ISTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES 29, quai Branly, PARIS (7°)

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

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

(1969-1970)

QUESTIONNAIRE INITIAL

| Direction régionale de | Département : |
|------------------------|---------------|
| Canton : | Commune: |
| Enquêteur : M | Ménage n° |
| | |

| • | |
|---|---|
| 7 | - |
| | |

| | 1 | | | 3 |
|-------------------------------|----------------|-------|---|---|
| 1 PSYCY | | | | |
| 2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | Chef de ménage | : | ! | |

RECENSEMENT 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 pos 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

| • | | | · |
|---|--------------|----|-------|
| \ | , | | |
| 3 SEXE | 1 | | 3 |
| 4 DATE DE NAISSANCE (jour, mois, année). | | | |
| 5: LIEU DE NAISSANCELocalité 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). | i_j · | Ш | |
| 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 ; Indiquez l'ancienne | Ш | | |
| recherche un emploi. profession ou la 3 | | | |
| 8 (UNIQUEMENT SI LA PERSONNE EXERCE UNE PROFESSION : 1 EN QUESTION 7) a. Profession principale (indiquer de façon précise | | | |
| 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. | | Li | Li |
| [9] ÉTAT MATRIMONIAL : 1. Célibataire. 2. Marié. 3. Veul (veuve) 4. Divercé au legalement séparé | [] | | |
| 10 NOMBRE D'ENFANTS NÉS VIVANTS (SI 9 enfants ou plus, chiffrer 9). | U | | |

| • | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | • | |
| 4 | 5 | | 7 | 1 |
| <u> </u> | · | | 7 | 8 |
| | • | | | |
| , q2.042-6+6+6+6+6+1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | | | *************************************** | |
| | | <u>-</u> | | |
| EMBRES | DU FOYE | R | | |
| Ya-t-il de plus, up ou t | olusieurs membres du fove | | uatre cas sulvants (personne | s absentes de longue dur |
| 2 - Enfants places dans | un pensionnat ou un internat | | 100 - 1UO | |
| 4 - Malades en sanatorio | um, préventorium, zérium. | x mois dans un établissement | 10N - 1UO | |
| hôpital psychiatrique | e, une maison de santé. | lement ces personnes dans le ca | 001 - NON | |
| | | iement ces personnes dans la cad | are ci-dessuus. | |
| R LES MEMBRES | DU FOYER | | | |
| 4 | . | 6 | 7 | 8 |
| M F | M F | M F | M F | M F |
| > be sure out as the control of the | *************************************** | | 1411-14104-14144 | |
| | | | | |
| nn 66 - 68 - 59 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 | 24500000000122 | *************************************** | | *************************************** |
| | | | | 1 1 |
| | | | | |
| | | | | |
| نــ | | | | |
| *** .4********************************* | | | | *************************************** |
| ************************************** | | | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, |
| | *************************************** | | | *************************************** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | ,,,,,,,, | | | |
| | | | | |
| *************************************** | | *************************************** | * | *************************************** |
| | | | | <u>L</u> |
| | | | | |
| 1 | | | : : | 1 |
| | ' | | . 🗀 | |

1 1 PRÉNOM.... LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE.... 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 OUI OUL OUL de maladie (régime général ou régime spécial). (Entourer la réponse correcte) NON NON NON 11a. Est-ce en qualité de : 1. Assuré; 2. Ayant droit. Ayant droit. Indiquer le prénom de l'assuré correspondant. Préciser, le cas échéant : « Personne extérieure au fover ». 11b. De quel régime s'agit-il ? 7 invalides de guerre 1 Salariés agricoles Fonctionnaires 2 Agriculteurs exploitants 3 S.N.C.F. 9 Étudiants 4 E.D.F. - G.D.F. Artisans, commer çants, industriels, 10 5 Mines professions libérales 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 OUI OUI OUI personne bénéficie-t-elle des remboursements d'une mutuelle en cas de maladie ou d'opération chirurgicale NON NON NON (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 547 17 5154155 education fair in the gardenium talls par in a provincial ga 2101 10 des musium es, la personne penefic a-t-s'lle des femboursements d'une compagnie d'assurances privée en NON NON NON cas de maladie ou d'opération chirurgicale ? (Entourer la réponse correcte) Si oui : Est-ce en qualité de : 1. Affilié. 2. Ayant droit. AIDE MÉDICALE (appelée jadis Assistance OUI OUI Médicale Gratuite : A. M. G.) QUI La personne est-elle inscrite à l'aide médicale ? NON NON NON (Entourer la réponse correcte) 15 SOINS GRATUITS AUX PENSIONNÉS MILITAIRES ET VICTIMES DE LA GUERRE OUI OUI OUI La personne bénéficie-t-elle des soins gratuits accordés aux pensionnés militaires et victimes de la guerre NON NON NON (art. 115, ancien article 64).

(Entourer la réponse correcte)

| | *** | - | |
|--|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| • | 1 | 2 | 3 |
| 1 PRÉNOM | | | |
| 2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | Chef de ménage | | |
| 6 | | | |
| | | II - HOSPITALIS | ATIONS AU COUR |
| Un des membres de votre fover a-t-il séjourn | é au cours des douze de | rniers mois (ou sélourne | -t-il encore) dans l'un de |

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'examens; pourvu qu'il y ait eu au moins une nuit passée à l'hôpital)?

Poser la question pour chaque membre du foyer (Entourer la mention correcte)

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

| Nº 1 | Nº 2 | Nº 3 |
|--|-------|------|
| OUI . | · oui | OUI |
| NON | NON | NON |
| 10uutas os aus osas 100 s 1111 - 122 - 122 - 122 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - 124 - | | 1 |

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 Si cette date remonte à plus de 12 mois, indiquer simple- ment « Plus de 12 mois » | Date de sortie de l'établis-sement Préciser le cas échéant « Pas encore sorti » | 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? Entourer la réponse correcte | Si OUI, laquelle? 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 | OUI NON | |
| | | | | | OUI | |
| | ••••••••••••••••••••••• | | | | OUI NON | |

| 4 | 5 | 6 . | 7 | 8 |
|---|---|--|--------------------------------------|---|
| ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | *************************************** | | | |
| 4.0000000000000000000000000000000000000 | | ************************************** | ************************************ | *************************************** |

