

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES
29, quai Branly, PARIS (7^e)

CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION
SUR LA CONSOMMATION
45, bd de la Gare, PARIS (13^e)

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ (1969-1970)

QUESTIONNAIRE INITIAL

Direction régionale de		Département :	
Canton :		Commune :	
Enquêteur : M		Ménage n°	
Visite initiale effectuée le			
Résultat du 1 ^{er} interview :			

1 PRÉNOM.....

2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE. ...

1	2	3
Chef de ménage		

RÉCENSEMENT DES

A - Inscrire dans le cadre ci-dessus toutes les personnes vivant normalement dans le logement visité (y compris les domestiques, salariés logés, pensionnaires, locataires, sous-locataires, sous réserve que ces derniers n'occupent pas des pièces totalement indépendantes).

Ne pas omettre de noter les personnes absentes au moment de l'enquête pour une courte durée (personnes parties pour un voyage de courte durée, pour un séjour à l'hôpital, en clinique, dans un établissement de soins).

Ne pas noter, en revanche, les personnes de passage qui sont présentes seulement au moment de l'interview mais ont leur domicile habituel ailleurs.

I - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

	1	2	3	
	M	F	M	F
3 SEXE.....				
4 DATE DE NAISSANCE (jour, mois, année).				
5 LIEU DE NAISSANCE..... Localité et département (préciser l'arrondissement pour Paris).				
6 PRÉSENCE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE. 0. Présent. 1. Absent de courte durée. 2 à 5. Absent de longue durée (cf. code ci-dessus).	☐	☐	☐	☐
7 OCCUPATION PRINCIPALE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE..... 1 ● Exerce une profession, a un emploi, travaille en aidant (même sans être salarié) un membre de sa famille. 2 ● Est sans travail et recherche un emploi. Indiquez l'ancienne profession ou la dernière profession exercée 3 ● Retraité, retiré des affaires. 4 ● Ménagère (faisant son ménage personnel). 5 ● Militaire du contingent, en service légal. 6 ● Étudiant, élève. 7 ● Autre personnes sans occupation professionnelle.	☐	☐	☐	
8 (UNIQUEMENT SI LA PERSONNE EXERCE UNE PROFESSION : 1 EN QUESTION 7) a. Profession principale (indiquer de façon précise le métier exercé). b. Statut : 1 : indépendant. 2 : employeur, 3 : aide familiale, 4 : salarié du secteur privé, 5 : salarié du secteur public.	☐	☐	☐	
9 ÉTAT MATRIMONIAL : 1. Célibataire. 2. Marié. 3. Veuf (veuve) 4. Divorcé ou légalement séparé	☐	☐	☐	
10 NOMBRE D'ENFANTS NÉS VIVANTS (Si 9 enfants ou plus, chiffrer 9).	☐	☐	☐	

[illegible]

MEMBRES DU FOYER

3- Y a-t-il, de plus, un ou plusieurs membres du foyer se trouvant dans l'un des quatre cas suivants (personnes absentes de longue durée).

- 2 - Enfants placés dans un pensionnat ou un internat.
- 3 - Militaires du contingent ou de carrière, servant ailleurs (en métropole ou hors métropole).
- 4 - Malades en sanatorium, préventorium, aérhum.
- 5 - Malades infirmes, se trouvant depuis plus de six mois dans un établissement hospitalier, un hôpital psychiatrique, une maison de santé.

OUI - NON

OUI - NON

OUI - NON

OUI - NON

Si oui,

Nombre

Si oui au moins à l'une de ces questions, reporter également ces personnes dans le cadre ci-dessous.

SUR LES MEMBRES DU FOYER

[illegible]

1 PRÉNOM.....

2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE...

1	2	3
..... Chef de ménage		

11 SÉCURITÉ SOCIALE (y compris Caisses Mutuelles de Sécurité Sociale Agricole) :

La personne bénéficie-t-elle de la Sécurité sociale en cas de maladie (régime général ou régime spécial).
(Entourer la réponse correcte)

Si oui :

11a. Est-ce en qualité de :

1. Assuré;

2. Avant droit.

Ayant droit. Indiquer le prénom de l'assuré correspondant.
Préciser, le cas échéant : « Personne extérieure au
foyer ».

11b. De quel régime s'agit-il ?

