

CREDOC
BIBLIOTHÈQUE

CREDOC

PRESENTATION DE L'ENQUETE NATIONALE 1980-81
SUR LES CONSOMMATIONS MEDICALES

Sou1980-2194

Présentation de l'enquête
nationale 1980-81 sur les
consommations médicales / T.
Leconte, A. et A. Mizrahi. (Juil.
1980).

CREDOC•Bibliothèque



● 1980

Travail effectué à la demande : de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés.

R2 266



CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE
ET L'OBSERVATION
— DES CONDITIONS DE VIE —

PRESENTATION DE L'ENQUETE NATIONALE 1980-81

SUR LES CONSOMMATIONS MEDICALES



*"Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux
est autorisée sous réserve de l'indication de la source"*

R²266

RESUME

L'enquête est effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de 10 000 ménages représentatifs de la population. Elle se déroule en quatre vagues de 3 mois et concerne l'année entière ; chaque ménage reçoit 5 visites d'enquêteur espacées de 3 semaines. La méthode de recueil combine l'interview par enquêteur et le carnet de comptes. Lors de la première visite sont enregistrées les caractéristiques socio-économiques des membres du ménage, leur mode de protection sociale, les affections et infirmités dont ils souffrent, pendant chacune des 4 périodes successives de 3 semaines, le ménage relève tous les biens et services médicaux consommés et les dépenses afférentes, et lors de son passage suivant, l'enquêteur précise et constate cette information, en particulier par les motifs. La dernière visite comporte, en outre, un volet sur les handicaps et certains facteurs de risque.

PLAN

	<u>Page's</u>
1. Introduction	1
2. Objet de l'enquête	2
3. Méthodologie de l'enquête	2
3.1. Plan de sondage	3
3.2. Déroulement de l'enquête pour les ménages	3
4. Les questionnaires	4
4.1. Le questionnaire initial	4
4.2. Le questionnaire navette	5
4.3. Les questionnaires de ramassage	5
4.4. Le questionnaire final	6
4.5. Les documents annexes	6
5. Reproduction des questionnaires (réduits).....	9

1. Introduction

La consommation médicale finale représentait 6,6 % de l'ensemble de la consommation totale des ménages en 1960 et 9,7 % en 1970 ; on prévoit qu'elle représentera entre 11,2 % et 13,4 % en 1980. Cet important accroissement est lié à l'évolution démographique (vieillesse) et socio-économique (urbanisation, développement du tertiaire) de la population, mais aussi et surtout à l'évolution des connaissances et techniques médicales.

Ces différents facteurs d'accroissement entraînent non seulement un niveau chaque année plus important du volume des soins, mais également des transformations de structure -la part de l'hospitalisation, par exemple, est passée de 36,6 % en 1960 à 40,0 % en 1970, et on prévoit qu'elle sera comprise entre 46,7 % et 48,1 % en 1980-.

Cette évolution très rapide a eu des répercussions extrêmement importantes, aussi bien au niveau social, par les tensions qu'elle entraîne, qu'aux niveaux économique et financier, par l'importance des moyens mis en oeuvre. Enfin, du fait de l'existence en particulier des assurances sociales, le secteur médical constitue une pièce maîtresse de la politique sociale de l'Etat.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de développer et d'affiner les sources d'information permettant de mieux connaître la structure et l'évolution de ce secteur. Parmi ces sources, les enquêtes auprès des ménages occupent une place privilégiée par le grand nombre de renseignements qu'elles fournissent. Elles permettent, en effet, de recueillir auprès d'une source unique (le consommateur), l'ensemble des informations concernant ses consommations médicales pendant une période donnée. Certes, des informations existent en différents lieux (établissement hospitalier, cabinet médical, caisse primaire de Sécurité Sociale, mutuelle, aide médicale, etc.) mais, d'une part, elles sont éparpillées et très difficiles à regrouper et, d'autre part, elles sont partielles, ne couvrant dans la plupart des cas ni les consommations médicales non remboursées par la Sécurité Sociale (environ 15 à 20 % des dépenses de ville) ni les dépassements de tarifs. Enfin, seule l'enquête auprès des ménages permet de replacer le consommateur dans son environnement économique et social.

