée en pondérant chaque enregistrement par le taux de redressement qui figure en colonnes 1634-1639.

5. DESSIN GENERAL DE LA BANDE

La bande constituée par report et cumul d'informations diverses figurant au départ sur des cartes différentes n'est pas d'un dessin très simple. Notamment certains codes se retrouvent identiquement à des emplacements différents.

On trouvera dans cette bande des :

- renseignements généraux sur l'ensemble du ménage

Zone 1-15
" 155-175
" 1520-1561
" 1571-1646

- indications sur la façon dont l'enquête s'est déroulée auprès du ménage (éléments "méthodologiques")

Zone 115-154
" 176-180
" 1482-1484
" 1562-1570

- renseignements socio-démographiques propres à l'individu enquêté

Zone 16-71
" 108-114
" 1448-1519

- renseignements qualitatifs sur l'état de santé général de l'individu enquêté

Zone 72-107

- caractéristiques des actes et produits consommés par l'individu enquêté

Zone 181-659

- caractéristiques des maladies de l'individu enquêté

Zone 660-1039

- dépenses médicales

Zone 1040-1111

- autres informations sur les événements médicaux ayant affecté l'individu pendant l'enquête (traitements pharmaceutiques, alitement, interruptions d'activité, hospitalisation)

Zone 1112-1447

6. DEFINITION DE QUELQUES ABBREVIATIONS UTILISEES DANS CE DESSIN DE BANDE

• ALD : Absent de Longue Durée. S'emploie dans deux acceptions différentes :

- ménage ALD : ménage qui n'a pu être joint par l'enquêteur, parce que tous les membres du ménage étaient, au moment de l'enquête, durablement absents, de leur domicile (pour quelque cause que ce soit)

- Personne ALD d'un ménage (ayant participé à l'enquête) : personne considérée comme appartenant au ménage, bien que n'y vivant pas habituellement à l'époque de l'enquête pour une des raisons suivantes (liste limitative) : enfants placés dans un pensionnat ou dans un internat ; militaires (du contingent en sanatorium, préventorium, aërium ; ou de carrière) servant ailleurs ; malades /, malades infirmes se trouvant depuis plus de six mois dans un établissement hospitalier, un hôpital psychiatrique, une maison de santé. NB : les personnes ALD ne sont pas prises en compte dans cette bande (cf point 3%)

• ND : Non déclaré

• NSP : Ne sait pas

• SO : sans objet

• QI : questionnaire initial de l'enquête

- FR : formulaire de ramassage
- QN : questionnaire navette
- QF : questionnaire final
- CC : carnet de comptes remis au ménage enquêté pour y noter ses consommations
- FA : fiche-adresse remise à l'enquêteur pour identifier le ménage enquêté.

DONNEES MENAGES

Abrévia- tion	Intitulé en clair	Nb de col.	N° des col.	Code et observations
Rg	Région de résidence	2	1-2	N° de région (cf. code en annexe 1)
Dpt	Département	2	3-4	N° du département (cf. code en annexe 2)
Ct	Canton	2	5-6	N° du canton
Cne	Commune	3	7 à 9	N° de commune
V	N° de Vague	1	10	1 = 1ère vague. 2=2ème vague. 3=3ème vague. 4 = 4ème vague (Toutefois, V = 5 ou 6 pour les communes entre 3ème et 4ème vague : 5 = ménage tiré dans la 3ème vague mais interrogé dans la 4ème ; 6 : l'inverse)
N MEN	N° de ménage	3	11-13	N° du ménage
CC	Catégorie de commune	2	14-15	1er col. (14) code CC 1 ; 2ème col. (15) code CC2. <u>CC1</u> = 0 : commune rurale n'appartenant pas à une ZPIU 1 : commune rurale appartenant à une ZPIU 2 : Unité urbaine de moins de 5.000 hts 3 : unité urbaine de 5.000 à moins de 10.000 hts 4 : unité urbaine de 10.000 à moins de 20.000 hts 5 : unité urbaine de 20.000 à moins de 50.000 hts 6 : unité urbaine de 50.000 à moins de 100.000 hts 7 : unité urbaine de 100.000 à moins de 200.000 hts 8 : unité urbaine de 200.000 hts ou plus (hors Paris) 9 : complexe résidentiel de l'agglomération parisienne <u>CC2</u> = 1 : commune rurale 2 : ville isolée 3 : commune principale d'une agglomération 4 : commune secondaire d'une agglomération 5 : Paris : Ville de Paris 6 : Paris : Zone d'habitation collective 7 : Paris : Zone d'habitation mixte 8 : Paris : Couronne Suburbaine 9 : Zone d'attraction

Chiffrés à partir du code TU de la démographie (inst. n° 2924/423 du 13-5-69) et de la brochure définissant les ZPIU édition de 1962

Chiffré à partir de la brochure "Villes et agglomérations urbaines" de 1962

+

DONNEES INDIVIDUS

brévi- tion	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
II	N° de l'individu	2	16-17	N° de l'individu qui se trouve en haut de toutes les pages du QI (N° de l'individu dans le ménage, de 1 à n).
31	Constante 1	1	18	1 en constante
Z	Zône de Zéros	12	19-30	Douze zéros
Y	Type de carte	2	31-32	11 en constante
LI	Lien de l'individu avec le chef de ménage	1	33	Lien de l'individu avec le chef de ménage selon le code : 1 = chef de ménage 2 = épouse (ou concubine) 3 = ascendant, direct ou par alliance (beaux-parents) 4 = descendant direct (enfants, petits enfants ...) 5 = gendre, belle fille (et autres descendants par alliance) 6 = parents divers 7 = amis et ND.
S	Sexe	1	34	1 = Masculin 2 = Féminin
LA	Année de naissance	2	35-36	Deux derniers chiffres de l'année de naissance : Si ND chiffrer 00
AA	Existence de l'année de naissance	1	37	1 si déclaré, 0 sinon
E	Age des enfants de moins de 2 ans (<u>âge en mois, à la fin de l'enquête</u>)	2	38-39	<u>Age, en mois, à la fin de l'enquête</u> (4ème ramassage) pour les enfants de moins de 2 ans. Le chiffrage a été fait : 1°) <u>à partir du QI</u> : pour les enfants nés avant l'enquête par différence entre la date de naissance et la date de la visite initiale, on ajoutera 3 mois pour obtenir AE (la différence ayant bien sur été calculée en mois).

DONNEES INDIVIDU(S)(suite)

Abbré- viation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
AE	(Suite)			2°) <u>à partir du QI et du QN</u> pour les enfants nés en cours d'enquête : on a fait la différence entre la date de naissance et la date du 4ème ramassage (qu'on trouve en 1ère page du QN) ; (dans ce cas on a AE ≤ 3). dans les 2 cas on arrondit au nombre de mois le plus proche. Pour les personnes de 2 ans et plus on chiffre 00. Il n'y a pas de ND S1 AA = 00 -----> AE = 00 (sans objet)
EXAE	Existence de l'âge < 2 ans	1	40	1 si déclaré, 0 sans objet (personne de plus de 2 ans) ou ND
N	Département de naissance	2	41-42	N° du département de naissance (cf. code en annexe 2) si ND chiffrer 00 ; si outre mer ou étranger : chiffrer 00.
EDN	Existence du dépt de naissance	1	43	1 si déclaré ou étranger ou outre mer 0 si ND
P	Présence au début de l'enquête	1	44	0 = présent 1 = absent de courte durée 2 = enfant placé dans un pensionnat ou un internat 3 = militaire du contingent ou de carrière servant ailleurs 4 = malade en sanatorium, préventorium, aérium 5 = malade infirme se trouvant depuis plus de 6 mois dans un établissement hospitalier ou psychiatrique, une maison de retraite. 6 = arrivé dans le ménage en cours d'enquête 7 = ALD divers (autres cas que 2 à 5)
XOP	Existence de OP	1	45	0 Si déclaré 1 Si ND 2 Si SO
P	Occupation principale	1	46	Occupation principale au moment de l'enquête selon le même code que pour OPC (cf. col 161)
SI	Catégorie socio-professionnelle individuelle	2	47-48	CSI selon le même code que CSC (annexe III); <u>pour les actifs</u> (OP = 1, 8 ou 9) chiffrer la profession actuelle. Pour les <u>chômeurs</u> (OP = 2) et les <u>retraites</u> (OP = 3) on chiffre la dernière profession exercée ou l'ancienne profession. Dans tous les cas si ND chiffrer 00 ; pour les enfants de moins de 16 ans n'exerçant pas de profession, chiffrer 00 (sans objet)
SI	Existence de la CSI	1	49	1 si déclaré 0 sinon

DONNEES INDIVIDUS (suite)

Abrévi- ation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
EM	Etat matrimonial	1	50	Code du questionnaire 1 = célibataire 2 = marié 3 = veuf (veuve) 4 = divorcé ou légalement séparé 0 = N.D.
EVIV	Nombre d'enfants nés vivants (femmes de 16 ans et plus)	1	51	Nombre d'enfants nés vivants (pour les femmes de 16 ans et plus) de 0 à 9 9 = 9 et + 0 = N.D. 0 = S.O (Hommes ; ou fille de moins de 16 ans)
EEVIV	Existence de EVIV	1	52	0 femme de plus de 16 ans n'ayant jamais eu d'enfant né vivant 1 femme de plus de 16 ans ayant eu des enfants nés vivants 2 S.O (Homme ; Fille de moins de 16 ans) 3 femme de plus de 16 ans, nombre d'enfants non déclaré.
S.S	Sécurité Sociale	1	53	4 = non la personne ne bénéficie pas de la Sécurité Sociale 1 = la personne est <u>assurée</u> sociale 2 = la personne bénéficie de la sécurité sociale en tant qu' <u>ayant</u> droit 3 = N.D
P	N° de l'assuré pour les ayants droits	2	54-55	Pour les ayants-droit (SS=2)n n° dans le ménage de l'individu assuré dont ils sont ayant-droit. 0 = sans objet (SS ≠ 2) ; 0 = ND ; 0 = assuré extérieur au ménage
AP	Existence de AP	1	56	1 = si AP déclaré 2 = si S.O (SS ≠ 2) 3 = si ND 6 = si assuré extérieur au ménage

DONNEES INDIVIDUS (suite)

Abré- viation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
RGSS	Régime de sécurité sociale (pour assurés et ayant- droit)	2	57-58	<p>Régime de sécurité sociale selon le code des questionnaires</p> <p>01 = salarié agricole 02 = agriculteurs exploitants 03 = S.N.C.F. 04 = E.D.F. - G.D.F. 05 = mines 06 = militaires 07 = invalides de guerre 08 = fonctionnaire 09 = étudiant 10 = artisan, commerçant, industriel, profession libérale 11 = régime général 12 = autre 13 = N.D. 14 = S.O. (SS = 3 ou 4)</p>
SS	N° de Sécurité Sociale (tronqué)	6	59 et 1455 1459	<p>Pour les assurés seulement (SS = 1) reporter les 6 derniers chiffres du n° de sécurité sociale à 13 chiffres (il s'agit des 6 derniers chiffres de la 1ère ligne du N° de SS sur le questionnaire initial). La signification de ces chiffres est :</p> <p> n° de la commune de naissance (3 premiers chiffres) n° de la naissance dans la commune (3 derniers)</p> <p>si N.D. chiffrer 0 si Sans objet (SS ≠ 1) chiffrer 0 dans la case 44.</p> <p><u>ATTENTION</u> : par suite d'une erreur NSS a été tronqué. Son premier chiffre figure en col. 59. Les cinq chiffres suivants en col. 1455-1459</p>
	Case blanche	1	60	Case blanche