1	Salariés agricoles	7	Invalides de guerre
2	Agriculteurs exploitants	8	Fonctionnaires
3	S.N.C.F.	9	Étudiants
4	E.D.F. - G.D.F.	10	{ Artisans, commer- çants, industriels, professions libérales
5	Mines		
6	Militaires		

11. Régime général.

12. Autres (préciser) :

11c. Quel est votre numéro de Sécurité sociale ?....

12 MUTUELLES

Indépendamment des garanties de la Sécurité sociale, la personne bénéficie-t-elle des remboursements d'une mutuelle en cas de maladie ou d'opération chirurgicale (y compris les mutuelles dentaires) ?

(Entourer la réponse correcte)

Si oui : Est-ce en qualité de :

1. Affilié.

2. Ayant droit.

13 ASSURANCES PRIVÉES MÉDICALES ET DENTAIRES

des mutuelles. La personne bénéficie-t-elle des remboursements d'une compagnie d'assurances privées en cas de maladie ou d'opération chirurgicale ?

(Entourer la réponse correcte)

Si oui : Est-ce en qualité de :

1. Affilié.

2. Ayant droit.

14 AIDE MÉDICALE (appelée jadis Assistance Médicale Gratuite : A. M. G.)

La personne est-elle inscrite à l'aide médicale ?

(Entourer la réponse correcte)

15 SOINS GRATUITS AUX PENSIONNÉS MILITAIRES ET VICTIMES DE LA GUERRE

La personne bénéficie-t-elle des soins gratuits accordés aux pensionnés militaires et victimes de la guerre (art. 115, ancien article 64).

(Entourer la réponse correcte)

2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE...

6

1	2	3
Chef de ménage		

Un des membres de votre foyer a-t-il séjourné au cours des douze derniers mois (ou séjourne-t-il encore) dans l'un des établissements suivants (que ce soit pour une maladie, une blessure, un accouchement, une série d'exams; pourvu qu'il y ait eu *au moins une nuit passée à l'hôpital*)?

Si oui préciser le nombre de séjours distincts dans l'année.

N° 1	N° 2	N° 3
OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON

Si oui, pour l'un au moins des membres du foyer, remplir le tableau suivant en utilisant

Prénom de la personne	Nom et adresse de l'établissement (rue, commune, département)	Date d'entrée dans l'établis- sement <i>Si cette date remonte à plus de 12 mois, indiquer simple- ment « Plus de 12 mois »</i>	Date de sortie de l'établis- sement <i>Préciser le cas échéant « Pas encore sorti »</i>	Pour quoi ? Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée le motif du séjour : - Maladie (laquelle ?) - Blessure (laquelle ?) - Accouchement	Y a-t-il eu inter- vention chirur- gicale ? <i>Entourer la réponse correcte</i>	<i>Si OUI, laquelle ?</i> Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée, la nature de l'opération effectuée S'il y a eu plusieurs opérations au cours du séjour, indiquer la nature des différentes opérations
2	3	4	5	6	7	8
					OUI NON	
					OUI NON	
					OUI NON	
					OUI NON	
					OUI NON	

4	5	6	7	8

DES DOUZE DERNIERS MOIS

- 1 - Hôpital, maternité publique
 2 - Hôpital psychiatrique
 3 - Clinique privée (chirurgicale, d'accouchements, médicale...)
 4 - Maison de santé
 5 - Sanatorium, préventorium, aérarium
 6 - Maison de convalescence ou de rééducation
 7 - Autre établissement de soins à préciser :

N° 4	N° 5	N° 6	N° 7	N° 8
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

une ligne différente pour chaque séjour.

Avez-vous déboursé (ou surez-vous à déboursé) quelque chose à l'occasion de ce séjour ? (Tenir compte des frais de séjour, des honoraires médicaux, des analyses, des produits pharmaceutiques même si vous en avez été remboursé depuis) Entourer la réponse correcte	Si OUI en colonne 9						Si NON en col. 9		
	Avez-vous effectué la totalité des règlements qui sont à votre charge ? (cf. colonne précédente)	Si OUI en colonne 10 uniquement		Quelle que soit la réponse effectuée en colonne 12			Raisons de la gratuité		
		Combien avez-vous ainsi déboursé au total pour ce séjour ? Frais de séjour honoraires médicaux - analyses - produits pharmaceutiques en francs et centimes	La Sécurité sociale, la Mutuelle, une compagnie d'assurances a-t-elle (doit-elle) verser directement à l'établissement une partie du coût total du séjour ?	Avez-vous déjà été remboursé directement par la Sécurité sociale, la Mutuelle, la compagnie d'assurances d'une partie des frais qui viennent d'être évoqués ?					Attendez-vous des remboursements (ou d'autres remboursements) de la Sécurité sociale, de la Mutuelle d'une compagnie d'assurances ?
				Si OUI indiquer successivement les montants déjà remboursés par :	Si NON indiquer « néant »	Si OUI, de quel organisme ?			
9	10	11	12	13	14	15	16	17	
OUI NON	OUI NON		OUI NON				SS M A		
OUI NON	OUI NON		OUI NON				SS M A		
OUI NON	OUI NON		OUI NON				SS M A		
OUI NON	OUI NON		OUI NON				SS M A		