2. Objet de l'enquête

C'est pourquoi, après deux enquêtes nationales spécialisées sur la consommation médicale des ménages réalisées par l'INSEE et le CREDOC (en collaboration) en 1960 et 1970, une troisième enquête du même type a été lancée sur le terrain en mars 1980. L'objet de cette enquête est sensiblement identique à celui des deux enquêtes nationales précédentes : **relever auprès d'un échantillon aléatoire important de ménages représentatifs de la population, des informations sur les biens et services médicaux consommés, les dépenses entraînées, les affections et infirmités** et les principales caractéristiques socio-économiques des ménages enquêtés. Un volet sur les facteurs de risque a été introduit.

3. Méthodologie de l'enquête

Compte tenu du déroulement très satisfaisant de l'enquête 1970 et des nombreuses exploitations dont cette enquête a pu faire l'objet, la même méthodologie a été utilisée en 1980, ce qui par ailleurs facilitera les comparaisons entre ces deux enquêtes. L'échantillon représentatif est de 10 000 ménages, l'enquête se déroule en 4 vagues de 3 mois. La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de comptes ; chaque ménage reçoit cinq visites d'enquêteur¹ espacées de trois semaines, lors de la première visite sont relevées les informations relatives à l'environnement socio-économique des membres du ménage, et la pathologie existante ; entre les cinq visites de l'enquêteur se situent quatre périodes de trois semaines chacune : pour chaque période, un carnet de comptes est laissé au ménage sur lequel les enquêtés sont priés de relever toutes leurs acquisitions de biens ou services médicaux et lors de la visite suivante, l'enquêteur complète, à l'aide des questionnaires navette et de ramassage, les informations sur les consommations médicales et leurs motifs. Au cours de la cinquième et dernière visite sont relevées, en outre, les données relatives aux handicaps, aux antécédents médicaux et à certains facteurs de risque. Pour encourager les ménages à participer à l'enquête et poursuivre l'effort de relever ce qui leur est demandé, deux dixièmes de loterie nationale leur sont donnés par les enquêteurs, l'un à la seconde visite, l'autre à la cinquième visite.

¹ Toutes les opérations sur le terrain sont effectuées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les enquêteurs sont des enquêteurs professionnels, ayant reçu une formation spécifique pour cette enquête, mais non spécialisés dans le domaine médical. Ils sont encadrés et épaulés par les Directions Régionales qui assument la responsabilité du recueil des informations de base, aidées par l'équipe médicale qui est centralisée à Paris.

3.1. Plan de sondage

L'unité de sondage est le logement principal d'habitation.

Les "logements d'habitation" sont constitués par les locaux séparés et indépendants utilisés pour l'habitation ; s'ils sont occupés d'une manière permanente, ce sont des résidences principales, sinon ce sont des résidences secondaires ou des logements vacants ¹.

Les logements échantillons ont été tirés dans le fichier du recensement de 1975. Cet échantillon a été complété par un échantillon de logements neufs. 10 000 logements ont ainsi été désignés.

Un ménage est constitué de l'ensemble des personnes habitant un même logement au moment de l'enquête. Une personne seule compose un ménage de une personne. L'enquête porte sur les ménages ordinaires ² résidant dans la France Continentale.

Le tirage est à plusieurs degrés assurant à chaque ménage ordinaire la même probabilité d'être tiré ; le premier degré est constitué de communes rurales regroupées en cantons, de villes ou d'agglomérations, le second de communes rurales ou d'unités urbaines, le troisième de ménages.

3.2. Déroulement de l'enquête pour le ménage

Chaque ménage reçoit un dépliant sur l'INSEE et une lettre présentant brièvement l'enquête et annonçant la première visite de l'enquêteur.

A la 1ère visite,

Le ménage répond aux questions contenues dans un questionnaire spécial (Questionnaire Initial) et pour faciliter le travail qui sera effectué à la visite suivante, reçoit la consigne :

1

- . *Les résidences principales* comprennent les logements ordinaires conçus pour l'habitation d'une famille dans des conditions normales, mais aussi les pièces indépendantes louées, sous-louées ou prêtées à des particuliers, les chambres meublées dans des hôtels et des garnis, les constructions provisoires et les habitations de fortune.
- . *Les résidences secondaires* sont des logements que leurs titulaires n'habitent qu'une faible partie de l'année. Ils comprennent les logements de vacances, en particulier les maisons et logements meublés loués pour des séjours touristiques (à l'exclusion des hôtels).
- . *Les logements vacants* sont des logements sans occupant à la date du recensement.

² On appelle ménage ordinaire l'ensemble des personnes occupant une résidence principale ou une habitation meublée y compris certaines personnes du ménage qui appartiennent à la population comptée à part (élèves internes, militaires du contingent).