DES DOUZE DERNIERS MOIS

- 1 Hôpital, maternité publique
 2 Hôpital psychiatrique
 3 Clinique privée (chirurgicale, d'accouchements, médicale...)
 4 Malson de santé

- 5 Sanatorium, préventorium, aérium
- 6 Maison de convalescence ou de rééducation 7 Autre établissement de soins d préciser :

| Nº 4 | Nº 5 | Nº 6 | Nº 7 | Nº 8 |
|------|------|------|------|------|
| OUI | oui | OUI | oui | OUI |
| NON | NON | NON | NON | NON |

une ligne différente pour chaque séjour.

| | | | | Si OUI en co | lonne 9 | | | Si NON en col. 9 |
|---|---|--|--|--|---|---|--|---|
| Avez-vou | 1 | | Si OUI en colonne 10 uniquement | | | | | Raisons de la gratuité |
| debourse | 1 | | | Quelle que soit la réponse effectuée en colonne 12 | | | | 1. Accident du tra- |
| quelque che à l'occasion ce séjour (Tenir com des frais de séjour des honoral médicaux, d analyses, des produit pharma- ceutiques nême si vou en avez ét remboursé depuis) Entourer lo réponse | Avez-vous effectué la totalité des res es qui sont à votre charge ! (cf. colonne précédente) | Combien avez-vous ainsi déboursé au total pour ce séjour? Frais de séjour honoraires médicaux - analyses - produits pharma- ceutiques en francs et centimes | sociale, la Mutuelle, une compagnie d'assurances | par la Sécucompagnie de frais qui vien Si OUI indissuccessiveme montants de remboursés la Sécurité sociale en francs | nt les indicidejà par : la Mutuelle en francs | a Mutuelle, la ne partie des qués ? Si NON quer « néant » la compagnie d'assurances en francs | Attendez-vous des rembour- sements (ou d'autres rem- boursements) de la Sécurité sociale, de la Mutuelle d'une compagnie d'assurances? Si OUI, de quel organisme? S.S.: Sécurité sociale M: Mutuelle A: Compagnie d'assurances | pris totalement en charge la dépense et a régié directement l'établissement. 4. Aide médicale, assistance médicale gratuite, aide aux malades mentaux, aux tuberculeux, à l'enfance. 5. Soins gratuits aux pensionnés militaires et victimes de la guerre (art. 115). |
| correcte | | | | et centimes | , et centimes | et centimes | | 0. Autre cas : pré- ciser. |
| 7 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| NON | OUI | | IUO NON | | <u></u> | | A M 22 | |
| OUI . | OUI | | NON | | | | A M 22 | |
| OUI | OUI | | OUI | | <u></u> | | SS M A | |
| OUI | OUI | <u> </u> | OUI NON | | · | | SS M A | |

| | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1 PRÉNOM | | | |
| 2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | Chef de ménage | | |
| 8 | | | |
| - | 111 | - TRAITEMENTS EN | COURS PENDAN |
| | <u> </u> | | |
| Au cours des huit derniers jours, y a-t-il un de | es membres de votre má | inage dui ait tuivi un ess | itement médical facis de |
| interrompu son activité professionnelle (s'il en a | | - • | |
| meeriompu son accivice brotessionnene (3 ii en a | and, by our pour quor | • 12 00000000000000000000000000000000000 | |
| Recensor, pour chaque personne Si oui | | • | • • |
| En outre, demander, pour chaque | e maladie ainsi relevée, | si elle peut être main | tenant considérée comm |
| | | I | <u> </u> |
| | | | |
| | 1 | 1 | 1 |
| | | | · |
| | | | |
| Maladies (blessures, infirmités) ayant entraîné sur | 2 | 2 | 2 |
| les huit derniers jours : traitement médical ou pharma- | | | |
| ceutique, alitement, interruption d'activité. | | <u> </u> | |
| | _ | | |
| | 3 | 3 | 3 |
| | | | |
| (Les relever selon les termes propres des enquêtés). | | | |
| | 4 | 4 | 4 |
| | | | |
| | | | |
| Cocher la case de droite si la maladie est considérée | s | 5 | 5 |
| comme terminée. | | | ا ہے ، |
| | | | |
| | 6 | 6 | 6 |
| <i>'</i> . | | | |
| | | | |
| | <u> </u> | | |

2 '

| - ' 4 | 5 | 6 . | 7 | 8 |
|----------------|--------|-----|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| S HUIT DERNIER | SIOURS | | | |

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 |
| | | <u>.</u> | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | | | | |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | | | | |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | | | | |

| | | | · |
|--|----------------------------------|---|----------------|
| 2 | | | |
| | 11 | 2 | 3 |
| 1 PRÉNOM | | | |
| | | | ! |
| 2 LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | Chef de ménage | · ! •• ••••••••••••••••••••••••••••••••• | · |
| 10 | | | |
| | | IV - MALA | DIES CHRONIQUE |
| 1) « Voici une liste de maladies chroniques (Tendre la carte et lire la list | | | |
| | Depuis quand? | Depuis quand? | Depuis quand? |
| | | | |
| 1. Maladies de cœur | | | |
| 2. Tension arterielle 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. Sinusita chronique, otite chronique | | | |
| 9. Dents en mauvais état, carie ou abcès fréquents, gingivite, | | | |
| 10. Maladies de la peau | | <u> </u> | |
| 11. Ulcòres de l'estomac, douleurs de l'estomac | ******************************** | | |
| 12. Maladies du foie ou de la vésicule biliaire, calculs biliaires. | <u> </u> | | |
| 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, mígraines | | | |
| 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? | | _ | |
| | | : : | |

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

23. Autres maladies : lesquelles ?......

| 4 | 4 |
|---|---|
| 7 | 7 |

| 4 | | . 5 | 6 | 7 | 8 | |
|--|---|---|---|---------------------------------|--------------------------------|--|
| | , | | | | | |
| 60000000000000000000000000000000000000 | | *************************************** | | | | |
| ·A | | *,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 4 | ******************************* | ****************************** | |

INFIRMITÉS, GROSSESSES

d'entre elles? Si oui, depuis quand? »

à la question « depuis quand? »)

| Depuis quand ? | Depuis quand? | Depuis quand ? | Depuis quand ? | Depuis quand? |
|----------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

CENTRE DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION

45, bd de la Gare, PARIS (XIIIº)

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

(1969 - 1970)