DONNEES INDIVIDUS (suite)

brévi- tion	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
I	Lien de l'individu avec le chef de ménage	1	61	} Mêmes renseignements qu'en col. 33-37
	Sexe	1	62	
A	Année de naissance	2	63-64	
AA	Existence de l'année de naissance	1	65	
AM	Mode d'affiliation à la mutuelle	1	66	<p>Mode d'affiliation :</p> <p>1 = obligatoirement dans le cadre de la profession actuelle 2 = Obligatoirement dans un autre cadre 3 = volontairement dans le cadre de la profession actuelle ou passée 4 = volontairement dans le cadre des études ou de la scolarité 5 = volontairement dans un autre cadre 6 = N.D 7 = S.O (MUT col. 1461 ≠ 1) = personnes non protégées, ayants-droit.</p>
FE	Age de fin d'étude	2	67-68	<p>Age de fin d'étude pour les personnes ayant terminé leurs études (âge en années)</p> <p>OO = { . étudiant, élève ; études non commencées pour les enfants en bas âge . N.D . n'est jamais allé à l'école, n'a jamais suivi d'études</p>

DONNEES INDIVIDUS (Suite)

Abréviation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
AFE	Existence de AFE	1	69	0 ou 1 : Déclaré 2 : si sans objet (études non commencées ou non finies) 3 : N.D
VIG	Niveau d'enseignement général	1	70	Diplôme d'enseignement général le plus élevé. 5 = Aucun diplôme d'enseignement général 1 = certificat d'étude primaire 2 = B.E.P.C. ou Brevet élémentaire 3 = Baccalauréat (1ère ou 2ème partie) y.c. technique et brevet supérieur 4 = Diplôme de niveau supérieur au 2ème Baccalauréat 6 = N.D. 7 = S.O. (Etudes non commencées ou non finies)
VIT	Niveau d'enseignement technique	1	71	Formation professionnelle ou technique dont le n° de code est le plus élevé 6 = pas de formation professionnelle 1 = examen de fin d'apprentissage ou certificat de fin de stage FPA 2 = certificat d'aptitude professionnelle 3 = brevet professionnel, brevet d'enseignement commercial, industriel, social, hôtelier 4 = brevet des ENP, brevet de technicien, brevet de maîtrise 5 = autre diplôme professionnel 7 = N.D. 8 = S.O (Etudes non commencées ou non finies)
LE	Taille	3	72-74	Taille de l'individu en cm. Si ND chiffrer 000
DS	Poids	3	75-77	Poids en Kg ; si ND chiffrer 000
FE	Lunettes	1	78	0 = la personne ne porte pas de lunettes (correctives) 1 = la personne porte des lunettes (correctives) 2 = N.D
PA	Prothèse auditive	1	79	Utilisation d'une prothèse auditive : 0 = la personne n'utilise pas de prothèse auditive 1 = la personne utilise une prothèse auditive 2 = N.D.

DONNEES INDIVIDUS (suite)

Abrévi- ation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
PTH	Appareil dentaire	1	80	0 = la personne ne porte pas d'appareil dentaire 1 = la personne porte un appareil de redressement dentaire 2 = la personne porte une prothèse dentaire 3 = la personne porte simultanément une prothèse et un appareil de redressement 4 = N.D.
APT	Aptitude à la marche	1	81	1 = ne se lève pas 2 = peut se lever, mais ne sort jamais 3 = peut sortir mais avec l'aide d'une autre personne 4 = peut sortir mais avec l'aide d'un appareil 5 = n'a besoin d'aucune aide, mais ressent certaines gênes 6 = aucune gêne ni limitation 7 = N.D. 8 = S.O. (enfant de moins de 2 ans)
GAL	Régime alimentaire	1	82	0 = la personne ne suit aucun régime alimentaire 1 = la personne suit un régime sans sel 2 = la personne suit un régime pour diabétique 3 = la personne suit un régime amaigrissant 4 = la personne suit un autre régime alimentaire 5 = N.D.
PRAL	Prescription du régime	1	83	0 = régime non prescrit par un médecin 1 = régime prescrit par un médecin 2 = S.O (RGAL = 0 ou 5) 3 = N.D.
PRO	Changement de profession (ou cessation prématurée et définitive d'activité)	1	84	0 = la personne n'a pas changé de profession pour motif médical 1 = la personne a changé de profession pour motif médical 2 = S.O. (enfant de moins de 16 ans ; étudiants, élèves) 3 = N.D.
CPR	Motif du changement de profession	3	85-87	Code nosologique du motif du changement de profession (à recopier sur le questionnaire final) si CPRO ≠ 1, chiffrer 00 = S.O. 00 = N.D (CPRO = 1, mais non répondu à la question "motif") Ce code nosologique est, pratiquement, le code international à trois chiffres de l'OMS (cf dossier d'enquête)

DONNEES INDIVIDUS (Suite)

Abrévi- ation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
EMOPR	Existence de MOPR	1	88	0 = déclaré 1 = S.O (CPRO ≠ 1) 2 = N.D (CPRO = 1, MOPR = 00)
PAPR	Date du changement de prof.	2	89-90	Deux derniers chiffres de l'année de changement de profession 0 = S.O (CPRO ≠ 1) 0 = N.D (CPRO = 1, mais pas d'indication de date)
EPAPR	Existence de PAPR	1	91	0 = déclaré 1 = S.O (CPRO ≠ 1) 2 = N.D (CPRO = 1, mais pas d'indication de date)
CSPR	Ancienne profession	2	92-93	Chiffrée selon le code CSC (cf. annexe III), dernière profession exercée avant changement pour motif médical 00 = N.D 00 = S.O (CPRO ≠ 1)
ECSPR	Existence de CSPR	1	94	0 = déclaré 1 = S.O (CPRO ≠ 1) 2 = N.D (CPRO = 1, mais CSPR non déclarée)
IEB	Consultation de rebouteux	1	95	0 = la personne n'a jamais consulté un guérisseur ou un rebouteux 1 = la personne a consulté un guérisseur ou un rebouteux mais pas durant les 6 derniers mois 2 = la personne a consulté un guérisseur ou un rebouteux au cours des 6 derniers mois 3 = ND
IN	Nombre d'opérations qu'a eu la personne depuis la naissance	1	96	Nombre d'opérations en clair ; 9 = 9 et + 0 = ND ou aucune opération
VIN	Existence de NIN	1	97	1 = Déclaré 3 = ND

DONNEES INDIVIDUS (Suite)

Abbré- viation	Intitulé en clair	Nb col	N° col	Code et Observations
INCH ₁	Nature de la 1ère interven- tion	2	98-99	Nature de chaque intervention, selon le code CREDOC (cf dossier d'enquête) 00 = S.O. (pas de ième intervention)
INCH ₂	Nature de la 2ème interven- tion	2	100-101	
INCH ₃	Nature de la 3ème interven- tion	2	102-103	
INCH ₄	Nature de la 4ème interven- tion	2	104-105	
INCH ₅	Nature de la 5ème interven- tion	2	106-107	
TRI	Existence de TRI	1	108	1 = la personne a un revenu individuel, et il est déclaré 0 = non déclaré, ou n'a pas de revenu individuel
TRI	Tranche de salaire indi- viduel de la personne (seulement revenus sala- riaux et non compris les allocations familiales)	1	109	Salaires et traitements perçus par la personne en 1969 selon le code : 1 = moins de 3.000 F ou S.O (aucun salaire) 2 = de 3 à moins de 6.000 F 3 = de 6 à moins de 10.000 F 4 = de 10 à moins de 15.000 F 5 = de 15 à moins de 20.000 F 6 = de 20 à moins de 30.000 F 7 = de 30 à moins de 50.000 F 8 = de 50 à moins de 100.000 F 9 = de 100.000 F et plus 0 = Non déclaré (perçoit des revenus salariaux mais n'en a pas indiqué le montant)
R	Autres revenus	1	110	1 si la personne bénéficie d'autres revenus que ceux notés en TRI 0 sinon (ou si non déclaré)
SC	Catégorie socio-prof. du chef du ménage	2	111-112	CS du chef de ménage selon le code donné en annexe III
ISC	Existence de la CSC	1	113	1 = CSC déclarée 2 = CSC non déclarée
1	Tranche de revenus	1	114	Même renseignement qu'en col. 171.

110
DONNEES DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Abreviation	Intitulé en clair	Nb. col	N° Col.	Code et observation
R1	Date de la 1ère visite de ramassage	4	115 - 118	Jour et mois auquel ont eu lieu les 4 visites de ramassage. Lorsqu'une visite n'a pas eu lieu (visite sautée pendant la 3ème vague) chiffrer : <u>0 0 0 0</u> (NB : la date de la visite initiale est chiffrée en col. 177 - 180)
R2	Date de la 2ème visite de ramassage	4	119 - 122	
R3	Date de la 3ème visite de ramassage	4	123 - 126	
R4	Date de la 4ème visite de ramassage	4	127 - 130	
CR1	Personne ayant répondu au 1er ramassage	2	131 - 132	N° de la personne ayant répondu à chacun des interviews de ramassage. Le nom de la personne se lit sur le questionnaire navette, son numéro se retrouve dans le questionnaire initial
CR2	Personne ayant répondu au 2ème ramassage	2	133 - 134	
CR3	Personne ayant répondu au 3ème ramassage	2	135 - 136	
CR4	Personne ayant répondu au 4ème ramassage	2	137 - 138	
CC1	Tenue du 1er Carnet de compte	1	139	Façon dont ont été remplis les 4 carnets de compte (les lettres entre parenthèses indiquent la façon dont est codifiée la réponse dans le QN). 0 = (T) = rempli totalement 1 = (P) = rempli partiellement 2 = (V) = vide, à tort 3 = (SO) = sans objet (aucune dépense)
CC2	Tenue du 2ème Carnet de compte	1	140	
CC3	Tenue du 3ème Carnet de compte	1	141	
CC4	Tenue du 4ème Carnet de compte	1	142	
EP1	Conservation des emballages de pharmacie au 1er ramassage	1	143	Façon dont ont été conservés les emballages de pharmacie à chaque ramassage (les lettres entre parenthèses indiquent la façon dont est codifiée la réponse dans le QN) 0 = (T) = conservés tous 1 = (P) = conservés en partie 2 = (A) = absents, à tort 3 = (SO) = sans objet (aucune acquisition)
EP2	Conservation des emballages de pharmacie au 2ème ramassage	1	144	
EP3	Conservation des emballages de pharmacie au 3ème ramassage	1	145	
EP4	Conservation des emballages de pharmacie au 4ème ramassage	1	146	
CI1	1ère personne aux dépenses imprécises	2	147 - 148	N° des personnes dont la consommation était mal connue par la personne ayant répondu le plus souvent aux divers interviews - le nom de ces personnes se trouve dans le QF (p. 6 question D) ; leur n° se retrouve dans le QI ; s'il y a plus de 4 personnes dans cette situation, on se contentera de retenir les 4 premières indiquées - si personne n'est dans ce cas chiffrer <u>0 0</u> pour CI1, CI2, CI3, CI4.
CI2	2ème personne aux dépenses imprécises	2	149 - 150	
CI3	3ème personne aux dépenses imprécises	2	151 - 152	
CI4	4ème personne aux dépenses imprécises	2	153 - 154	