1 PRÉNOM.....

2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE. ...

1	2	3
Chef de ménage		

III - TRAITEMENTS EN COURS PENDANT

Au cours des huit derniers jours, y a-t-il un des membres de votre ménage qui ait suivi un traitement médical (pris des interrompu son activité professionnelle (s'il en a une) ? Si oui, pourquoi ? «

Si oui { • Recenser, pour chaque personne concernée, chacun des motifs (maladies, blessures, infirmités) qui ont
• En outre, demander, pour chaque maladie ainsi relevée, si elle peut être maintenant considérée comme

• Maladies (blessures, infirmités) ayant entraîné sur les huit derniers jours : traitement médical ou pharmaceutique, alitement, interruption d'activité. (Les relever selon les termes propres des enquêtés). • Cocher la case de droite si la maladie est considérée comme terminée.	1	1	1
	 ☐	 ☐	 ☐
	2	2	2
	 ☐	 ☐	 ☐
	3	3	3
	 ☐	 ☐	 ☐
4	4	4	
..... ☐	 ☐	 ☐	
5	5	5	
..... ☐	 ☐	 ☐	
6	6	6	
..... ☐	 ☐	 ☐	

4	5	6	7	8

LES HUIT DERNIERS JOURS

médicaments — même sans ordonnance — ; vu un médecin, un dentiste ; fait faire des analyses ; etc.) ; ou se soit alité, ait

provoqué ces consommations médicales ou pharmaceutiques, ces alitements ou interruptions d'activité.
terminée.

1	1	1	1	1
☐	☐	☐	☐	☐
2	2	2	2	2
☐	☐	☐	☐	☐
3	3	3	3	3
☐	☐	☐	☐	☐
4	4	4	4	4
☐	☐	☐	☐	☐
5	5	5	5	5
☐	☐	☐	☐	☐
6	6	6	6	6
☐	☐	☐	☐	☐

1 PRÉNOM.....

2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE. ...

1	2	3
Chef de ménage		

10

IV - MALADIES CHRONIQUES

① « Voici une liste de maladies chroniques et d'infirmités. Un des membres de votre foyer est-il atteint de l'un ?
(Tendre la carte et lire la liste lentement. Si oui : cocher la case correspondante, et répondre en clair

	Depuis quand ?	Depuis quand ?	Depuis quand ?
1. Maladies de cœur.....	☐	☐	☐
2. Tension artérielle trop forte.....	☐	☐	☐
3. Artérite.....	☐	☐	☐
4. Varices, ulcères des jambes.....	☐	☐	☐
5. Rhumatisme chronique, lumbago, sciatique, arthrose, douleurs ou déformation des articulations.....	☐	☐	☐
6. Tuberculose.....	☐	☐	☐
7. Bronchite chronique, asthme, emphysème.....	☐	☐	☐
8. Sinusite chronique, otite chronique.....	☐	☐	☐
9. Dents en mauvais état, carie ou abcès fréquents, gingivite.....	☐	☐	☐
10. Maladies de la peau.....	☐	☐	☐
11. Ulcères de l'estomac, douleurs de l'estomac.....	☐	☐	☐
12. Maladies du foie ou de la vésicule biliaire, calculs biliaires.....	☐	☐	☐
13. Troubles de l'intestin, colites, constipation, diarrhée.....	☐	☐	☐
14. Maladies des reins, calculs urinaires.....	☐	☐	☐
15. Cystite, prostate.....	☐	☐	☐
16. Diabète.....	☐	☐	☐
17. Paralysie, hémiplégie, congestion cérébrale.....	☐	☐	☐
18. Maux de tête, migraines.....	☐	☐	☐
19. Troubles de la vue.....	☐	☐	☐
20. Troubles de l'ouïe, surdité.....	☐	☐	☐
21. Infirmité de naissance (exemple : pied-bot) : laquelle ?	☐	☐	☐
22. Infirmité acquise (exemple : hernie, amputation) : laquelle ?	☐	☐	☐
23. Autres maladies : lesquelles ?	☐	☐	☐