QUESTIONNAIRE NAVETTE

| Direction régionale de : Département : |
|--|
| Canton: |
| Enquêteur : M Ménage n° : |
| |

| TABLEAU DES MEMBRES DU MÉNAGE (à remplir par la D. R.) | | | | | | | | |
|--|----------------|--------|--------|----------|----------|----------|----------|--|
| Prénom | · | | | | · | | | |
| Lien avec le chef de ménage | Chef de méange | | | | | | | |
| 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 | |

| TAB | LEAU DES V | 'ISITES À EFF | ECTUER (visite in | nitiale faite le | *************************************** | ······) |
|----------------------------|--|---------------|--------------------------|---------------------|---|---|
| Interview | (A remplir par la D. R.) devrait avoir lieu | | Prénom de la personne | Visice effectuée | Carnet de compte : T: rempli totalement. P: rempli partiel- | Emballages de phar- macie. T : conservés tous. P : conservés en par- |
| orèmun. | entre le | et le | ayant répondu | ie | ment. V : vide, à tort. SO : sans objet. (Aucune dépense) | tie. A: absents, à tort. SO: sans objet (Aucune acquisition) |
| 2 (ramassage du 1° carnet) | | | | | | |
| 3 (2° carnet) | 1 | | | | | |
| 4 (3° carnet) | | · | | | | |
| 5 (4° carnet) | | | | | | |

9 671462 1

Visa nº 69040

- 1. Noter ici avec le plus d'explications possibles (et en faisant précéder chaque observation faite du numére 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 intervenue | s dans le mode de protection, en | cas de maladie, par la Sécurité Sociale, les Muc | ueiles |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|--------|
| ou les Compagnies d'Assurance, pour l | 'un quelconque des membres du | ménage (y compris les changements de régin | ne de |
| Sécurité Sociale). | | | |

| | Explications | ; | | 154M2 454 70 4W | | housed notice f Double on grade to the | ng topog t ng ng ng gang pag paga na Tu | | ي د د و د و د و د و د د د د د د د د د د | حميد بن هوري و ويون |
|---------------------------------|--------------|-------|---|---|-------|--|---|---|---|------------------------------|
| | | 10 t= | . ad 92 94 64 6 5 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 | | | 1 0 12 0 D 2 1 2 0 0 2 N 2 1 7 7 7 7 8 9 9 9 | | * 1.0 0.2 0 510505700 - 1111 1 14241 | , (C. E. C. | |
| 192 99298292929 | | | | | | | | | • | |
| | | • | | | | | | | | |
| pdqd 6q 8 64 146 177 | | | | | | | | | | |
| , | | | . P | - | , | 1000 A000 | | 1000 C C C C C C C C C C C C C C C C C C | 10 000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 104 0 0 1687 1885 18. |
| | | | | | | | | | | |

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 | | \$00000\$00\$00\$000° | 100000000000000000000000000000000000000 | *************************************** | | | |
| Recour le | , , , , , , , , , , , , , , , , , , | | | | | *************************************** | |
| Départ le | | ···· | | | ••••• | | |
| Retour le | /4** Local Bad Science | | ., | | | ····· | . <u></u> |
| Départ le | | · •• · | | | | | |
| Retour le | | ^44 4 0440m42749bb;?4444 | 487-011111748477446487 | *************************************** | | | |

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 évènements 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,

- e Les évènements (alitements, 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 contraitre, les évènements 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 étalent 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 nazure 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'intéréssé).

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

Poser la question pour tous les médicaments ① Le traitements par le produit de la recensés pour la maladie, et qui étaient encore | personne malade est-il terminé?

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

- ♠ Acquisition de nouveaux produits pharmaceutiques? (et, si oul, 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).

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

MALADIE.

Nom (case de gauche = numéro de la visite de 1º apparition).

PRODUITS PHAR-MACEUTIQUES.

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.

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

SI NON, laisser vide cette case.

,

Prénom : Lien avec le chef de ménage : Date de naissance : Mode d'assurances e Régime de Sécurité Sociale : Observations de l'enquêteur : Chef de ménage Maladie n° 1 Maladie nº 2 Maladie nº 3 Maladie nº 4 Maladia nº 5 Maladie nº 6 Maladie nº 7 Maladie nº B Π · [] du au --- 2U --du su du . âu .. đu .. -- au . du au du au ... 9 471 162 1

j

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

Direction régionale de

ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION

45. bd de la Gare, PARIS (13.)

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

(1969-1970)

FORMULAIRE DE RAMASSAGE

| | Enquêzeur : M Ménage n° Ménage n° | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|
| | Période duauau | |
| Poser d'ab | ord toutes les questions ci-dessous (et cocher les cases correspondantes si la re Passer ensuite aux pages correspondant aux cases cochées. | iponse est oui). |
| | 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? Interruption d'activité? (seulement pour les personnes ayant une activité professionnelle). | → Page 14 → Page 14 |
| Soins médicaux | ☐ Visite ou consultation : de médecin, de dentiste ? ☐ Examen radioscopique, radiographique, traitement de rayons ? (en dehors des visites et consultations ci-dessus). | Pages 4-5 |
| | ☐ Analyse ? ☐ Soins d'infirmières, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes ou autres auxiliaires de la médecine ? | Pages 6-7 Pages 8-9 |
| Produits pharmaceutiques, appareils | Achat, acquisition de produits pharmaceutiques, sur ordonnance? Achat, acquisition de produits pharmaceutiques, sans ordonnance? (fût-ce pour les besoins du ménage). | Pages 10-11 Pages 10-11 |
| Examen systématique | Achat, acquisition, avec ou sans ordonnance de : lunettes correctives, appareils orthopédiques, appareils de prothèse auditive, autres appareils? Examen systématique obligatoire? (médecine du travail, médecine scolaire, conseil de révision). | → Pages 10-11 → Page 15 |
| Examen | conseil de révision). | - |