DONNEES MENAGES

Abréviations	Intitulé en clair	Nb. col	N° Col.	Code et Observations
NTM	Nombre total maximum de personne	2	155 - 156	On a, dans le QN, ouvert (en principe) une double page pour chaque personne du ménage : on chiffre le nombre de <u>personnes pour lesquelles on a ouvert au moins une double page.</u>
NTP	Nombre de personnes présentes à la 1ère visite	2	157 - 158	Nombre des personnes qui étaient présentes à la visite initiale c.a.d. pour lesquelles il a été répondu "0" (présent) à la question 6 du QI.
NF	Nombre d'enfants	1	159	Nombre d'enfants de moins de <u>16 ans</u> qui figurent dans les pages 2 et 3 du QI (on comptera le nombre de colonnes correspondantes). Si plus de 8 on chiffre 9 (9 = 9 et +)
EXOPC	Existence de OPC	1	160	0 Si déclaré 1 Si ND 2 Si SO
OPC	Occupation principale du chef de ménage	1	161	Le code ci-dessous combine l'activité présente et le statut : 8 = exerce actuellement une profession salariée du secteur <u>public.</u> 9 = exerce actuellement une profession salariée du secteur <u>privé.</u> 1 = exerce une profession non salariale 2 = chômeur 3 = retraité, retiré des affaires 4 = ménagère 5 = militaire du contingent 6 = étudiant, élève 7 = autres inactifs 0 = sans objet (<u>enfant de moins de 6 ans</u>) N.D.

DONNEES MENAGES (suite)

Abréviations	Intitulé en clair	Nb. col.	N° col.	Code et Observations
CSC	Catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage	2	162-163	Cf. code n° 3 du recensement de 1968, en annexe III. Pour les chômeurs, la dernière CS exercée est chiffrée.
REV	Revenu du ménage en clair (revenus de l'année 69)	6	164-169	Somme en francs des revenus déclarés (sans tenir compte des revenus exceptionnels) pendant l'année 69 pour l'ensemble des membres du ménage.
EREV	Existence du revenu	1	170	1 = Revenu déclaré. 0 sinon
TR	Tranche de revenu	1	171	Tranche correspondant au revenu chiffré en REV d'après le code suivant : 1 = moins de 3.000 F 2 = de 3.000 à moins de 6.000 F 3 = de 6.000 à moins de 10.000 F 4 = de 10.000 à moins de 15.000 F 5 = de 15.000 à moins de 20.000 F 6 = de 20.000 à moins de 30.000 F 7 = de 30.000 à moins de 50.000 F 8 = de 50.000 à moins de 100.000 F 9 = 100.000 F et plus 0 = sans objet (ce cas ne se rencontre que pour REX) ou ND
EXREX	Existence de REX	1	172	0 si déclaré 1 sinon
REX	Revenus exceptionnels	1	173	Revenus exceptionnels (globaux) d'après le même code que le revenu (TR) - 0 si la réponse à la question est non = pas de revenus exceptionnels)
TYM	Type de ménage	2	174-175	Type de ménage d'après la composition du ménage en fonction du code "type de ménage" donné en annexe IV.
RES	Résultat de l'enquête	1	176	0 = entièrement acceptée 1 = abandon après la visite initiale 2 = abandon après le 1er ramassage 3 = abandon après le 2ème ramassage 4 = abandon après le 4ème ramassage
DAVT	Date de la visite initiale	4	177-180	Jour (1 à 31) et mois (1 à 12) de la visite initiale

DONNEES CUMUL DES ACTES ET PRODUITS CONSOMMES

Ces données sont le cumul des consommations médicales - nombre d'actes, de produits - de l'individu pendant la période d'enquête (douze semaines) Elles occupent la zone des colonnes 185 à 659. La zone 181-184 est blanche.

La zone est divisée en 19 sous zones de 25 caractères chacune correspondant à un type d'acte ou de produit.

n° d'ordre de a sous-zone	Position de la sous-zone	Définition de la sous-zone
1	185-209	Séances de généralistes à domicile (visites)
2	210-234	Autres séances de généraliste (dont consultation chez le médecin)
3	235-259	Ensemble des séances de généraliste (3 = 1 + 2)
4	260-284	Séances de dentiste ou stomatologiste
5	285-309	Séances de spécialiste <u>non radiologue</u>
6	310-334	Séances de radiologie-radioscopie
7	335-359	Séances de traitement par rayon
8	360-384	Ensemble des séances "en R" (8 = 6 + 7)
9	385-409	Ensemble des séances de spécialiste, y. c radiologue (9 = 5 + 8)
10	410-434	Ensemble des séances de médecin, du dentiste (10 = 3 + 4 + 9)
11	435-459	Séances d'infirmières (ou assimilées = voir même faire des piqûres)
12	460-484	Séances de masseurs Kinésithérapeutes (diplômés)
13	485-509	Ensemble des séances d'auxiliaires (13 = 11 + 12 + autres auxiliaires = sage-femme, etc.)
14	510-534	Analyses
15	535-559	Ensemble des "praticiens" (15 = 10 + 13 + 14)
16	560-584	Pharmacie individualisée sur ordonnance
17	585-609	Pharmacie individualisée sans ordonnance
18	610-634	Pharmacie non individualisée (pour les besoins du ménage, pour "l'armoire à pharmacie")
19	635-659	Ensemble de la pharmacie

• Chacune de ces sous-zones est constituée selon le même dessin. (Sous-zone = 25 caractères)

- Col. 11-3 : Nombre de séances (ou de produits) pour l'individu pendant l'enquête (NB : pour les produits pharmaceutiques, si trois unités du même produit ont été achetées simultanément, cela compte bien pour 3)
- Col. 4-9 : Somme, en centimes, de tout ce qui a été payé, immédiatement et séparément, pour ces séances. Ce qui a été payé de façon différée, ou de façon globale sans qu'on puisse décomposer le paiement (par ex. : achat de divers produits à la pharmacie, la personne ne se souvenant plus ensuite du détail des coûts) n'est pas compté ici. Ceci donne donc des dépenses sous-estimées. Cf. sur ce point la partie " cumul des dépenses", infra.
- D'autre part il s'agit de dépenses du sens de "débours" des ménages (ce qu'ils ont payé à l'issue de la séance, ou dans la pharmacie) ; non du coût final à la charge du malade, inférieur (il faudrait défalquer les remboursements de Sécurité Sociale, inconnus dans l'enquête) ; ni du coût total (= revenus brut, des praticiens), plus élevés (il faudrait ajouter les sommes payées directement par tiers-payant, également inconnues).
- Col. 10-12 : Nombre des séances (produits) pour lesquelles quelque chose a été payé immédiatement et séparément (cf rubrique précédentes).
- Le rapport de la variable chiffrée en col 4-9 à la variable chiffrée en col 10-12 donne le prix unitaire moyen (au sens de débours) de ces séances ou produits.
- Col. 13-14 : Nombre des séances (produits) gratuites, pour lesquelles le ménage n'a rien eu, et n'aura jamais rien à payer, quelle qu'en soit la cause (tiers payant intégral, accident du travail par exemple, amitié avec le milieu, etc...)
- Col. 15-17 : Nombre de séances (produits), payées immédiatement et séparément, et pour lesquelles le ménage a dit avoir demandé le remboursement de la Sécurité Sociale (qu'il l'ait obtenu déjà ou pas) ou avoir l'intention de le faire. Il s'agit bien de la seule Sécurité Sociale (quelque soit le régime), non des remboursements supplémentaires des mutuelles. D'autre part, il s'agit de ce qu'ont dit les ménages, non de ce qu'ils ont fait effectivement (ils peuvent avoir l'intention de demander le remboursement mais n'en rien faire, et inversement), ni de leurs débits réels (ils peuvent demander des remboursements, à tort, ou ignorer, ou négliger des remboursements auxquels ils ont droit). Par construction le nombre porté en col 15-17 est inférieur ou égal au nombre porté en col 10-12.

DONNEES CUMUL DES ACTES 'OU DES PRODUITS (suite)

Col 18.23 Dépenses (debours) correspondant aux séances (produits) dénombrées en col 15.17, en centimes. Il ne s'agit pas du montant des remboursements

- Col. 24.25
- . S'il s'agit de séances (15 premières sous-zones) : nombre de séances à l'issue desquelles une ordonnance a été délivrée au malade (ordonnance de pharmacie ou autre : de port d'appareil, de radio, d'analyses). Sauf erreur ou singularité, ce nombre doit être nul pour les sous-zones 11 (infirmières) ou 12 (masseurs) ; il peut être positif (mais infime) pour la sous-zone 13 (ensemble des auxiliaires : les sages-femmes ont le droit de faire des ordonnances)
 - . S'il s'agit de produits : nombre d'acquisitions de produits. Le nombre d'acquisitions diffère du nombre de produit (col 1-3), parce que, dans le cas d'un achat simultané (en même temps, dans la même pharmacie, pour la même personne) de n unités du même produit, ou compte n produits, mais une seule acquisition.

Remarques importantes

- a) Chaque fois qu'il est question de "produit" dans la description qui précède, il faut entendre produit pharmaceutique ou appareil, acheté ou loué (lunettes, appareil de surdité, appareil orthopédique...)
- b) Dans certains cas, assez rares, une séance (un produit) n'a pu être affecté à un membre du ménage déterminé : soit par la nature des choses (achat d'un médicament pour l'armoire à pharmacie de l'ensemble du ménage), soit par erreur. Toutes les consommations dans ce cas ont été réparties proportionnellement entre les membres du ménage, par convention..
- c) L'utilisation de ces données doit se faire en tenant le plus grand compte des définitions précises données : Par exemple
 - . On a déjà signalé que la donnée "débours", col 4-9, ne donnait pas une estimation exhaustive du débours total surtout pour les catégories de consommation où la pratique du paiement groupé de plusieurs séances est répandue (dentiste, radio, auxiliaires).

DONNEES : CUMUL DES ACTES OU DES PRODUITS (suite)

- . Le rapport des col 4-9 aux col 10-12 donne bien un débours unitaire moyen par séance (produit) mais celui-ci n'est le débours moyen unitaire de l'ensemble des séances (produit) que sous l'hypothèse que le débours unitaire est le même, que le paiement ait lieu ou non de façon immédiate et séparée. Une reconstitution du débours total exhaustif faite en multipliant le nombre total de séances (col 1-2) par le débours moyen unitaire ainsi obtenu, n'est juste que sous cette hypothèse.
 - . L'utilisation du rapport des colonnes 18-13 aux colonnes 4-9 pour caractériser le taux de couverture des dépenses de santé de l'individu comporte de nombreux biais possibles: incertitude sur l'exactitude des déclarations du ménage (remboursements réellement demandés ou non) ; diversité des taux de remboursement pratiqués par la Sécurité Sociale (selon les catégories d'actes ou de produits, selon la nature des risques couverts) ; ignorance complète de la part en "tiers-payant"; extrapolation à l'ensemble des séances ou produits d'un chiffre connu seulement dans le cas du paiement immédiat et séparé.
- d) Tous les nombres et dépenses sont ceux relevés pendant la période d'enquête. Pour une estimation en moyenne par personne et par an il faut les rapporter au nombre de jours pendant les quels le ménage a été enquêté (NJEQ, col. 1 482 - 1 484) et multiplier par 365.