② « Une des personnes de votre foyer est-elle actuellement enceinte ? Si oui, laquelle ? » :

d'entre elles ? Si oui, depuis quand ? »
à la question « depuis quand ? »)

[illegible]

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ (1969-1970)

QUESTIONNAIRE NAVETTE

Direction régionale de : _____ Département : _____

Canton : _____ Commune : _____

Enquêteur : M. _____ Ménage n° : _____

TABLEAU DES MEMBRES DU MÉNAGE (à remplir par la D. R.)

Prénom							
Lien avec le chef de ménage	Chef de ménage						
Etude des maladies : pages numéros	4 et 5	6 et 7	8 et 9	10 et 11	12 et 13	14 et 15	16 et 17

TABLEAU DES VISITES À EFFECTUER (visite initiale faite le

Interview numéro	(A remplir par la D. R.) devrait avoir lieu		Prénom de la personne ayant répondu à l'enquêteur	Visite effectuée le	Carnet de compte : T : rempli totalement. P : rempli partiel- ment. V : vide, à tort. SO : sans objet. (Aucune dépense)	Emballages de phar- macie. T : conservés tous. P : conservés en par- tie. A : absents, à tort. SO : sans objet (Aucune acquisition)
	entre le	et le				
2 (ramassage du 1 ^{er} carnet)						
3 (2 ^e carnet)						
4 (3 ^e carnet)						
5 (4 ^e carnet)						

I. Noter ici avec le plus d'explications possibles (et en faisant précéder chaque observation faite du numéro de la visite) :

1. Tous les changements de composition du ménage, quelle qu'en soit la cause : naissance d'un enfant ou décès d'un membre du ménage, départ ou arrivée d'une personne à la suite d'un changement de domicile (exemples : installation d'un sous-locataire, départ d'une fille au moment de son mariage).

2. Les changements dans l'activité professionnelle de l'un quelconque des membres du ménage.

3. Les modifications intervenues dans le mode de protection, en cas de maladie, par la Sécurité Sociale, les Mutuelles ou les Compagnies d'Assurance, pour l'un quelconque des membres du ménage (y compris les changements de régime de Sécurité Sociale).

Explications :

II. Noter les absences de plus de 8 jours de tous les membres du ménage.

Prénoms des membres du ménage (à remplir par la D. R.)							
Départ le							
Retour le							
Départ le							
Retour le							
Départ le							
Retour le							

III. Passer à l'étude des maladies, personne par personne (pages suivantes : une double page par membre du ménage).

Remarque importante : L'enquêteur ne doit interroger ici que sur les maladies qui avaient déjà été signalées à une visite précédente (et qui ont été reportées par la D. R., avec l'indication des événements qu'elles avaient provoqués avant cette visite de première apparition. L'enquêteur complètera donc s'il y a lieu les colonnes ouvertes par la D. R. et n'inscrira rien dans les colonnes vierges.

● Les événements (aliments, interruptions d'activité, consommations médicales ou pharmaceutiques) entraînés depuis la dernière visite par ces maladies « anciennes » sont donc recensés deux fois : d'abord dans ces pages « Études des maladies », puis, de façon détaillée, dans le formulaire de ramassage.

● Au contraire, les événements provoqués par une maladie « nouvelle » (non encore relevée) ne seront recensés qu'une fois : sur le formulaire de ramassage (et seront ensuite reportés par la D. R., sur le questionnaire navette, dans les colonnes ouvertes pour chaque maladie « nouvelle » apparue).

CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE

(A remplir par la D. R., d'après le questionnaire initial)

Étude des maladies : Questions à poser à l'enquêté pour chaque maladie recensée ci-contre et considérée comme non encore terminée (case en bas de colonne encore vierge).

L'enquêteur pose les questions *maladie par maladie*, en désignant chaque maladie par son nom porté en haut de colonne (= termes propres de l'enquêté).

Poser la question pour tous les médicaments recensés pour la maladie, et qui étaient encore utilisés lors de l'interview précédente (case de droite blanche);

- Si «terminé» marquer en case de droite le numéro de l'interview en cours.
- Sinon, laisser la case blanche.