SÉJOURS EN ÉTABLIS

- 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 ÉTA | BLISSEMENT HO | SPITALIER | ₹ | | | | |
|---------------------|-------------------------|---|--|--------------------------------------|--|------|---------------------------------------|---|--|
| N° de la ligne | Prénom de la personne | Nom et adresse de l'établissement (rue. commune, departement) | Nature de l'établissement 1. Hôpical, maternité publique. 2. Hôpital psychlatrique. 3. Clinique privée (chirurgicale, médicale, d'accouchement, etc.). 4. Maison de santé. 5. Sanatorium, préventorium, aérium. 6. Maison de convalescence, de rééducation. 7. Autre établissement de soins (préciser). | Date d'entrée dans l'établis- sement | Pourquoi? Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée le motif du séjour : — Maladie (laquelle?) — Blessure, (laquelle ?) — Accouchement. | | Date - de sortie de l'établis- sement | Y o-t-il eu Inter- vention chirur- gicale? (Entourer la réponse correcte) | |
| 2 | | | | 4002797400077111 | | | | NON | |
| 3 | | | | | | | | NON | |
| | Observ | vations. (L'enquêteur pourra ind | liquer ici toute in | formation | supplémentaire utile, | en s | pécifiant | à quel | |
| , pôc pác ta q ma c | | | | | | | | *************************************** | |
| | | | | | | | ************ | | |

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.

| | Avez - vous déboursé ou devez- | | | Si 00 | Ul, en col. 10 | | | Si NON en col |
|--|--|---|---|---|---|---|--|--|
| Si oui, laquelle? | vous encore débourser quelque chose | Avez-vous | | Si Ol | UI, en col. 11 uni | quement | i | de la gratuit |
| Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée a nature de l'opération effectuée. S'il y a plusieurs opérations | cnose à l'occasion de ce séjour? (Tenir compte des frais de séjour, des honoraires médicaux, des analyses des produits, pharma- ceutiques même si' | la totalité des: règis- ments qui sont à votre | Combien svez-vous ainsi déboursé au total pour ce séjour? Frais de séjour + honoraires médicaux + | Avez-vous demandé le rembour- sement ? 1. Déjà de- mandé. | par la Séci compagnie frais qui vie Si OUI indiquer succi ment les moi | itants | Mutuelle, une 'une partie des | cravail. 2. Accident à charge d'un c charge d'un c iale, la Muc le, la com gnie d'Assur cas a pris te lement en che ge et a réglé rectament l'blitzement. 5. Aide médic assistance me cale gratu aide aux mala mentaux, tub culeux, à l'fance. |
| au cours du séjour indiquer la nature es différentes opérations | la réponse correcte | charge ? (cf colonne précé- dente) | analyses + produits pharma- ceutiques en francs et centimes | 2. Sera de- mandé. 0. Non. | la Sécurité sociale en francs et centimes | la Mutuelle en francs et centimes | la compagnie d'Assurances en francs et centimes | 6. Soins grate aux pensions militaires et v times de guerre (art. 11 6. Autres cas préciser. |
| | 0UI NON | 0UI NON | 12 | | 14 | 15 | 16 | |
| | OUI NON | OUI | | | | | | |
| | OUI | OUI | | | | | | |
| jour se rapporte l'i | nformation.) | | | | | | | |

1. VISITES ET CONSULTATIONS

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

| | | | | | | | | ·R. | ACTÉRISTIQUE | 5 0 | E LA S | ÉAN | CE | | · |
|---------------|------------------|------------|------------------|----------|--|---|--------------|--------|--|-----|-------------------------------------|---------|-----|-------------------|-----------------|
| | Date | Prènom | | e: D | e q | sol s'agit-il? » (Nature du médecin) | 1 | | Lieu Au cabinet, au do- micile du médecin,) | | Pourquoi ? | u (9) | | Cette | |
| Numéro | à laquelle | de la | | Po | rte | le code et la mention en clair | | . [| du dentiste. Dans un dispen- saire. | α | rourquoi r | » (°) | | tion | A-t-on |
| d'ordre | a laquelle la | personne | | | | énéraliste. diatre (spécialiste des enfants). | | (s | Dans un hôpital en dehors d'un éjour). | | ciser da ermes proj | | , a | voit-elle | délivré |
| | consultation. | malade | | 3. | Pr | eumophtisiologue (poumons). | | (s | Dans une clinique en dehors d'un éjour). | i | enquêté, if de la c ation, de | le mo- | . | été rescrite | une |
| | la visite. | (ou de la | | 5. | G | istroentérologue (tube digestif). Jumatologue (rhumatismes). | 5 | n | Dans un service nédical d'entre - prise ou d'établis- | \$ | ite : m de la m | | m | bar un édecin? | ordon- nance |
| Ne rien | 2 été | personne | | 7. | N | eurologue (nerfs), psychiatre. | | (| ement scolaire, infirmerie d'usine, le bureau, d'école | ď | e la blessi infirmité; | ıre, de | 0 | . иои | de phar- |
| ècrire | effectuće | ayant subi | | 9. | G | nécologue (femme), accoucheur. R.L. (nez, gorge, oreilles). | | n Y | etc), un centre de l nédecine du tra- ail (en dehors des | n | le moti rédical xemple). | | 1 " | , OUI, | macie? |
| dans cette | | i'examen. | • | 11. | 0 | ohtalmologiste, oculiste (yeux). | 6. | 9 | xamens systémati- ues obligatoires). Dans une pharma- ie. | | consultati nourrissoi | n. | m | méme édecin. | 1. OUI |
| colonne | A reporter | reçu | | | | rologue (reins, vessie). | 7. | . C | Dans un labora - pire (ne dépen- ant ni d'une phar- | | examen nuptial. obtention | d'un | 2. | OUI, | |
| | en clair | les soins) | | | | etre (préciser). Esait pas. | 8. | P | nacie, ni d'un hô- ital, ni d'un dis- ensaire). isite au domicile | | certificat Santé, etc | .). | | autre édecin. | 0. NON |
| , | 2 | 3 | | | | 4 | | ď | u malade. | | . 6 | | | 7 | . 8 |
| | , | | | | } | | | | - | | | | _ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | i | - 1 | • | | í | ! | 1 1 | - 1 | į | | | | | | |
| | | | | | ا جدج | <u>i </u> | 14 | -, | | | | | _ | | 1 1 |
| | | | <u>ا</u> نـــ | | } ==== : : | <u>.</u> | | | | | | 1 | | | |
| | | | _ | == == | } | ; | | - | | | | | _ | | |
| | | | | | | | | | | | | | _ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | } : : : : : : : : : : : : : : : : : : : | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