DONNEES CUMUL DES MALADIES

Ces données sont le cumul des "maladies" apparues pour l'individu au cours de l'enquête. Les maladies étaient repérées de deux façons :

- Par les questions posées dans le questionnaire initial, rubrique "Maladies chroniques^{et} d'infirmités". Les enquêtés y signalaient de quelles maladies et infirmités ils se jugeaient atteints de façon durable (ou définitive) ou répétitive ; et ceci d'après une liste limitative de maladies désignées de façon précise.

- Par les questions posées à propos de toutes les consommations médicales ou autres événements médicaux (alitements, interruptions d'activité) recensés dans l'enquête : on demandait en effet chaque fois "Pourquoi ?" la consommation (l'évènement) avait eu lieu. (cf. formulaire de ramassage). L'enquêté indiquant alors le nom de la maladie ayant entraîné les soins. (Ou le cas échéant, un motif non morbide : check-up, visite de contrôle ...). Par définition donc, toutes les maladies repérées de cette façon ont entraîné "quelque chose". Une maladie apparue en cours d'enquête, mais absolument non soignée (même par cachet d'aspirine) ne pouvait être repérée.

Chacun de ces deux modes de saisie (naturellement les doubles comptes entre les deux - maladies chroniques signalées en début d'enquête et ayant donné lieu à consommation pendant l'enquête - étaient éliminées) comporte des imperfections de principe :

. Dans le premier cas : Large latitude laissée à la subjectivité de l'enquêté qui pouvait considérer ou non tels maux comme une "maladie", considérer ou non une maladie comme vraiment durable, permanente ou chronique.

DONNEES CUMUL DES MALADIES (suite)

Dans le deuxième cas : omission des maladies "traitées par le mépris"

En outre dans les deux cas, l'information recueillie était tributaire du degré d'information des enquêtés sur leurs maladies : désignations vagues (symptômes au lieu de diagnostic), désignation d'une même maladie sous deux noms, différents, ou l'inverse. Ce degré d'information était certainement très variable selon les cas : selon le degré d'instruction, selon le style des rapports avec le corps médical, selon l'importance et la nature des maladies.

De même certaines maladies sont certainement sous-estimées dans l'enquête : maladies "qu'on n'avoue pas" (maladies vénériennes ou mentales, ou liées à l'alcoolisme) ; maladies très graves, dont on cache la nature au malade, ou qui font que les personnes ne sont pas présentes à leur domicile (personnes seules hospitalisées) et ne participent donc pas à l'enquête, ou du fait qu'elles refusent les visites de l'enquêteur. Enfin des maladies latentes ignorées des malades (qui n'en perçoivent pas les symptômes ou les négligent), que seuls des examens médicaux non exécutés auraient pu déceler, échappent complètement.

L'information collectée est donc, du fait même de la méthode de collecte lacunaire et imprécise. Elle est cependant très utile peu des sources existant sur la morbidité et ce sont surtout des sources partielles : maladies d'un type donné (à déclaration obligatoire, par exemple) ; ou soignées dans des conditions données (morbidité en milieu hospitalier) ; ou étudiées dans des enquêtes épidémiologiques approfondies (type INSERM) mais à objet spécifique, et échantillon localisé sur des représentatifs de l'ensemble de la France.

On a d'ailleurs utilisé le mieux possible l'information brute collectée. Des médecins travaillant au sein du CREDOC ont suivi de près le déroulement de l'enquête (pour chaque ménage enquêté, ils consultaient au moins

00

DONNEES CUMUL DES MALADIES (suite)

une fois, au cours des trois mois d'enquête, les questionnaires remplis et pouvaient faire poser des questions supplémentaires au ménage pour élucider des points obscurs). Ce sont eux qui ont assuré le chiffrage des maladies (dans une nomenclature très proche de celle de l'OMS en recourant à tous les renseignements donnés : désignation des maladies données par les enquêtés mais aussi nature des soins et traitements employés pour chaque maladie.

Les données occupent sur la bande une zone allant de la colonne 600 à la colonne 1039.

. Cette zone est divisée en 19 sous-zones correspondant à dix neuf groupes de maladies, chaque sous-zone étant de 20 caractères.

N° d'ordre de la sous-zone	Position de la sous-zone	Définition de la sous-zone nom du groupe de maladie correspondant	Contenu du groupe de maladie (numéros des maladies dans le code nosologique détaillé ⁽¹⁾)
1	660-679	Tuberculose	100 à 112
2	680-699	Autres maladies infectieuses	113 à 160
3	700-719	Maladies endocrine, maladies du sang, du métabolisme, tumeurs	161 à 193 + 225 à 338
4	720-739	Appareil circulatoire	194 à 224
5	740-759	Appareil respiratoire	339 à 359
6	760-779	Maladies ophtalmologiques	360 à 382
7	780-799	Systèmes nerveux, troubles mentaux	383 à 411
8	800-819	Bouche et dents	412 à 426
9	820-839	Appareil digestif	427 à 460
10	840-859	Organes urinaires	461 à 473
11	860-879	Organes génitaux	474 à 479
12	880-899	Peau, tissus cellulaires	500 à 520

DONNEES CUMUL DES MALADIES (suite)

N° d'ordre de la sous-zone	Position de la sous-zone	Définition de la sous-zone nom du groupe de maladie correspondant	Contenu du groupe de maladie (numéros des maladies dans le code nosologique détaillé) ⁽¹⁾
13	900-919	Os, appareil locomoteur	521 à 545
14	920-939	Accidents, traumatismes	546 à 595
15	940-959	O.R.L aigues	596 à 605
16	960-979	O.R.L autres	606 à 612
17	980-999	Maladies de la 1ere enfance, malformation congénitales	613 à 626
18	1000-1019	Autres maladies, ou indéterminées	autres
19	1020-1039	Ensemble des maladies	Ensemble

(1) voir code dans dossier d'enquête

- Chaque sous-zone compose les renseignements suivants (cf. explications et remarques à la suite)
(une sous-zone = 20 caractères)

col. 1-2 : Nombre de maladies de ce type existant chez l'individu le dernier jour de l'enquête

col. 3-10 : Non documenté

col. 11-12 : Nombre de maladies incidentes au cours de la période d'enquête (apparues entre la visite initiale et la visite finale).

col. 13-20 : Non documenté

Précisions et remarques

(a) Pour étudier la morbidité existante (ou "prévalente") un jour donné, on a préféré choisir le jour de la fin de l'enquête : en effet dans certains cas des maladies chroniques (peu graves) étaient oubliées lors du remplissage du questionnaire initial, mais "recupérées" en cours d'enquête : l'enquêté se rappelant de la

DONNEES CUMUL DES MALADIES (suite)

maladie, ou la maladie se rappelant à lui.

Mais ce choix introduit un certain flou : pour toutes les maladies apparues l'enquêté devait mentionner quand elles prenaient fin. Or la notion de "fin de maladie" ne saurait être rigoureuse : (En théorie dans l'enquête une maladie était à considérer comme terminée, dès lors plus aucun soin n'était prévu).

(b) Rapport entre nombres de maladies incidentes et existantes.

Selon les cas le nombre de maladies existantes (N1) peut-être supérieur ou inférieur au nombre de maladies incidentes (N6) N1 + N6 ne donne pas (rigoureusement) le nombre total des maladies que l'individu a eu au cours de l'enquête, du fait de la possibilité de double comptes (maladies incidentes non terminées en cours d'enquête) et/ou de lacunes (maladie existante en début d'enquête, terminée au cours d'enquête), mais en constitue en général une bonne approximation : la plupart des maladies incidentes sont à faible durée, la plupart des maladies existantes à longue durée ; en outre, sur un nombre suffisamment grand d'individus, il doit y avoir compensation statistique des doubles comptes et des lacunes.

En théorie, sur un nombre suffisamment grand d'individus, et si l'on adopte des hypothèses de "régime permanent", le rapport :

$$\frac{N6}{N1} \times \frac{1}{\text{Nombre de jours d'enquête}}$$

DONNEES CUMUL DES MALADIES (suite)

donne la moyenne harmonique de la durée des maladies existantes, qui est encore égale à la moyenne arithmétique de la durée des maladies incidentes. Tout ceci sous réserve de la validité des hypothèses de régime permanent, des erreurs aléatoires, de la difficulté de définition de la durée d'une maladie (quand commence-t-elle ? quand finit-t-elle ?).

(c) Extrapolation : le nombre de maladie incidentes en 12 mois est obtenue en divisant le nombre de maladies incidentes ^(N6) par le nombre de jours d'enquête ~~NDE~~ col. 1482-1484 et en multipliant par 365.

Il n'y a évidemment pas lieu d'extrapoler le nombre de maladies existant un jour donné.

DONNEES : CUMUL DES DEPENSES

Dans cette partie, toutes les dépenses faites pour l'individu au cours de la période d'enquête sont cumulées, par catégories de dépense, qu'elles portent ou non sur des séances (produits) payées isolément et séparément. Il s'agit toujours du "débours". Montant, en centimes.

rang de la variable	position de la variable col	Définition de la variable
1	1040 - 1045	Séances de généralistes
2	1046 - 1051	" " dentistes
3	1052 - 1057	" " spécialiste non radiologue
4	1058 - 1063	" " radios, rayons, analyses
5	1064 - 1069	" " auxiliaires
6	1070 - 1075	" " praticiens indéterminés (qualité inconnue du ménage enquêté, ou surtout oubliée
7	1076 - 1081	" " tous les praticiens (7 = 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6)
8	1082 - 1087	Pharmacie (ou appareils) avec ordonnance
9	1088 - 1093	Pharmacie (ou appareils) sans ordonnance (individualisée ou non)
10	1094 - 1099	Ensemble de la pharmacie et appareils (10 = 8 + 9)
11	1100 - 1105	Total des "dépenses médicales de ville" (11 = 7 + 10 + dépenses non ventilées entre praticien et pharmacie)
12	1106 - 1111	Autres dépenses (essentiellement : débours pour hospitalisation).

N.B. Le total total (11 + 12) qui n'a pas grand sens, n'est pas établi.