Noter chaque nouveau produit acquis : nom du médicament et

- Si «terminé» inscrire le numéro de l'interview en cours dans les cases de droite et de gauche.
- Sinon, n'inscrire ce numéro que dans la case de gauche

Pour chaque séance recensée, indiquer le numéro de l'interview (case de gauche) et la nature de la séance, soit :

- « Généraliste ». ←
- Indiquer la spécialité du spécialiste ←
- « Radio ». ←
- Indiquer la qualité de l'auxiliaire (Infirmière, masseur-kinésithérapeute, ...). ←
- « Dentiste ». ←
- Indiquer laquelle (dans les termes propres de l'intéressé). ←

Indiquer les dates (de début et de fin) de chaque alitement ou interruption d'activité.

SI OUI, indiquer le numéro de l'interview en cours dans la case en bas de colonne.

SI NON, laisser vide cette case.

① Le traitement par le produit de la personne malade est-il terminé ?

② Depuis ma dernière visite, la même maladie a-t-elle entraîné :

◆ Acquisition de nouveaux produits pharmaceutiques ?
(et, si oui, le traitement par chacun de ces nouveaux produits est-il terminé ?)

◆ Recours à des soins médicaux, c'est-à-dire :

- Consultations, visites de généraliste ?
- Consultations, visites de spécialiste ?
- Séances de radioscopie, radiographie ou traitements de rayons (en dehors des consultations et visites ci-dessus) ?
- Soins d'auxiliaires de la médecine ?
- Soins de dentistes ou stomatologistes ?
- Analyses ?

◆ Alitements ?

◆ Interruptions d'activité (seulement pour les personnes exerçant une activité professionnelle ou scolaire).

③ Pouvez-vous considérer cette maladie comme maintenant tout à fait terminée ?

MALADIE.

Nom (case de gauche = numéro de la visite de 1^{re} apparition).

PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

Une ligne par produit :

- nom du produit;
- case de gauche = numéro de l'interview signalant l'acquisition
- case de droite = numéro de l'interview signalant la fin de traitement.

SOINS MÉDICAUX

Une ligne par séance :

- nature de la séance;
- case de gauche = numéro de l'interview signalant la séance.

ALITEMENTS.

Une ligne par alitement : dates.

INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ.

Une ligne par I. A. : dates.

FIN DE MALADIE.

Numéro de l'interview signalant la fin de la maladie.

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ (1969-1970)

FORMULAIRE DE RAMASSAGE

Direction régionale de Département :
Canton : Commune :
Enquêteur : M. Ménage n°
Période du au

Poser d'abord toutes les questions ci-dessous (et cocher les cases correspondantes si la réponse est oui).
Passer ensuite aux pages correspondant aux cases cochées.

Depuis ma dernière visite, y-a-t'il eu, pour un membre de votre ménage
(et que ce soit à titre payant ou gratuit) :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------|
| Hospitalisation | ☐ Entrée, pour un séjour, dans un établissement hospitalier ? (ou rentrée après un tel séjour ?). | → Pages 2-3 |
| Alitement, interruption d'activité | ☐ Alitement ? | → Page 14 |
| | ☐ Interruption d'activité ? (seulement pour les personnes ayant une activité professionnelle). | → Page 14 |
| | ☐ Visite ou consultation : de médecin, de dentiste ? | → Pages 4-5 |
| Soins médicaux | ☐ Examen radioscopique, radiographique, traitement de rayons ? (en dehors des visites et consultations ci-dessus). | → Pages 6-7 |
| | ☐ Analyse ? | → Pages 6-7 |
| | ☐ Soins d'infirmières, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes ou autres auxiliaires de la médecine ? | → Pages 8-9 |
| Produits pharmaceutiques, appareils | ☐ Achat, acquisition de produits pharmaceutiques, sur ordonnance ? | → Pages 10-11 |
| | ☐ Achat, acquisition de produits pharmaceutiques, sans ordonnance ? (fût-ce pour les besoins du ménage). | → Pages 10-11 |
| | ☐ Achat, acquisition, avec ou sans ordonnance de : lunettes correctives, appareils orthopédiques, appareils de prothèse auditive, autres appareils ? | → Pages 10-11 |
| Examen systématique | ☐ Examen systématique obligatoire ? (médecine du travail, médecine scolaire, conseil de révision). | → Page 15 |