^(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (nº 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

| | | | • | ······································ | | CARACTÉRISTIC | UES DU PAY | EMENT | |
|-------------|--|-----------------------------------|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|
| | · | cons | ultatio | cours de cette visite, n ou séance de : 1. OUI 0. NON | Avez-vous payé quelque chose? | Si 5 col. 14 Raisons de la gratuité 1. Accident du travail 2. Accident à la charge d'un tiers. 3. La Sécurité sociale, la Mutuelle, la com- | | Si 1 ou 2 col. 14 Et si 1 | col. 16 |
| Radioscopie | Sadiographie (y compris radiographie dentaire) | Rayons et traitements électriques | Pose d'un appareil de prothèse deutaire | Autres actes: d préciser Exemples: — Électrocardiogramme. — Vaccination antipolio. — Cutiréaction. — Pansement. — Ponction. — Piqûre. | ciale. 3 ou 4. Non, vous n'avez rien payé mais aurez à payer plus tard. 3. La séance fait partie d'une série de séances de même nature que vous payerez simultanément. 4. Autre raison. | pagnie d'Assurances a pris en charge la dépense et a réglé directement le médecin, le dentiste. 4. Soins gratuits donnés par le service médical d'entreprise ou d'établissement scolaire. 5. Aide médicale : assistance médicale gratuite, aide aux malades mentaux, aux tuberculeux, à l'enfance. 6. Soins gratuits aux pensionnés militaires et victimes de la guerre (art. 115, ancien art. 64). 7. Le médecin, le den- | Affectation du prix 1. Le prix payé correspond à cette seule séance (ou à plusieurs séances intervenant sur la même période, mais peutêtre ventilé). 0. Sinon (passer alors au tableau « paiements non ventilés », p. 14). | Prix payé : en francs et centimes | Remboursement par la Sécurité sociale 0. Sans objet (personne non pro tégée). 1. A été de mandé. 2. Sera de mandé. 3. N'a été ni ne sera de- mandé. |
| Ť | | | ''- | ; 1 ; | | 1 1 | - '' | | 18 |
| | | | 1 | | | | | | |
| ┶┽╏ | | | 1 | <u></u> | | | <u></u> ! j - | i | |

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

| | 1 | | CARACTÉRISTIQUES DE LA SI | EANCE | | 1 |
|---------------------|----------------------------|----------------------|--|--|--|-------------------|
| | | | | Lieu 1. Au cabinet, au do- micile du radio- | | |
| | . Date | Prénom de la | « De quoi s'agit-il? » (Nature de la séance) | logue. 2. Dans un dispensaire. 3. Dans un höpital (en dehors d'un sé- | Préciser | Prescrip- tion |
| Numéro - | l'examen, | personne | Code Porter en clair : | jour). 4. Dans une clinique (en dehors d'un | propres de la | L'examen |
| d'ordre | a eu lieu | malade | 1. Examen radioscopique: « Radioscopie » | séjour). 5. Dans un service | personne enquêtee | le traite |
| ; | A reporter | (ou de la | 2. Examen radiographique: « Radiographie » | médical d'entre- prise ou d'établis- , sement scolaire | le motif de l'examen, | ment, |
| ie rien | en clair | personn e | 3. Traitement de rayons : « Rayons » 4. Analyse : La nature de l'ana- | (infirmerie d'usine, de bureau, d'école etc.), un centre de | du traitement, | a-t-li éte |
| écrire | Pour les analyses. | ayant subi | lyse (exemple : prise de sang pour | médecine du tra- vail (en dehors des examens systéma- | de l'analyse. | prescrit |
| ns cette colonne | noter la date | l'examen, | glycémie). Indiquer au moins : | tiques obligatoires) 6. Dans une pharma- cie. | (nom de la blessure, de la maladie, | médecin |
| | a laquelle1 le brélèvement | reçu les soins) | — Analyse de sang | 7. Dans un labora- toire (ne dépen- dant ni d'une phar- | de l'infirmité) | 1. OUI |
| | a été effectué | ies sonisj | • — Analyse d'urine. | macie, ni d'un hô- pital, ni d'un dis- pensaire). 8. Visite au domicile | ou le matif non médical à préciser. | 0. NO |
| 1 | . 2 | 3 | 4 | du malade. 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | <u> </u> | - |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 1 | | i | į į | 1 ! | 1 1 1 | i 1 |

^(*) Ne rien porter dans la case de droite (nº de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

MÉDICAUX

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 | • | |
|--|--|---|--------------------------|--|
| | Si 5 cal. 14 | | Si 1 ou 2 col. 14 | |
| · | Raisons de la gratulté | | Et si 1 | cal. 16 |
| Avez-vous payé quelque chose? 1. Oul, la totalité du prix. 2. Oui, seulement la partie du prix qui n'est pas couverte par la Sécurité sociale. 3 ou 4. Non, vous n'avez rien payé, mais aurez à payer plus tard. 3. La séance fait partie d'une série de | 1. Accident du travail 2. Accident de la charge d'un tiers. 3. La Sécurité sociale, la Mutuelle, la compagnie d'Assurances a pris en charge la dépense et a réglé directement le radiologue, le laboratoire. 4. Soins gratuits donnés par le service médical d'entreprise ou d'établissement scolaire. 5. Aide médicaie : assistance médicale gratuite, aide aux malades | 1. Le prix payé correspond à cette seule sé- ance (ou à plu- sleurs séances intervenues sur la même période | | Remboursement par la Sécurité sociale 0. Sans objet (personne non proté- |
| séances de même nature que vous payerez simultanément. 4. Autre raison. 5. Non, vous n'avez rien et n'aurez rien à payer. | mentaux, aux tuberculeux, à l'enfance. 6. Soins gratuits aux pensionnés militaires et victimes de la guerre (art. 115, ancien art. 64). 7. Le radiologue, le laboratoire vous a soigné pour rien. | ventilé). 0. Sinon (passer alors au tableau « payements non ventilés » p. 14). | en francs et centimes | gée). 1. A été demandé. 2. Sera demandé. 3. N'a été ni ne sera demandé. |
| 14 | O. Autre cas à préciser. | 16 | 17 | 18 |
| | | | | |