DONNEES CUMUL DES DEPENSES (suite)

Remarques : a) Comme pour le cumul des actes et des produits, les dépenses sont celles intervenues durant la période d'enquête. Pour les dépenses annuelles, il faut diviser par le nombre de jour d'enquête (NJEQ col. 1482-1484), ce qui donne la dépense par jour, puis multiplier par 365.

b) Comme pour le cumul des actes et des produits, les dépenses non individualisées (non affectées à un membre déterminé du ménage) sont équiré-parties entre les membres du ménage.

c) Dans cette partie, tout ce que le ménage a payé pendant la période d'enquête, (se rapportant ou non à des actes ou produits consommés pendant cette période : le ménage a pu régler après le début de l'enquête des consommations intervenues avant) est recensé. On a donc en principe une estimation exhaustive des débours (aux omissions près des enquêtés et aux aléas près d'échantillonnage. Toutefois, lorsqu'il y avait règlement global de consommation de type différent ou règlement différé de consommation, les enquêtés n'étaient pas toujours en mesure de préciser de façon détaillée à quoi le débours se rapportait. D'où la présence de dépenses non ventilées : dépenses dont on sait qu'elles se rapportent à des séances de soins, mais sans connaître la nature de ceux-ci (rang 6) ; ou dépenses correspondant à un ensemble non ventilé de séances de soins et de produits ou appareils (différence entre la variable 11 et la somme des variables 7 et 10). Une solution approximative, si l'on cherche à récupérer ces débours non ventilés, consiste à les ventiler proportionnellement au montant des divers postes auxquels il correspondent (par exemple répartir la variable 6 proportionnellement au montant des variables 1 à 5).

d) Ayant d'un côté une estimation exhaustive des débours, dans cette partie (et sous les réserves énoncées en c), de l'autre une estimation exhaustive des nombres de séances ou de produits, dans la partie "cumul des actes et produits", le rapport des deux peut évidemment fournir une estimation des débours unitaires. Cependant, cette façon de faire n'est recevable que pour l'ensemble d'un groupe suffisamment nombreux de personnes. Appliquée à une seule personne, elle peut conduire à des erreurs considérables, du fait que les débours recensés ne se rapportent pas nécessairement aux séances et produits recensés.

Exemple : soit une personne ayant une série de 7 séances chez le dentiste et payant l'ensemble de ces soins lors de la dernière séance. Dans le cas où seule la dernière séance a lieu pendant la période d'enquête, le rapport

Dépenses/Séances est sept fois plus grand que le véritable débours unitaire ; inversement, si la dernière séance a lieu après la fin de l'enquête, le rapport donne un résultat nul. La compensation statistique de l'effet de ces décalages temporels ne peut se produire que sur un nombre assez grand d'individus.

DONNEES CUMUL DES EXAMENS SYSTEMATIQUES OBLIGATOIRES

Les examens systématiques obligatoires étaient dans l'enquête limités par définition

- aux examens systématiques obligatoires de la médecine: du travail
- à ceux de la médecine scolaire
- à ceux pratiqués à l'occasion des conseils de révision

Sont, donc exclus, par exemple, les examens de santé exécutés par l'intéressé de son propre chef ("check-up"), ou pratiqués avant la souscription d'une assurance sur la vie etc....

A signaler d'ailleurs que les données collectées sur ces examens semblent d'assez mauvaise qualité : sous-estimation des nombres d'examens (ces examens obligatoires sont souvent mal mémorisés par les enquêtés, qui les perçoivent comme de simples formalités).

- Les données occupent 140 caractères sur la bande soit 4 sous-zones de 35 caractères

Position de la sous-zone	Définition de la sous-zone
col 1112 - 1146	Examen obligatoire de médecine du travail
col 1147 - 1181	" " " médecine scolaire
col 1182 - 1216	" " " pour conseil de révision
col 1217 - 1251	Ensemble des examens systématiques obligatoires

- Chaque sous-zone (de 35 caractères) comprend 5 données

col 1 - 7	nombre d'examen de ce type
col 8 - 14	" " " " " où a été faite une radioscopie
col 15 - 21	" " " " " où a été faite une radiographie
col 22 - 28	" " " " " où a été faite une vaccination
col 29 - 35	" " " " " où a été découverte par l'examen une maladie (ignorée de l'intéressé avant l'examen)

Ainsi le nombre d'examen de médecine scolaire au cours desquels une vaccination a été pratiquée se trouve en col.1168 à 1174.

DONNEES : CUMUL DES TRAITEMENTS, ALITEMENTS, INTERRUPTION D'ACTIVITE EN 3 MOIS (Suite)

bréviat	Intitulé en clair	Nb col.	N° col.	Code et observation
NALI	Nbre d'alitements observés au cours des trois mois d'enquête	7	1259 - 1265	Alitement : journée passée en majeure partie au lit, pour cause de maladie. Sont décomptés ici tous les alitements observés au cours des trois mois d'enquête, donc aussi bien les alitements en cours au premier jour de l'enquête, que ceux commencés pendant les trois mois d'enquête. De ce fait il serait erroné de multiplier par quatre pour obtenir des évaluations de nombre d'alitements sur douze mois. Les alitements sont comptés qu'ils aient été ou non prescrits par le médecin. On ne décompte ici que les alitements causés par une maladie définie : non les personnes à qui leur état général interdit de jamais se lever, en dehors même d'une maladie précisée. Une reprise d'alitement après une journée d'interruption compte pour un <u>nouvel</u> alitement.
NALIDC	Nbre d'alitements à durée connue	7	1266 - 1272	Alitements finis avant le dernier jour de l'enquête, qu'ils aient commencé avant le début de l'enquête ou au cours des trois mois d'enquête (pour ceux qui se prolongeaient le dernier jour de l'enquête, leur date de fin ne pouvait évidemment être connue : dans ce cas, la durée de l'alitement est donc inconnue). NALIDC \leq NALI - Voir ce code.
SDALI	Somme des nombres de jours des alitements à durée connue	7	1273 - 1279	Somme des durées des alitements à durée connue, décomptés en NALIDC.

DONNÉES : CUMULS DES TRAITEMENTS, ALIEMENTS, INTERRUPTION D'ACTIVITE EN TROIS MOIS

Abréviation	Intitulé en clair	Nb col.	N° des col	Code et observation
NTRAIT	Nombre de traitements pharmaceutiques suivis par l'individu en trois mois	7	1 252 1 258	<p>"Un" traitement = un usage suivi du régulier du <u>même</u> médicament pour la <u>même</u> maladie.</p> <p>Lorsqu'on rachète une boîte de médicament, à l'épuisement de la précédente, il s'agit bien du <u>même</u> traitement (compte pour un seul).</p> <p>Lorsque le traitement est suspendu pour une raison ou <u>pour une autre</u> mais qu'il est décidé d'avance (ou très probable) qu'on la reprendra à une date déterminée, la reprise du traitement compte comme la poursuite, non comme un nouveau traitement.</p> <p>La reprise à l'improviste (rêchûte) d'un traitement <u>qu'on croyait fini</u> compte au contraire, pour un nouveau traitement.</p> <p>Sont considérés indifféremment les traitements, ordonnancés par le médecin ou ceux suivis par le malade de sa propre initiative.</p> <hr/> <p>Sont décomptés ici <u>tous</u> les traitements suivis au cours des trois mois d'enquête : donc aussi bien le "<u>stock</u>" de traitement en cours en début d'enquête que le "<u>flux</u>" des nouveaux traitements commencés au cours des trois mois.</p> <p>De ce fait il serait erroné de multiplier par 4, pour avoir une évaluation du nombre de traitements observés sur douze mois.</p>

Abréviation	Intitulé en clair	Nb col.	N° col.	Code et observation
SDALI (suite)	Somme des nombres de jours des alitements à durée connue (suite)			<p><u>Remarques importantes</u></p> <p>1. SDALI ne <u>permet pas</u> de calculer un nombre moyen de jours d'alitement par an et par individu : il manque en effet les nombres de jours des (NALI-NALIDC) alitements à durée inconnue.</p> <p>2. Le rapport SDALI/NALIDC ne donne pas non plus une estimation correcte de la durée moyenne d'un alitement. Toutes choses égales d'ailleurs (soit à date de début fixée) les alitements ont d'autant moins de chance d'être terminés à la fin de l'enquête qu'ils sont longs : donc les alitements les plus longs ont le moins de chance d'être pris en compte dans NALIDC, ce qui <u>sousestime</u> la moyenne.</p> <p>En bonne théorie une évaluation correcte des durées d'alitement doit passer par une étude préalable des distributions des alitement, selon leur durée et par des ajustements, faits à partir de ces distributions. Toutefois, cette exigence théorique n'est peut être que mineure en pratique ; la plupart des alitements sont brefs (de durée très inférieure à trois mois).</p>
NIAC	Nombre d'interruption d'activité observées au cours des trois mois d'enquête	7	1280 1286	<p>Les interruptions d'activité concernent les personnes actives (OP, col. 46 = 1,8 ou 9), pour les autres, NIAC = 0 systématiquement.</p> <p><u>Interruption d'activité</u> : une journée ouvrable du moins chômée, pour raison de maladie.</p> <p>Il ne s'agit pas ici de la notion de la Sécurité Sociale, peu importe que l'interruption ouvre au non droit à indemnités journalières.</p> <p>D'autres remarques sont communes ^{à ce code} (et au code NALI (col. 1259-1265) voir ce code.</p>

DONNEES : CUMUL DES TRAITEMENTS, ALIEMENTS, INTERRUPTION D'ACTIVITE EN 3 MOIS (Suite)

Abréviations	Intitulé en clair	Nb col.	N° col.	Code et observation
NIAOCD	Nombre d'interruptions d'activité observées au cours des trois mois d'enquête et à durée connue	7	1287 - 1293	Conditions sont celles du code NIAC (voir ce code) interruption d'activité qui étaient terminées à la fin de l'enquête. Le problème est le même que pour le code NALIDC (code 1266-1272) : voir ce code.
SDIAC	Somme des nombres de jours des interruptions d'activité à durée connue	7	1294 - 1300	Les interruptions d'activité concernées sont celles décomptées en NIAOCD : voir ce code <u>Durée</u> : nombre de jours écoulés entre le début et la fin de l'interruption, donc <u>y compris</u> , éventuellement des jours non ouvrables. Par ailleurs, l'usage de SDIAC pose les mêmes problèmes théoriques que celui de SDALI (col. 1273 1279) voir ce code.

DONNEES = CUMUL DE L'HOSPITALISATION AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

. Définition d'une hospitalisation = séjour en hôpital ou maternité publique, hôpital psychiatrique, clinique privée (chirurgicale, d'accouchement, médicale...), maison de santé, sanatorium, préventorium, aërium, maison de convalescence ou rééducation, à condition qu'il y ait eu au moins une nuit passée à l'hôpital. Aucune autre condition n'intervient. Ainsi

- un passage à l'hôpital pour une opération très bénigne faite dans la journée, avec retour chez lui du malade le soir, n'est pas une hospitalisation
- un séjour à l'hôpital (d'au moins une nuit) fait en dehors de toute maladie ou opération ~~pour~~ une série d'exams (exemple = check-up approfondi) est une hospitalisation du sens de l'enquête

. Les données occupent une zone de 147 caractères sur la bande (col. 1301 à 1447)

Elles décrivent les hospitalisations de l'individu au cours des douze derniers mois ; il s'agit d'hospitalisation de l'individu commencées ou finies au cours des douze mois précédant le premier jour de l'enquête, hospitalisations saisies dans le questionnaire initial. Un autre document de l'enquête, le formulaire de ramassage, saisissait les hospitalisations commencées au cours des trois mois d'enquête : celles-ci ne sont pas prises en compte ici (toutefois dans le cas d'une hospitalisation commencée avant le début de l'enquête et finie en cours d'enquête, la sortie d'hospitalisation était consignée sur le formulaire de ramassage : une telle hospitalisation est décomptée ici)

. Cette zone de 147 caractères se décompose en trois sous zones de même dessin, de chacune 49, caractères:

DONNEES CUMUL DE L'HOSPITALISATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (SUITE)

position de la sous-zone	Définition de ^{la} sous-zone
col. 1301 - 1349	Hospitalisations publiques
col. 1350 - 1398	Hospitalisations privées
col. 1399 - 1447	Ensemble des hospitalisations publiques et privées

Remarque : dans une proportion mineure des cas, la distinction entre hopital public ou privé, non évidente, a été faite en fonction de règles conventionnelles.