- S'il s'agit d'une entrée en établissement, la personne n'en étant
- S'il s'agit d'une sortie d'un établissement où la personne était
- Si entrée en établissement et sortie ont eu lieu toutes deux

I. ENTRÉE DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

N° de la ligne	Prénom de la personne	Nom et adresse de l'établissement (rue, commune, département)	Nature de l'établissement	Date d'entrée dans l'établis- sement	Pourquoi ?	Date de sortie de l'établis- sement	Y a-t-il eu inter- vention chirur- gicale ? (Entourer la réponse correcte)
			1. Hôpital, mater- nité publique. 2. Hôpital psy- chiatrique. 3. Clinique privée (chirurgicale, médicale, d'ac- couchement, etc.). 4. Maison de santé. 5. Sanatorium, préventorium, aérium. 6. Maison de con- valescence, de rééducation. 7. Autre établis- sement de soins (préciser).		Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée le motif du séjour : — Maladie (laquelle?) — Blessure, (laquelle ?) — Accouchement.		
1	2	3	4	5	6	7	8
1							OUI NON
2							OUI NON
3							OUI NON

Observations. (L'enquêteur pourra indiquer ici toute information supplémentaire utile, en spécifiant à quel

SEMENT HOSPITALIER

pas encore sortie, poser les questions I uniquement.
 entrée avant la précédente visite, poser les questions II uniquement.
 depuis la précédente visite, poser les questions I et II.

II. SORTIE D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Si oui, laquelle? Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée la nature de l'opération effectuée. S'il y a plusieurs opérations au cours du séjour indiquer la nature des différentes opérations	Avez-vous déboursé ou devez-vous encore débourser quelque chose à l'occasion de ce séjour? (Tenir compte des frais de séjour, des honoraires médicaux, des analyses des produits pharmaceutiques même si vous en avez été remboursé depuis.) Entourer la réponse correcte	Si OUI, en col. 10						Si NON en col 10 Raisons de la gratuité		
		Avez-vous effectué la totalité des règlements qui sont à votre charge? (cf colonne précédente)	Si OUI, en col. 11 uniquement							
			Combien avez-vous ainsi déboursé au total pour ce séjour? Frais de séjour + honoraires médicaux + analyses + produits pharmaceutiques en francs et centimes	Avez-vous demandé le remboursement?	Avez-vous déjà été remboursé directement par la Sécurité sociale, la Mutuelle, une compagnie d'Assurances, d'une partie des frais qui viennent d'être évoqués?					
9	10	11	12	13	Si OUI Indiquer successivement les montants déjà remboursés par :		Si NON Indiquer « néant »		17	
					la Sécurité sociale en francs et centimes	14	la Mutuelle en francs et centimes	15	la compagnie d'Assurances en francs et centimes	16
	OUI	OUI								
	NON	NON								
	OUI	OUI								
	NON	NON								
	OUI	OUI								
	NON	NON								

séjour se rapporte l'information.)

1. VISITES ET CONSULTATIONS

Ne pas relever ici les soins intervenus au cours d'un séjour en

CARACTÉRISTIQUES DE LA SÉANCE

[illegible]

(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (n° de la maladie d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

MÉDICAUX

DE MÉDECINS ET DE DENTISTES

établissement hospitalier, ou d'un examen systématique obligatoire

[illegible]

2. EXAMENS ET TRAITEMENTS

Ne pas relever ici les examens, traitements ou analyses intervenus au cours
ni les examens, traitements, analyses intervenus au cours d'une

CARACTÉRISTIQUES DE LA SÉANCE

[illegible]

(*) Ne rien porter dans la case de droite (n° de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

D'ÉLECTRORADIOLOGIE, ANALYSES

d'un séjour en établissement hospitalier ou d'un examen systématique obligatoire
visite ou consultation de médecin ou dentiste (pages précédentes)

CARACTÉRISTIQUES DU PAYEMENT

IV-7

CARACTÉRISTIQUES DE LA SÉANCE

[illegible]

II-8

LIAIRES MÉDICAUX

kinésithérapeutes, sages-femmes...)

d'un séjour en établissement hospitalier ou d'un examen systématique obligatoire

III-9

ACHATS OU ACQUISITIONS GRATUITES DE PRODUITS

CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT, DE L'APPAREIL

[illegible]

(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (n° de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

III-11

ALITEMENTS — INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ

Les interruptions d'activité ne concernent que les personnes exerçant une activité professionnelle ou scolaire