3. SOINS D'AUXI

(Infirmières, masseurs

Ne pas relever ici les soins d'auxiliaires de la médecine intervenus au cours

| | | | | CARACTÉRISTIC | QUES DE LA SÉANO | CE | |
|--|---|---|---|-------------------------------------|--|--|---|
| Numéro d'ordre Ne rien ècrire ins cette colonne | Date à laquelle l'acte a été effectué A reporter en cicir | Prénom de la personne malade (ou de lo personne cyant subi l'examen, reçu les soins) | e De quoi s'agit-il? » (Nature Code 1. Infirmière : 2. Masseur-kinésithérapeute : 3. Sage-lemme : 4. Autre : | Porter en clair : « înfirmière » | sement scolaire (infirmerie d'usine. de bureau, d'école etc.) un centre de médecine du travail (en dehors des examens systématiques obligatoires). 6. Dans une pharmacie. 7. Dans un laboratoire (ne dépendant ni d'une pharmacie, ni d'un hô- | « Pourquol? » (*) Préciser, dans les termes propres de la personne enquêtée, le motif des soins : Nom de la maladie, de la biessure, de l'infirmité? ou le motif non médical à préciser. | Prescrip- tion Les soins étaient-ils prescrits par un médecin ? 1. OUI 0. NON |
| 1 | | | | - | pital, ni d'un dis- pensaire). 8. Visite au domicile | · | |
| | | 3 | 4 | | du malade. | <u> </u> | 7 |
| | | 3 | 4 | | | <u> </u> | 7 |
| | | 3 | 4 | | | • | , |
| | | 3 | 4 | | 5 | 6 | , |
| | | 3 | 4 | | 5 | • | 7 |
| | | 3 | | | 5 | • | , |
| | | 3 | 4 | | 5 | • | 7 |
| | | 3 | | | 5 | • | |
| | | 3 | | | 5 | | |
| | | 3 | | | 5 | | |
| | | 3 | | | 5 | | |
| | | 3 | | | 5 | | |
| | | 3 | | | 5 | | |
| | | 3 | | | 5 | | |

^(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (nº de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

MÉDICAUX

LIAIRES MÉDICAUX

kinésithérapeutes, sages-femmes...)

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

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | CARACTÉRISTIQUE | ES DU PAYEMI | ENT | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|--|
| | | SI 5 col. 14 | | Si 1 ou 2 col. 14 Et si 1 c | ral. 16 |
| Nature des soins (A porter en clair) Exemples — piqûres. — nuits de garde. — consultations de sage-femme. — accouchement (seulement s'il a lieu en dehors d'un séjour en maternité ou clinique). | rien payé mais aurez à payer plus tard. 3 La séance fait partie d'une série de séances de même nature que vous payerez | 1 Accident du travail. 2 Accident à la charge d'un tiers. 3 La Sécurité sociale, la Mutuelle, la compagnie d'Assurances, a pris en charge la dépense et a réglé directement l'auxiliaire. 4 Soins gratuits donnés par le service médical d'entreprise ou d'établissement scolaire. 5 Aide médicale : assistance médicale gratuite, aide aux malades mentaux, aux tuberculeux, à l'enfance. 6 Soins gratuits aux pensionnés militaires et victimes de la guerre (art. | f. Le prix payé correspond à cette seule séance (ou à plusieurs séances intervenues sur la même période, mais peut être ventilé). 6. Sinon (passer alors au tableau « palements non ventilés ». | Prix payé en francs et en centimes | Remboursement par la Sécurité sociale 0. Sans obje (personne no protégée). 1. A été deman dé. 2. Sera demande. 3. N'a été ni ni sera deman dé. |
| | | O Autre cas à préciser. | 16 | 17 | 18 |

ACHATS OU ACQUISITIONS GRATUITES DE PRODUITS

CARACTÉRISTIQUES DU FRODUIT. DE L'APPAREIL

| | | | Designation precise du produit, de l'appareil | Le produit, | Pourquot ? (*) | S'il s'agit d'un produit pharma- |
|---------------------------------------|---------------|--------------------|---|----------------------|--|--|
| | | Prénom de la | | a-t-il été | Préciser dans les | ceutique qui n'a pas |
| Numéro | Date de | personne malade | Reprendre la mention figurant sur l'embai- lage (ou sur le carnet de comptes) en | 1 | termes propres | été acheté |
| d'ordre | i'achat | (ou du | faisant bien préciser : | avec | de la personne enquêtée | besoins du ménage : |
| | (ou de | bénéficiaire) | Le nom exact du produit pharmaceutique. Exemples : hexacycline | ordonnance ? | la nature de la maladie ou de l'infirmité | Le traitement |
| Ne rien . écrire | l'acquisition | Indiquer, | aspro doridène | Répondre selon le | ayant entraîné | par ce produit |
| dans cette | gratuite) | le cas échéant | théralène coton hydrophile | code : 1. OUI, | l'acquisition | de la personne |
| colonne | | « pour les besoins | — La nature de l'appareil : | avec ordonnance | Indiquer, le cas échéant | malade est-il |
| | | du ménage » | Exemples: lomboscat lunettes correctives. | 0. NON, | « pour les besoins | terminė? |
| | | | | ordonnance | du ménage-» | e. NON |
| | 2 | 3 | 4 | | | 7 |
| <u>-</u> | | | | | | |
| · | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | <u> </u> | | |
| | | | | | | |
| - | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 1 | , | | | | |
| | | | | ; 1 | i 1 | 1 7 |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | |

^(*) Ne rien porter dans la case de droite de cette colonne (nº de la maladie, d'après le questionnaire navette : à reporter par la D. R.).