. Chaque sous-zone de 49 caractères comprend les données suivantes

Abréviation	position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observation
NH	col 1-7	<u>Nombre d'hospitalisation</u> cf supra la définition d'une hospitalisation. cf infra précisions sur la variable

DONNEES CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviation	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NH (suite)	col 1-7	<p>Deux points d'importance méthodologique sont à mentionner =</p> <ul style="list-style-type: none"> . les hospitalisations décomptées ne sont pas seulement celles <u>commencées</u> au cours des douze derniers mois, mais toutes celles ayant existé à un instant quelconque de ces douze mois, soit : (commencées plus de douze mois avant le début de l'enquête, et non finies à ce moment) + (commencées au cours de ces douze mois). Soit encore : "stock" existant à un moment donné + "flux" incident sur douze mois = cette addition est en principe hétérogène par nature (La difficulté théorique est la même que pour le code NALI, col 1259 - 1265. Voir ce code). En pratique, la durée minimum d'une hospitalisation est suffisamment faible pour que le "stock" à un moment donné soit à peu près négligeable devant le "flux" incident en douze mois Sur le "flux" incident voir aussi (infra) la variable suivante, chiffrée en colonne 8-14 de la sous-zone . Biais d'évaluation résultant du "champ de saisie" des hospitalisations étudiées dans l'enquête. Quatre raisons, d'importance pratique variable : font, que le nombre d'hospitalisations saisies dans l'enquête doit être un peu sous-estimé par rapport à la réalité

DONNEES : CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviation	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NH (suite)	col 1.7	<p>a) Comme toute enquête INSEE auprès des ménages, la présente enquête ne vise que les ménages ordinaires, sont donc hors champ les hospitalisations des personnes vivant en ménage collectif, notamment celles des personnes âgées en maison de retraite ou hospice</p> <p>b) tous les ménages ordinaires sont en principe dans le champ : mais des personnes vivant seules et justement hospitalisées durablement au moment de l'enquête n'auront pu être jointes par l'enquêteur.</p> <p>c) On interrogeait tous les membres <u>présents</u> de chaque ménage sur leurs hospitalisations des douze derniers mois : l'hospitalisation d'une personne qui aurait fait partie du ménage au cours des douze derniers mois mais qui serait entre temps décédée n'est pas prise en compte</p> <p>d) Enfin on a éliminé de la présente bande tous les membres "ALD" (Absent de longue durée) des ménages, dont la plupart des consommations médicales avaient, en effet, chance d'être mal connues. Mais un des cas d'ALD est (cf questionnaire initial) : malades en sanatorium, préventorium, aérium ; ou malades placés depuis plus de six mois en établissement hospitalier ou psychiatrique ou maison de santé.</p>

DONNEES : CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviation	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NHDC	col 8-14	<p><u>Nombre d'hospitalisation à durée connue</u> (parmi les NH = cf ce code et les réserves faites à son sujet)</p> <p>Pour que la durée soit connue il faut que sa date de fin le soit : on a donc ici toutes les hospitalisations ayant existé au cours des douze mois précédant le <u>début</u> d'enquête (cf NH) <u>et</u> terminées avant <u>la fin</u> de l'enquête (donc terminées au cours des quinze mois = douze mois avant le début + trois mois entre début et fin). Ici encore on n'a pas de notion "pure". Notamment par rapport au concept "hospitalisations finies en quinze mois" (flux de "sortie" qui serait statistiquement, et sous une hypothèse de régime permanent, égal au "flux "d'entrée" des hospitalisations incidentes sur douze mois), il marque les hospitalisations <u>commencées et finies</u> au cours des trois mois d'enquête</p>
SDNH	col 15-21	<p><u>Somme</u> , en nombre de jours, <u>des durées des NHDC</u> hospitalisations à durée connue</p> <p>Le rapport SDNH/NHDC donne une sorte de valeur moyenne de durée d'hospitalisation, mais impure comme l'est le cummul NHDC lui-même (voir ce code ; voir aussi réserves générales sur NH)</p>

DONNEES : CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviation	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NHIC	col 22-28	<p><u>Nombre d'hospitalisations</u> (parmi les NH : voir ce code) au cours des desquelles la personne a subi au moins une <u>intervention chirurgicale</u> (passage sur la table d'opération)</p>
NICH	col 29-35	<p><u>Nombre total d'interventions chirurgicales</u> pratiquées au cours de ces NHIC hospitalisations (voir ce code). Par construction NICH \geq NHIC</p>
NHREG	col 36-42	<p><u>Nombre d'hospitalisations</u> (parmi les NH : voir ce code) pour lesquelles le malade avait <u>au moment où</u> le questionnaire renseignant sur l'hospitalisation était rempli (cf infra) payé la <u>totalité des débours à sa charge</u> (cf infra)</p> <p>a) <u>Débours à la charge du malade</u></p> <p>Tout ce que le malade (ou son ménage) devait débours <u>même</u> si c'est à titre provisoire = c'est-à-dire même s'il doit être remboursé ultérieurement (Sécurité Sociale, mutuelle, assurance privée) de tout ou partie de ce débours, et même s'il a <u>déjà</u> été remboursé</p> <p>Il s'agit des débours concernant tous les types de frais d'hospitalisation : frais de séjour (prix de journée),</p>

DONNEES : CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviation	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NHREG(suite)	col 36-42	<p>Honoraires médicaux, coût d'intervention chirurgicale (dont coût de la salle), analyses, produits pharmaceutiques, supplément pour chambre seule... Ce débours total peut être nul : Tiers payant à 100 % par la Sécurité Sociale (accident du travail, "longue maladie"), clinique mutualiste prenant tout à sa charge. Ces hospitalisations entièrement gratuites <u>sont décomptées</u> dans NHREG</p> <p>En tout état de cause, dans la très grande majorité des cas (personnes couvertes par la Sécurité Sociale) le débours à la charge du ménage ne représente qu'une part mineure du <u>coût total</u> d'une hospitalisation : en gros 80 % de la dépense est couverte directement par tiers payant.</p> <p>b) <u>Moment où le questionnaire est rempli</u></p> <p>Il y a deux cas (en excluant celui d'une hospitalisation non finie à la fin de l'enquête, qui n'est évidemment pas décomptée dans NHREG) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation ayant pris fin au cours des douze derniers mois précédant le début de l'enquête : le questionnaire renseignant sur l'hospitalisation est le questionnaire initial : le délai entre sortie de l'hôpital et remplissage du questionnaire peut varier de un jour à douze mois.

DONNEES : CUMUL DES HOSPITALISATIONS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (Suite)

Abréviatiion	Position dans la sous-zone	Intitulé en clair, code et observations
NHREG (suite)	col 36.42	<p>- hospitalisation ayant pris fin en cours d'enquête, donc portée sur un formulaire de ramassage le délai entre sortie et remplissage du questionnaire peut alors varier entre un jour et trois semaines (espacement des deux visites de l'enquêteur)</p> <p>En résumé le délai entre sortie remplissage du questionnaire est très variable : or plus ce délai est élevé, plus il y a de chances que le ménage ait réglé tous les débours à sa charge (NB : on n'a pas d'idée sur le délai moyen existant entre sortie d'hopital et règlement définitif)</p>
SHREG	43-49	<p><u>Total des sommes déboursées pour les NHREG hospitalisations précédentes (voir ce code).</u> Il suit de ce qu'il précède que le rapport SHREG/NHREG ne donne, en bonne rigueur, l'évaluation du coût moyen (à la charge du malade) par hospitalisation, que sous les deux hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le coût d'une hospitalisation est indépendante de sa durée (cf remarques faites sur le code NH). Cette hypothèse est évidemment fausse. - Ce coût est également indépendant du délai entre sortie et paiement <p>Elément supplémentaire d'imprécision : certains ménages ont pu déclarer par erreur avoir réglé toutes les sommes à leur charge, alors qu'il leur restait quelque chose à payer : ceci sous-estimerait le coût moyen.</p>

DONNEES INDIVIDUS

Abréviations.	Intitulé en clair	Nbre de col.	N° de col.	Code et observations
NMAL	Nombre de maladies de l'individu sur les trois mois d'enquête		1448 1454	Nombre total des maladies observées pour la personne pendant les trois mois d'enquête : soit en fait maladies existant au premier jour de l'enquête + maladies incidentes en 3 mois. Sur la notion des "maladies" dans l'enquête et ses modes d'observation, voir la zone "cumul des maladies", en colonnes 660-1039.
NSS	N° de sécurité sociale (tronqué)	6	59 et 1455 1459	<u>Attention</u> : ce code à été tronqué par erreur cf col. 59
ENSS	Existence de NSS	1	1460	6 ou 1 = déclaré 2 = si sans objet (non assuré) 3 = si non déclaré
MJT	Mutuelle	1	1461	0 = ne bénéficie pas d'une mutuelle 1 = affilié à une mutuelle 2 = bénéficie d'une mutuelle en tant qu'ayant droit 3 = N.D.
AM	Assurances privées médicales et chirurgicales	1	1462	0 = ne bénéficie pas d'une assurance privée. 1 = affilié à une assurance privée 2 = ayant droit d'une assurance privée 3 = ND

DONNEES INDIVIDUS (suite)

Abréviation	Intitulé en clair	Nbre col.	N° de col.	Codes et observations
AMG	Aide médicale	1	1463	Bénéficie de l'aide médicale 0 = non 1 = oui 2 = ND
SGM	Soins gratuits aux pensionnés militaires et victimes de guerre ("Article 115")	1	1464	Bénéficie de l'article 115, selon le code : 0 = non 1 = oui 2 = ND
NHA	Nombre d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois	1	1465	Nombre d'hospitalisation pour chaque personne de 0 à 9 ; pour ce faire, on compte le nombre de lignes hospitalisation figurant sur le Q1 p. 6 et 7 pour cette personne.
CMSS	Changement de protection par la sécurité sociale	1	1466	Modifications qui sont intervenues en cours d'enquête dans le mode de protection par la sécurité sociale (indiquées page 2 du QN*) 0 = pas de changement (aucune indication en page 2 du QN*) 1 = un changement est intervenu dans la <u>nature</u> de la protection 2 = acquisition de la protection 3 = perte de la protection 8 = personne ayant quitté définitivement le ménage pendant l'enquête (en dehors des décès) 9 = <u>personne</u> décédée pendant l'enquête
NBM	Nombre de maladies	2	1467 1468	Nombre de colonnes "maladie" ouvertes dans la double page du QN* consacrée à la personne (ne pas compter les colonnes <u>rayées</u> ni celle qui sont marquées <u>suite</u> (attention : certaines personnes occupent <u>2</u> doubles pages du QN*)) En fait, ce chiffre revient à compter le nombre de cartes 21 ouvertes pour la personne.