	N° d'ordre (ne rien écrire dans cette colonne) 1	Prénom de la personne concernée par l'alitement ou l'interruption d'activité 2	Date de début 3	Date de fin (éventuellement « non terminé ») 4	« Pourquoi ? (*) » indiquer le motif selon les termes propres de la personne enquêtée 5
I. ALITEMENTS					
II. INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ					

(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (n° de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

PAYEMENTS NON VENTILÉS

Inscrire dans ce tableau toute dépense qu'il n'aura pas été possible de ventiler entre ses diverses causes (séances médicales et produits pharmaceutiques ou appareils)

N° d'ordre (ne rien écrire dans cette colonne) 1	Prénom de la personne concernée par ces dépenses (si plusieurs personnes concernées inscrire « Ménage ») 2	Date du paiement (en clair) 3	Que recouvre ce paiement ?			« Pourquoi » Si un même motif (cf., p.2, col. 6) peut être donné pour toutes les composantes de la dépense, l'indiquer en clair dans les termes propres de l'enquête 7	Montant du paiement en francs et centimes 8	Remboursement par la Sécurité sociale 0. Sans objet (personne non protégée). 1. A été demandé pour l'ensemble de la dépense. 2. Sera demandé pour l'ensemble de la dépense. 3. Aucun remboursement n'a été ni ne sera demandé. 4. A été ou sera demandé pour une partie de la dépense. 9
			Code 4	Nature des séances (si 1 en col. 4) 5	Nombre de séances (Si 1 col. 4) 6			

EXAMENS SYSTÉMATIQUES RENDUS OBLIGATOIRES PAR LA LOI

(Médecine du travail, médecine scolaire, conseil de révision)

N° d'ordre (ne rien inscrire dans cette colonne)	Date de l'examen	Prénom de la personne examinée	De quoi s'agit-il? 1. Médecine du travail 2. Médecine scolaire 3. Conseil de révision	Actes pratiqués au cours de l'examen				Cet examen a-t-il abouti à la découverte d'une maladie ?	Si OUI, col 9 : Laquelle ?
				Examen médical Consul- tation	Radio- scopie	Radio- graphie	Vaccina- tion		
				1. OUI 0. NON	1. OUI 0. NON	1. OUI 0. NON	1. OUI 0. NON	1. OUI 0. NON	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

29, quai Branly — PARIS (7^e)

CENTRE DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION
SUR LA CONSOMMATION

45, boulevard de la Gare — PARIS (13^e)

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

1969-1970

QUESTIONNAIRE FINAL

DIRECTION RÉGIONALE de

DÉPARTEMENT : CANTON : COMMUNE :

ENQUÊTEUR : M.

MÉNAGE N°

PRÉNOM

LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE.....

1	2	3
Chef de ménage		

A. - QUESTIONS

(A ne poser qu'aux personnes

Êtes-vous affilié à votre mutuelle :			
Obligatoirement ou automatiquement.			
1° Dans le cadre de votre activité professionnelle actuelle ou passée ?.....	☐	☐	☐
2° Dans un autre cadre ? (Précisez lequel).....	☐	☐	☐
Volontairement.			
3° Dans le cadre de votre activité professionnelle actuelle ou passée ?.....	☐	☐	☐
4° Dans le cadre de vos études ou de votre scolarité ?	☐	☐	☐
5° Dans un autre cadre ? (Précisez lequel).....	☐	☐	☐

B. - NIVEAU

B1. Êtes-vous actuellement écolier ou étudiant ?			
Si Oui, passer à C1.....	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui
Si Non, passer à B2.....	☐ Non	☐ Non	☐ Non
B2. A quel âge avez-vous terminé vos études ?..... (Préciser éventuellement : « études non commencées » pour les enfants en bas âge).			
B3. Parmi les diplômes suivants indiquez tous ceux que vous possédez :			
a. Enseignement général :			
1. Certificat d'études primaires	☐	☐	☐
2. B.E.P.C. ou brevet élémentaire.....	☐	☐	☐
3. Baccalauréat (première ou deuxième partie) y compris technique ou brevet supérieur.....	☐	☐	☐
4. Diplôme de niveau supérieur au deuxième baccalauréat.....	☐	☐	☐
b. Formation professionnelle ou technique :			
1. Examen de fin d'apprentissage ou certificat de fin de stage de la F.P.A.....	☐	☐	☐
2. Certificat d'aptitude professionnelle (C.A.P.).....	☐	☐	☐
3. Brevet professionnel, brevet d'enseignement commercial, industriel, social, hôtelier.....	☐	☐	☐
4. Brevet des E.N.P., brevet de technicien, brevet de maîtrise.....	☐	☐	☐
5. Autres diplômes professionnels (à préciser).....	☐	☐	☐

4	5	6	7	8

CONCERNANT LES MUTUELLES

affiliées à une mutuelle)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
--	--	--	--	--

D'INSTRUCTION

☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PRÉNOM

LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE.....