PHARMACEUTIQUES, LUNETTES ET AUTRES APPAREILS

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | } . | | TOUES ON S | AVENCE | |
|--|-------------|--|--|---|-------------------|--|
| | | | CARACTERI | STIQUES DU P | ATEMENT | |
| Pour les produits pharma uniquement | ceutiques | Avez-vous | Si S, col. 10 Raisons de la gratuité | | Si 1 ou 2 col. 10 | |
| Forme du produit : | | chose? | 1. Accident du travail. | | Et si 1 | col. 12 |
| Comprimés, cachets, pilules, dragées, granulés, poudre. Ampoules buvables. | | 1. Oui, la totalité du prix. 2. Oui, mais seu- | 2. Accident à la charge d'un tiers. 3. La Sécurité sociale, la Mutuelle, la compagnie d'Assurances a pris en charge la dépense et à réglé direc- | du prix | | Remboursement |
| 3. Sirops, potions ou autres solutés buvables. 4. Suppositoires, ovules. | achetée | lement la partie du prix qui n'est pas couverte par la | 4. Soins gratuits donnés par le service médical d'entre-prise ou d'établissement scolaire. | 1. Le prix payé correspond à un seul pro- | Prix payé | par la Sécurité sociale |
| S. Ampoules ou autres formes injectables par piqures. C. Pommades, baumes, crèmes révulsifs. | de boites, | Sécurité sociale. 3. NON, vous n'avez | -5. Aide médicale : assistance médicale gratuite, aide aux malades mentaux, aux tu- berculeux, à l'enfance. | | en francs | Sans objet (personne non protégée). 1. A été deman- |
| 7. Liquides à usage externe. | tubes, | pas encore payé mais vous aurez | 6. Soins gratuits aux pen- slonnés militaires et vic- | 0. Sinon (passer alors au ta- | centimes | dé. 2. Sera demandé |
| 8. Bandes, pansements. | flacons | chose quelque | times de la guerre (art. 115, ancien art. 64). | bleau « paie- ments non | | 3. N'a été ni ne |
| 9. Petit matériel (thermo- mètres, seringue). | | å payer. 5. Non, | 7. Échantillon médical fourni par le médecin. Produic offert par le pharmacien. | | | sera deman- dé. |
| 0. Autre : préciser. | | rien payé | O. Autre cas : préciser. | | | |
| 8 | <u>,</u> | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |
| | | | <u> </u> | | | |
| | | | <u> </u> | <u> </u> | | |
| | | | | <u> </u> | | <u> </u> |
| | | | | - | · | |
| | | | 1 | <u> </u> | | <u> </u> |
| | | | | | | |
| | | | | <u> </u> | | |
| | | | <u> </u> | <u> </u> | | <u> </u> |
| | | | <u></u> | <u> </u> | | |
| | | | - | | i | |
| | | | <u> </u> | <u>:</u> - | | |
| | | | | <u> </u> | | <u> </u> |
| - | | | <u> </u> | <u></u> - | | ! |
| | | 1 | | <u></u> | i | |

ALITEMENTS - INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ

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

| | Nº d'ordre (ne rien écrire dans cette colonne) | Prénom de la personne concernée par l'alitement ou l'interruption d'activité | Daze de débus | Date de fin (éventuellement « non terminé ») | « 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 droits | de cette colonne (nº de la | s maladie, d'après le ques | tionnaire navette : à repoi | rter 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)

| Nº d'ardre (ne rien écrire dans cette | Prénom de la personne concernée par ces dépenses (si plusieurs personnes concernées | Date du payement (en clair) | 2. Des séances médicales de natures diffédenné pour rentes. 3. Seulement des produits pharmaceutiques ou apparails. 4. Al fois des séances médicales et des l'indiquer produits pharmaceutiques ou apparails. | | | | Montant du payement en francs | 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. | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| colonne) | inscrire « Ménage ») 2 | 3 | Code 4 | Nature des séances (si 1 en col. 4) | Nombre de séances (Si 1 col. 4) | termes propres de l'enquêté 7 | et centimes 8 | 4. A été ou sera de- mandé pour une partie de la dé- pense, | |
| | | | | | | | | | |

EXAMENS SYSTÉMATIQUES RENDUS OBLIGATOIRES PAR LA LOI

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

| | d'ordre (ne rien inscrire dans cette colonne) | Date de | de la personne examinée | s'agit-il? 1. Médecine du travail 2. Médecine scolaire 3. Conseil de révision | Examen médical Consultation 1. OUI 6. NON | Radio- scopie 1. OUI 0. NON | Radio- graphie 1. OUI | Vaccina- tion | a-t-ii abouti à la découverte d'une maladie ? 1. OUI 6. NON | Si OUI, coi 9 : Laquelle i |
|--|---|---------|-------------------------|--|---|--------------------------------------|-----------------------------|------------------|--|-------------------------------|
| de la de la finédical (ne rien inscrire d'examen finscrire colonne) 1. Médecine du travail 2. Médecine scolaire 2. Médecine scolaire 3. Conseil de révision 4. OUI 1. OUI | | 2 | | | 3 | | 7 | | | 10 |
| | | | | | | | | - | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | · | | | | 4 | | | | | |

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES 29, quai Branty — PARIS (7°)

CENTRE DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

SUR LA CONSOMINATION

45, boulevard de la Gare — PARIS (13°)

ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

1969-1970

| QUESTIONNIAIRE FINAL | DIRECTION RÉGIONALE de |
|----------------------|------------------------|
| DÉPARTEMENT : | CANTON : COMMUNE : |
| ENQUÊTEUR : M | |

| | ſ | | i i |
|--|----------------|---|--------------------|
| PRÉNOM | | - | |
| LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | Chef de ménage | *************************************** | |
| | | Δ | QUESTIC |
| | | | boser qu'aux perso |
| | , | (A lie) | |
| Étes-vous affillé à votre mutuelle : | | | |
| Obligatoirement au automatiquement. | | | |
| 1º Dans le cadre de votre activité professionnelle | <u> </u> | | |
| actuelle ou passée ? | . [] |] | |
| 2" Dans un autre cadre ? (Précisez lequel) | ن ا | | |
| Volantairement. | | | |
| 3° Dans le cadre de votre activité professionnelle actuelle ou passée? | | | |
| 4° Dans le cadre de vos études ou de votre scolarité? | 5 | | |
| 5° Dans un autre cadre ? (Précisez lequel) | <u></u> | | |
| | • | | B NIVE |
| B1. Étes-vous actuellement écolier ou étudiant ? | •] | | B NIVE |
| B1. Étes-vous actuellement écolier ou étudiant ? Si Oui, passer à C1 | _ Oul | Out | B NIVE |
| | ☐ Oul | ☐ Oul | |
| Si Oui, passer à C1 | | ļ | |
| Si Oui, passer à C1 | | ļ | Oul |
| SI Oui, passer à C1 | Non | Non | Oul |
| Si Oui, passer à C1 | | ļ | [] Oul |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | ☐ Oul |
| Si Oui, passer à C1 | Non . | Non | Oui Non |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | Oul |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | Oul Non |
| Si Oui, passer à C1 | Non . | Non | Oui Non |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | Oul Non |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | Oul Non |
| Si Oui, passer à C1 | Non | Non | Ovi Non |

| | | | · | |
|----------------------------------|-------------|---------|---------|----------------|
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| CONCERNANT affiliées à une mutue | LES MUTUELL | .ES | | |
| 00 000 | םםם | 00 000 | | 00 000 |
| D'INSTRUCTIO | N | | | .··· |
| Out | Oul Non | Oul Non | Oui Non | Oul Non |
| | | | | 30 0 0 0 0 0 0 |