* QN: questionnaire navette de l'enquête

DONNEES INDIVIDUS (suite)

Abréviation	Intitulé en clair	Nbr de col.	N° de col.	Code et observations
NBA	Nombre d'alitements de la personne au cours des 3 mois d'enquête	2	1469 - 1470	Ce code est en principe le même que NALI chiffré en colonne 1259-1265. Voir ce code
NBIA	Nombre d'interruptions d'activité de la personne au cours des 3 mois d'enquête	2	1471 - 1472	Ce code est en principe le même que NIAC chiffré en colonne 1280-1286. Voir ce code
PIA	Possibilité d'avoir des interruptions d'activité	1	1473	0 = Sans objet (personne n'ayant pas d'activité professionnelle ou scolaire) 1 = oui, personne ayant une activité professionnelle ou scolaire
NBAB	Nombre d'absences de plus de 8 jours de la personne	1	1474	Décomptée d'après le questionnaire navette (page 2, tableau II) 9 = 9 et plus
JAB	Nombre de jours d'absence correspondant	2	1475 - 1476	Total des jours absences correspondant aux NBAB absences de plus de huit jours. Les absences de moins de huit jours ne sont donc pas comptabilisées ici.
NBH	Nombre d'hospitalisation au cours des trois mois d'enquête	2	1477 - 1478	Hospitalisation ayant <u>commencé</u> au cours des trois mois d'enquête ("Hospitalisations incidentes")
CSC	Catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage	2	1479 - 1480	Même code que CSC, colonne 162.163
TR	Tranche de revenu du ménage	1	1481	Même code que TR, colonne 171
DUREE	Durée de l'enquête en nombre de jours	3	1482 - 1484	Oscille légèrement autour des 84 jours (douze semaines)
ZBL	Zone blanche	35	1485 - 1519	Zone noir chiffrée

DONNEES MENAGES

Abréviation	Intitulé en clair	Nb de col.	N° de col.	Code et observations
CSCM	Catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage	2	1520 1521	<p>CS à 2 chiffres Code n° 3 du recensement de 1968 : cf annexe 3. <u>Attention</u> le code est différent du code usuel : en effet pour les <u>chômeurs</u> ou <u>retraités</u> (OPCM, colonne 1523, = 2 ou 3) c'est la dernière profession exercée qui est chiffrée comme pour le code CSI col 47-48). De ce fait les valeurs 93 à 96 du code, où sont habituellement chiffrées les retraités, ne sont jamais prises. <u>On trouvera la CS du chef de ménage chiffrée de façon usuelle en colonne 162-163</u></p>
SCM	Sexe du chef de ménage	1	1522	1 = Masculin , 2: féminin
OPCM	Occupation principale	1	1523	Même code que OPC, colonne 161
ACTI	Exercice d'une activité par le chef de ménage et par son épouse éventuelle	1	1524	<p>Valeurs 1 à 4 : <u>chef non marié</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 homme: actif 2 homme inactif 3 femme: active 4 femme inactive <p>Valeurs 5 à 8 : <u>chef marié</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 5 Chef actif épouse inactive 6 Chef inactif, épouse inactive 7 Chef actif, épouse active 8 chef inactif, épouse active
TYM	Type de ménage	2	1525 1526	<p>Même code que TYM col 174-175 Cf code en annexe IV</p>
EREV	Déclaration par le ménage de son revenu	1	1527	<p>1 oui 0 non</p>

DONNEES MENAGES (suite)

Abréviation	Intitulé en clair	Nb de col.	N° de col.	Code et observations
REV	Revenu annuel total de ménage, déclaré , en francs	6	1528 - 1533	Somme de tous les revenus déclarés par un membre quelconque du ménage, sauf ressources exceptionnelles. 0 si ND
TRR	Tranche de revenu	1	1534	Tranche de revenu Même code que TRR, colonne 171
REVUC	Revenu par unité de consommation, en clair et en francs	6	1535 - 1540	Division de REV (col 1528-1533) par le nombre d'unités de consommation du ménage : chef = 1 unité; autres adultes (plus de 14 ans) du ménage = 0,7 chacun; enfants (moins de 14 ans) = 0,5 chacun REVUC = 0 si REV non déclaré
AGCM	Age du chef de ménage, en clair	2	1541 - 1542	Age en nombre d'années révolues
NACT	Nombre de personnes actives dans le ménage	2	1543 - 1544	Y compris les actifs absents, de longue durée (ALD)
NENF	Nombre d'enfants dans le ménage	2	1545 - 1546	Enfant : personne de moins de 16 ans en années révolues vivant dans le ménage (ALD inclus). Indépendamment du lien avec le chef de ménage
NADU	Nombre d'adultes dans le ménage	2	1547 - 1548	Adulte = personne de plus de 16 ans vivant dans le ménage (ALD inclus)
NBTOT	Nombre total de personnes dans le ménage	2	1549 - 1550	Y compris les ALD
NUC 10	Nombre d'unités de consommation du ménage, multiplié	3	1551 - 1553	Chef de ménage = 1 unité Autre personne de plus de 14 ans = 0,7 chacune. Enfant de moins de 14 ans = 0,5 chacun

DONNEES MENAGES (suite)

abréviation	Intitulé en clair	Nb col.	N° de col.	Code et observations
NIVCM	Niveau d'instruction des chef de ménage	2	1554 1555	<p>Dans ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • APP = certificat de fin d'apprentissage • FPA = certificat de fin de stage de Formation Professionnelle des adultes • CAP = certificat d'aptitude Professionnelle • BP = Brevet professionnel • BT = Brevet de technicien <ul style="list-style-type: none"> • C.E.P. = certificat d'Etudes Primaires • BEPC = Brevet d'enseignement du premier cycle ou brevet élémentaire • BAC = Baccalauréat (éventuellement première partie seulement) • SUP = Diplôme, de niveau supérieur au baccalauréat <p>Les diplômes généraux d'une part, professionnels d'autre part, sont considérés comme énumérés ci-dessus dans un ordre d'instruction croissante</p> <p><u>CODE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 0 = Non déclaré 1 = Aucun diplôme ou titre 2 = APP ou FPA 3 = CAP 4 = PP 5 = BT 6 = CEP 7 = CEP + (APP ou FPA ou CAP)

DONNEES MENAGES (suite)

bréviation	Intitulé en clair	Nb col.	N° de col.	Code et observations
NIVCM (suite)	Niveau d'instruction du chef de ménage		1554.1555	<p>8 = CEP + (BP ou BT) 9 = BEPC 10 = BEPC + (APP ou FPA ou CAP) 11 = BEPC + (BP ou BT) 12 = BAC 13 = SUP</p> <p>En outre, les chefs de ménage étudiants, (n'ayant pas terminé leurs études) sont classés en 0 avec les ND.</p>
NIVSUP	Niveau d'instruction de la personne "la plus instruite" du ménage	2	1556 1557	<p>Les modalités du code sont les mêmes que celles du code précédent NIVCM</p> <p>Par convention la personne la plus instruite est celle sous laquelle le numéro du code précédent est le plus élevé</p> <p>Seules sont prises en compte les personnes du ménage ayant achevé leurs études</p>
PCMSS	Protection combinée du ménage par la sécurité sociale	1	1558	<p>Code établi en regardant quelles personnes du ménage sont <u>assurées</u> par un régime (quel qu'il soit) de Sécurité sociale</p> <p><u>Valeurs 1 à 5</u> : chef de ménage marié</p> <p>1 chef assuré épouse non assurée 2 chef et épouse tous deux assurés 3 chef non assuré, épouse assurée 4 chef ni épouse assuré. Aucun autre assuré dans le ménage 5 Chef ni épouse assuré. Mais une autre personne du ménage est assurée</p>

DONNÉES MENAGES (suite)

Abréviation	Intitulé en clair	Nb de col.	N° de col.	Code et observations
PCMSS (suite)	Protection combinée du ménage par la S.Sociale		1558	<p>Valeurs 6 à 8 : Chef de ménage non marié</p> <p>6 : chef assuré</p> <p>7 : chef non assuré, ni personne d'autre dans le ménage</p> <p>8 : chef non assuré, mais une autre personne du ménage l'est</p>
PCMGG	Production combinée du ménage par le régime général de Sécurité sociale	1	1559	Même code que PCMSS, mais il s'agit ici seulement de l'assurance du Régime Général (stricto sensu = non compris les "régimes rattachés")
PCMAUT	Protection combinée du ménage par les autres régimes de Sécurité Sociale	1	1560	Même code que PCMSS, mais il s'agit ici seulement de l'assurance aux régimes de Sécurité sociale <u>autres</u> que le Régime général. Y compris "régimes rattachés".
PCMUT	Protection combinée du ménage par les mutuelles	1	1561	Même code que PCMSS mais il s'agit ici seulement de la protection par une mutuelle (y.c mutuelles chirurgicales et dentaires).

DONNEES : DEROULEMENT D'ENQUETE

ABREVIATION	INTITULE EN CLAIR	NOMBRE COL.	NUMERO COL.	CODE ET OBSERVATIONS
TCC	Indicateur de la qualité de tenue des carnets de compte	2	1562 1563	<p>A chacune des 4 visites, l'enquêteur notait (cf questionnaire navette) si le carnet de compte</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 avait été rempli totalement 2 rempli partiellement 3 était vide, à tort 4 était sans objet (aucune consommation). <p>On calcule la valeur moyenne sur les cas autres que sans objet (code 4) de ce code et on la multiplie par 10. Exemple valeurs du code = 1, 2, 4, 2 TCC</p> $= 10 \times \frac{(1 + 2 + 2)}{3} = 16,66 = 16$ <p>Si pour toutes les unités on est dans le cas de sans objet, TCC = 0</p>
CEP	Indicateur de la bonne conservation des emballages de pharmacie	2	1564 1565	<p>Même principe et même calcul le code d'origine était :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 tous emballages de pharmacie conservés 2 conservés en partie 3 aucun conservé, à tort 4 sans objet (aucune acquisition)
NPMAL	Nombre de personnes aux consommations mal saisies	2	1566 1567	<p>cf questionnaire final. Personnes du ménage vivant de manière assez autonome pour que la personne la plus fréquemment interviewée connaisse mal leurs consommations</p>
TABS	Total des jours d'absence hors domicile des personnes du ménage	3	1568 1570	<p>D'après le questionnaire navette.</p>

DONNEES MENAGES

ABREVIATION	INTITULE EN CLAIR	NOMBRE COL.	NUMERO COL.	CODE ET OBSERVATIONS
AJE	Age en années révolues du plus jeune des enfants du ménage	2	1571 1572	Enfant ici défini non par l'âge, mais comme descendant direct, du chef de ménage (enfant, petit-enfant). Si aucun enfant, AJE est chiffré 99
TABH (J=1, 14)	Nombre de personnes du ménage (ALD exclus) de sexe masculin, dans chaque tranche d'âge en années révolues	14	1573 1586	Les tranches d'âge sont : <ul style="list-style-type: none"> - un an ou moins - plus d'un an, deux ans ou moins - plus de deux ans, quatre ans ou moins - plus de quatre ans, neuf ans ou moins - plus de neuf ans, quatorze ans ou moins - plus de quatorze ans, dix neuf ans ou moins - plus de 19 ans, 29 ans ou moins - plus de 29 ans, 39 ans ou moins - plus de 39 ans, 49 ans ou moins - plus de 49 ans, 59 ans ou moins - plus de 59 ans, 69 ans ou moins - plus de 69 ans, 79 ou moins - 80 ans et plus - Age non déclaré à l'enquête