1	2	3
Chef de ménage		

C. - INFORMATION

C1. Quelle est votre taille (en cm) ?			
C2. Quel est votre poids (en kg) ?			
C3. Portez-vous (régulièrement ou par moment) des lunettes ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
C4. Utilisez-vous (régulièrement ou par moment) un appareil de prothèse auditive ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
C5. Utilisez-vous (régulièrement ou par moment) : — un appareil de prothèse dentaire ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
— un appareil de redressement dentaire ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
C6. Aptitude à la marche : dans quel cas êtes-vous ? 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 (appareil orthopédique, canne, etc.). 5. N'a besoin d'aucune aide, mais ressent certaines gênes. 6. Aucune gêne ni limitation.	☐	☐	☐
C7. Suivez-vous actuellement un régime alimentaire ? Si oui : de quel régime s'agit-il ? 1. Régime sans sel. 2. Régime pour diabétique. 3. Régime amaigrissant. 4. Autre (à préciser). Ce régime vous a-t-il été prescrit par un médecin ?	☐ Oui ☐ Non ☐	☐ Oui ☐ Non ☐	☐ Oui ☐ Non ☐
C8. Avez-vous subi, depuis votre naissance, une ou plusieurs opérations ? Si oui : laquelle (ou lesquelles) ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
C9. Avez-vous jamais eu à changer de profession, ou à cesser votre activité professionnelle, pour motif médical ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui : détaillez (pourquoi ? quand ? ancienne profession ?)			
C10. Avez-vous déjà eu l'occasion de consulter, pour des ennuis de santé, un guérisseur ou un rebouteux ? Si oui : était-ce au cours des six derniers mois ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

4	5	6	7	8

GÉNÉRALE

☐ 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
☐ 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

PRÉNOM

LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE.....

1	2	3
Chef de ménage		

**D. - QUESTION A POSER A LA PERSONNE DU MÉNAGE
QUI A RÉPONDU EN GÉNÉRAL A L'ENQUÊTEUR
AU COURS DES INTERVIEWS PRÉCÉDENTES**

« Y a-t-il des membres de votre ménage dont vous estimez n'avoir pas pu, pour une raison quelconque, bien suivre les dépenses de santé au cours des trois mois de cette enquête ? »

Si Oui, lesquels ? (prénoms) :

.....

.....

4	5	6	7	8

E. - ÉTUDE DES REVENUS

Nota. — Si certaines ressources ne peuvent être individualisées correctement, l'enquêteur les affectera d'office au chef de ménage.

Nature du revenu	Numéro de la personne à laquelle ce revenu est destiné	Montant de ce revenu au cours de l'année 1969
1. Salaires et traitements (une ligne par personne du ménage touchant un salaire).		
<i>a. Traitements principaux.</i>		
<i>b. Primes diverses : 13^e mois, heures supplémentaires, primes de productivité, de rendement, gratifications.</i>		
2. Revenus des professions libérales, commerçants, chefs d'entreprises, artisans, exploitants agricoles, etc.		
3. Pensions, retraites, rentes (y compris les pensions versées par la Sécurité sociale et les caisses complémentaires de retraite).		
4. Prestations familiales (allocations familiales, de logement, de salaire unique, prénatales, de maternité, de la mère au foyer, ...).		
5. Fermages, dividendes, intérêts, loyers perçus sur des immeubles.		
6. Indemnités de chômage, prestations en espèces de la Sécurité sociale, bourses d'études, etc.		

RESSOURCES EXCEPTIONNELLES

a. Le ménage a-t-il eu, au cours de l'année 1969, des ressources exceptionnelles? (héritages et dons en espèces, rappels de salaires, gains à la loterie, au tiercé, etc..., s'ajoutant aux revenus mentionnés ci-dessus).

1 — Oui — ☐

0 — Non — ☐

b. Si Oui, remplir le tableau suivant :

Nature du revenu		
Montant approximatif		