| | | 1 | _ i | 3 |
|----------------------|---|---|---|---|
| | PRÉNOM | | | |
| | LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | . Chef de-ménage | ************************************* | |
| | · | | | |
| | | | | |
| | | • | C. • | INFORMATION |
| | | | 1 | 1 |
| C1. C | Quelle est votre taille (en cm) ? | *************************************** | *************************************** | *************************************** |
| c2 . 0 | uel est votre poids (an kg)? | *************************************** | | 11 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| | ortez-vous (régulièrement ou par moment) des | Oul Non | Oui Nen | Out Non |
| | tilisez-vous (régulièrement ou par moment) un pareil de prothèse auditive ? | Cui Non | Oul Non | Oul Non |
| _ | tilisez-vous (régulièrement ou par moment) : - un appareil de prothèse dentaire ? un appareil de redressement dentaire ? | Oui [Non | Oul Non | Oul Non |
| 1. 2. 3. 4. | Ne se lève pas. Peut se lever, mais ne sort jamais. Peut sortir, mais avec l'aide d'une autre personne. Peut sortir, mais avec l'aide d'un appareil (appareil orthopédique, canne, etc.). N'a besoin d'aucune aide, mais ressent certaines gênes. Aucune gêne ni limitation. | | | |
| Si | ivez-vous actuellement un régime alimentaire? oui : de quel régime s'agit-ii? 1. Régime sans sel. 2. Régime pour diabétique. 3. Régime amaigrissant. 4. Autre (à préciser). | ☐ Oui ☐ Non | Oul Non | Oul Non |
| Ce | régime vous a-t-il été prescrit par un médecin ? | Oul Non | Oul Non | Oul Non |
| | ez-vous subi, depuis votre naissance, une ou sieurs opérations ? | Oul Non | Oui Non | Oul Non |
| . Si | oui : laquelle (ou lesquelles) ? | | | |
| ces méd Si | ez-vous jamais eu à changer de profession, ou à ser votre activité professionneile, pour motifical? | Oui Non | Oul Non | Oul . Non |
| - des | sz-vous déjà eu l'occasion de consulter, pour ennuis de santé, un guérisseur ou un rebouteux ? oui : était-ce au cours des six derniers mois ? | Oul Non | Oul Non | Oul Non |

| | <u>.</u> | | • | |
|---|--|--|---|---|
| ÷ . 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | |
| *************************************** | *************************************** | | | *************************************** |
| | | | | |
| GÉNÉRALE | | | | |
| | | | | - 3 |
| | *************************************** | | *************************************** | *************************************** |
| | | | | |
| | 004401041114014101111401011401140114011 | *************************************** | | *************************************** |
| Oul Non | Oul Non | Oul Non | Oul Non | Oul Non |
| | | | | |
| Oul Non | Oui Non | Oul Non | Oul Non | Oui Non |
| | | | | |
| Oul Non Oul Non | Oui Non | Oul Non | Oul Non | Oui Non |
| | | | | |
| | | - | | |
| | | | | · |
| | | | · | |
| | | } | | |
| · . | · | | | · |
| Oul Non | Oui Non | Oul Non | Oui Non | Oui Non |
| | | | | |
| | | | | |
| _ | | | | _ |
| Oul Non | ne/ iu/ Oui | Oul Non | Oui Non | Oul Non |
| Oul Non | Oul Non | Oul Non | Oul Non | Oui Non |
| | | 4884-049-049-049-049-049-049-04-04-04-04-04-04-04-04-04-04-04-04-04- | ###################################### | *************************************** |
| ******************************* | | | | |
| # ************************************ | /^ x/^4610x65/************************************ | 4444444 | ************************************* | *************************************** |
| Oui Non | Oul Non | Oul Non | Oul Non | Oul Non |
| *************************************** | | ******************************* | *************************************** | |
| *************************************** | *************************************** | | *************************************** | *************************************** |
| | ###################################### | | 400404000000000000000000000000000000000 | |
| | | | | |
| Oul Non | Oul Non | Oui Non | Oul Non | Oui Non |
| Oui Non | Oul Non | Oui Non | Oul Non | Oul Non V S |

| • | 1 |] 2 | j 3 |
|-----------------------------|----------------|---|---|
| | | | |
| PRÉNOM | ł | 1 | |
| | | | |
| LIEN AVEC LE CHEF DE MÊNAGE | Chef de ménage | *************************************** | *************************************** |

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

| s membres de vetre ménage dont vous estimez n'avoir pas pu, pou es de santé au cours des trois mois de cette enquête?» | r une raison quelconque, bien |
|---|-------------------------------|
| Si Oui, lesquels? (prénoms): | |
| ************************************** | |
| ### .gas.gg ################################### | |

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | · | | | | |
|--|---|---|---|----|---|
| · 4 | 5 | 5 | 7 | 8 | |
| | | | | | |
| ###################################### | *************************************** | *************************************** | *************************************** | * | 1 |
| | | | | ·. | |
| | | | | | • |

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 1965 |
|---|--|---|
| 1. Salaires et traitements (une ligne par personne du ménage touchant un salaire). a. Traitements principaux. b. Primes diverses: 13e mois, heures supplémentaires, primes de productivité, de rendement, gratifications. | | |
| 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). | :d :d | |
| 4. Prestations familiales (allocations familiales, de logement, de salaire unique, prénatales, de maternite, de la mere au loyer). | | |
| 5. Fermages, dividendes, intérête, le yers porçus sur des immeubles. | | |
| 6. Indemnités de chômage, prestations en espèces de la Sécurité sociale, bourses d'études, etc. | : !! | |

RESSOURCES EXCEPTIONNELLES

| 7. | Le ménage a-t-il eu, au co | ours de l'année 1969, de | es ressources exceptionnelles? | (hérita yas et dons en | იატბისა, |
|----|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------|----------|
| | rappels de salaires, gam. | à la loterie, au tiercé, | etc, s'ajeutant aux revenus | mantionnés ci-dossus). | |
| | • | 1 — Oui — Li | 0 — Non — ! | | |

| b. Si Oui, rempl | ir le table | au suivant |
|-------------------------|-------------|------------|
|-------------------------|-------------|------------|

| <u></u> | | 1 |
|----------------------|---|-------|
| Nature du revenu | | |
| | | |
| Montant approximatif | , | |