>>

DONNEES : MENAGES (suite)

ABREVIATION	INTITULE EN CLAIR	NOMBRE COL.	NUMERO COL.	CODE ET OBSERVATIONS
TABF (J=1,14)	Nombre de personnes du ménage (ALD exclus) de sexe féminin, dans chaque tranche d'âge en années révolues	14	1587 1600	Même tranches que TABH (col 1573-1586)
TOTH	Nombre total de personnes du ménage de sexe masculin (ALD exclus)	2	1601 1602	TOTH = TABH (1) +...+ TABH (14)
TOTF	Nombre total de personnes du ménage de sexe féminin (ALD exclus)	2	1603 1604	TOTF = TABF (1) +...+ TABF (14) TOTM + TOTF + Nombre d'ALD du ménage = NPOT (col 1549 - 1550)
ZB	Zone blanche	5	1605 1609	Non chiffrée
REDP	"Redressements partiels"	24	1610 1633	Quatre coefficients "partiels" de redressement (cf méthode de redressement [*]), chiffrés respectivement en col. 1610-1615, 1616-1621, 1622-1627, 1628-1633. <i>* cf Annales de l'INSEE n° 82.23 Collections de l'INSEE MST</i>

20

DONNEES MENAGES (suite)

ABREVIATION	INTITULE EN CLAIR	NOMBRE COL.	NUMERO COL.	CODE et OBSERVATIONS.
RED	Coefficient de redressement	6	1634 1639	<p>Coefficient de redressement (cf méthode de redressement[*])</p> <p>Pour obtenir une exploitation correcte de la bande, il faut pondérer chaque enregistrement par RED.</p> <p>Cela fournit des distributions correctes selon : âge et sexe des individus CS du chef de ménage, taille du ménage, zone d'habitat (Province rurale ; Province urbaine ; agglomération parisienne), période de l'année (vague d'enquête).</p> <p>Le coefficient fournit l'extrapolation en même temps que le redressement à proprement parler : on calcule directement des effectifs "France Entière".</p> <p><i>* cf Annuaire de l'INSEE n° 22-23 Collections de l'INSEE M57.</i></p> <p><u>NB</u> - coefficient vaut de 1000 à 3500 (résultats publication)</p>

DONNEES MENAGES (suite)

ABREVIATION	INTITULE EN CLAIR	NOMBRE COL.	NUMERO COL.	CODE et OBSERVATIONS
EMCM	Etat matrimonial du chef de ménage	1	1643	1 célibataire 2 marié 3 veuf (veuve) 4 divorcé(e) ou légalement séparé(e) 5 non déclaré.
AGEP	Age de l'épouse du chef de ménage	2	1644 1645	Age en clair en années révolues 00 si le chef de ménage n'a pas d'épouse ou si celle-ci ne fait pas partie du ménage
OPEP	Occupation principale de l'épouse du chef de ménage	1	1646	0 : sans objet 1 : exerce une profession non salariée 8 : exerce une profession salariée du secteur <u>public</u> 9 : exerce une profession salariée du secteur <u>privé</u> 2 : au chômage 3 : retraitée, retirée des affaires 4 : ménagère 5 : militaire du contingent (valeur sans objet) 6 : étudiante 7 : autre cas d'inactivité.

A N N E X E 1

Code Région de Programme

(R P, colonnes 1 - 2)

- 11 - Région Parisienne
- 21 - Champagne
- 22 - Picardie
- 23 - Haute Normandie
- 24 - Centre
- 25 - Basse Normandie
- 26 - Bourgogne
- 31 - Nord
- 41 - Lorraine
- 42 - Alsace
- 43 - Franche Comté
- 52 - Pays de la Loire
- 53 - Bretagne
- 54 - Poitou Charentes
- 72 - Aquitaine
- 73 - Midi - Pyrénées
- 74 - Limousin
- 82 - Rhône - Alpes
- 83 - Auvergne
- 91 - Languedoc - Roussillon
- 92 - Provence - Côte d'azur - Corse

A N N E X E 2Code DEPARTEMENT

(D P T, colonnes 3 - 4)

01 - AIN	28 - EURE-ET-LOIR
02 - AISNE	29 - FINISTERE
03 - ALLIER	30 - GARD
04 - BASSES-ALPES	31 - HAUTE-GARONNE
05 - HAUTES-ALPES	32 - GERS
06 - ALPES-MARITIMES	33 - GIRONDE
07 - ARDECHE	34 - HERAULT
08 - ARDENNES	35 - ILLE-ET-VILAINE
09 - ARIEGE	36 - INDRE
10 - AUBE	37 - INDRE-ET-LOIRE
11 - AUDE	38 - ISERE
12 - AVEYRON	39 - JURA
13 - BOUCHES-DU-RHONE	40 - LANDES
14 - CALVADOS	41 - LOIR-ET-CHER
15 - CANTAL	42 - LOIRE
16 - CHARENTE	43 - HAUTE-LOIRE
17 - CHARENTE-MARITIME	44 - LOIRE-ATLANTIQUE
18 - CHER	45 - LOIRET
19 - CORREZE	46 - LOT
20 - CORSE	47 - LOT-ET-GARONNE
21 - COTE-D'OR	48 - LOZERE
22 - COTES-DU-NORD	49 - MAINE-ET-LOIRE
23 - CREUSE	50 - MANCHE
24 - DORDOGNE	51 - MARNE
25 - DOUBS	52 - HAUTE-MARNE
26 - DROME	53 - MAYENNE
27 - EURE	54 - MEURTHE-ET-MOSELLE

A N N E X E 2 (suite)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 55 - MEUSE | 82 - TARN-ET-GARONNE |
| 56 - MORBIHAN | 83 - VAR |
| 57 - MOSELLE | 84 - VAUCLUSE |
| 58 - NIEVRE | 85 - VENDEE |
| 59 - NORD | 86 - VIENNE |
| 60 - OISE | 87 - HAUTE-VIENNE |
| 61 - ORNE | 88 - VOSGES |
| 62 - PAS-DE-CALAIS | 89 - YONNE |
| 63 - PUY-DE-DOME | 90 - TERRITOIRE DE BELFORT |
| 64 - PYRENEES-ATLANTIQUE | 91 - ESSONNE |
| 65 - HAUTES-PYRENEES | 92 - HAUTS-DE-SEINE |
| 66 - PYRENEES-ORIENTALES | 93 - SEINE-ST-DENIS |
| 67 - BAS-RHIN | 94 - VAL-DE-MARNE |
| 68 - HAUT-RHIN | 95 - VAL-D'OISE |
| 69 - RHONE | |
| 70 - HAUTE-SAONE | |
| 71 - SAONE-ET-LOIRE | |
| 72 - SARTHE | |
| 73 - SAVOIE | |
| 74 - HAUTE-SAVOIE | |
| 75 - PARIS (VILLE DE) | |
| 76 - SEINE-MARITIME | |
| 77 - SEINE ET MARNE | |
| 78 - YVELINES | |
| 79 - DEUX SEVRES | |
| 80 - SOMME | |
| 81 - TARN | |

0 1

A N N E X E 3

CODE DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Code n°3 du recensement de la population de 1968
(Codes CSI, col. 47 - 48 ; CSC, col. 162 - 163 et 1479 - 1480 ; CSCM col. 1520 - 1521)

- | | |
|---|--|
| <p>0. <u>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</u>
00. Agriculteurs exploitants</p> <p>1. <u>SALARIES AGRICOLES</u>
10. Salariés agricoles</p> <p>2. <u>PATRONS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE</u>
21. Industrie
22. Artisans
23. Patrons pêcheurs
26. Gros commerçants
27. Petits commerçants</p> <p>3. <u>PROFESSIONS LIBERALES ET CADRES SUPERIEURS</u>
30. Professions libérales
32. Professeurs, professions littéraires et scientifiques
33. Ingénieurs
34. Cadres administratifs supérieurs</p> <p>4. <u>CADRES MOYENS</u>
41. Instituteurs ; professions intellectuelles diverses
42. Services médicaux et sociaux
43. Techniciens
44. Cadres administratifs moyens</p> <p>5. <u>EMPLOYES</u>
51. Employés de bureau
53. Employés de commerce</p> | <p>6. <u>OUVRIERS</u>
60. Contremaîtres
61. Ouvriers qualifiés
63. Ouvriers spécialisés
65. Mineurs
66. Marins et pêcheurs
67. Apprentis ouvriers
68. Manœuvres</p> <p>7. <u>PERSONNELS DE SERVICE</u>
70. Gens de maison
71. Femmes de ménage
72. Autres personnels de services</p> <p>8. <u>AUTRES CATEGORIES</u>
80. Artistes
81. Clergé
82. Armée et police</p> <p>9. <u>PERSONNES NON ACTIVES *</u>
91. Etudiants et élèves
92. Militaires du contingent
93.* Anciens agriculteurs (exploitants et salariés)
94.* Retirés des affaires
95.* Retraités du secteur public
96.* Anciens salariés du secteur privé
99. Autres personnes non actives
00. Non déclaré</p> |
|---|--|

* Remarque importante : Pour les codes CSI et CSCM, les retraités sont chiffrés d'après leur ancienne profession, comme s'ils étaient actifs (Valeur du code de 00 à 82). De ce fait, les valeurs 93 à 96, dès lors sans objet, ne sont jamais prises. Par contre le code CSC est chiffré normalement.

A N N E X E 4

Code TYM. = Type de ménage

(colonnes 174 - 175, 1525 - 1526)

- 11 = 1 adulte de moins de 65 ans
 12 = 1 adulte de 65 ans ou plus
 21 = 2 adultes de moins de 65 ans
 22 = 2 adultes dont l'un au moins à 65 ans ou plus
 31 = 2 adultes et 1 enfant de moins de 2 ans
 32 = 2 adultes et 1 enfant de 2 ans ou plus
 33 = 3 adultes de moins de 65 ans
 34 = 3 adultes dont l'un au moins à 65 ans ou plus
 41 = 2 adultes et 2 enfants dont l'un au moins à moins de 2 ans
 42 = 2 adultes et 2 enfants de 2 ans ou plus
 43 = 3 adultes et 1 enfant de moins de 2 ans
 44 = 3 adultes et 1 enfant de 2 ans au moins
 51 = 2 adultes et 3 enfants dont l'un au moins à moins de 2 ans
 52 = 2 adultes et 3 enfants de 2 ans ou plus
 91 = 1 adulte et des enfants dont 1 au moins à moins de 2 ans
 92 = 1 adulte et des enfants de 2 ans ou plus
 93 = 2 adultes et plus de 3 enfants dont l'un au moins à moins de 2 ans
 94 = 2 adultes et plus de 3 enfants de 2 ans ou plus
 95 = 3 adultes et 2 enfants ou plus dont l'un au moins à moins de 2 ans
 96 = 3 adultes et 2 enfants au moins de 2 ans ou plus
 97 = 4 adultes de plus de 65 ans
 98 = 4 adultes ou plus dont l'un au moins à 65 ans ou plus
 99 = 4 adultes ou plus et des enfants

NB = Les enfants sont les individus âgés de moins de 16 ans, quel que soit leur lien avec le chef de ménage.

Les adultes sont les individus de 16 ans au plus.