La population totale comprend en outre "les ménages collectifs" (essentiellement vieillards en hospice et communautés religieuses) et la population comptée à part non intégrée dans les ménages.

- . de conserver les emballages des médicaments qui seront achetés pendant les trois semaines qui suivent,
- . d'inscrire toutes les dépenses médicales de cette période sur le carnet de comptes (C.C.), que lui remet l'enquêteur.

A la 2ème comme aux 3ème et 4ème visites

Le ménage répond aux questions de l'enquêteur qui note les renseignements fournis par :

- . les réponses à ces questions,
- . le carnet de comptes,
- . les emballages,

dans un questionnaire spécial appelé questionnaire de ramassage.

Le ménage reçoit un nouveau carnet de comptes pour les trois semaines suivantes et l'enquêteur demande, à nouveau, de conserver les emballages de pharmacie.

A la 5ème visite

Le ménage répond :

- . non seulement aux questions qui permettent à l'enquêteur de remplir, comme aux visites précédentes, le questionnaire de ramassage,
- . mais aussi à des questions d'ordre plus général sur chacune des personnes constituant le ménage.

4. Les questionnaires

Une fois le ménage identifié, les documents utilisés pendant le déroulement de l'enquête sont :

- . le questionnaire initial (Q.I.),
 - . le questionnaire navette (Q.N.),
 - . les quatre questionnaires de ramassage (Q.R.)
- et les quatre carnets de comptes (C.C.),
- . le questionnaire final (Q.F.),
 - . les documents annexes.

4.1. Le questionnaire initial est rempli par l'enquêteur lors de sa première visite. Il comporte le recensement des membres du ménage, leurs principales caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, profession et conditions de travail, niveau et type d'instruction) et des renseignements détaillés sur les modes de protection sociale dont il bénéficie (régimes d'assurances sociales, mutuelles, assurances privées, aide médicale, etc.).

Des questions portent sur les hospitalisations qu'a subi chaque membre du ménage au cours des douze derniers mois précédant le début de l'enquête (lieu d'hospitalisation, date, durée, motif(s) médical(aux), opérations chirurgicales effectuées et détail des dépenses).

Enfin deux types de renseignements permettront d'évaluer la morbidité au premier jour de l'enquête : d'une part, une série de questions fermées sur l'existence éventuelle de maladies ou infirmités regroupés en 28 grands chapitres ; et d'autre part, les traitements médicaux ou pharmaceutiques, les interruptions d'activité, les alitements, en cours pendant les huit derniers jours.

4.2. Le questionnaire navette

A partir du questionnaire initial est ouvert un questionnaire navette qui circule entre l'enquêteur et le centre de contrôle durant toute la période d'enquête.

férents membres du ménage, sont récapitulées au fur et à mesure qu'elles ont lieu les différentes consommations médicales entraînées par ces affections. Il permet à l'enquêteur d'interroger à bon escient les personnes, en ayant sous les yeux un résumé de leurs maladies et des traitements y afférents.

On enregistre, par ailleurs, sur ce document les modifications qui peuvent avoir lieu dans la composition du ménage (départ, naissance, etc.) ou dans les caractéristiques socio-économiques de ses membres (changement de profession, adhésion à une mutuelle, etc.).

Enfin ce questionnaire a un autre rôle essentiel pour l'enquête, puisqu'il est conçu comme un instrument de dialogue (évidemment par l'intermédiaire de l'enquêteur) des questions étant posées aux enquêteurs toutes les fois que l'information semble vague, peu précise ou même incohérente.

4.3. Les questionnaires de ramassage

Après avoir recensé les différentes consommations médicales sur le questionnaire navette, l'enquêteur remplit à l'aide du carnet de comptes, un questionnaire de ramassage en posant des questions détaillées pour chaque consommation inscrite sur le questionnaire navette : une série de questions concerne le paiement (paiement du seul ticket modérateur, gratuité, ..., somme payée) et du motif médical (nom de la maladie) de chaque consommation médicale. Des questions spécifiques à chaque type de soins sont également posées : dans le cas d'une hospitalisation, durée, nature de l'établissement, existence d'intervention(s) chirurgicale(s), ..., dans le cas des soins de

médecins, spécialité du médecin, existence d'actes associés¹, lieu, ..., dans le cas des produits pharmaceutiques, nom exact du produit, forme, etc.

Au total, l'enquêteur remplit une ligne d'un tableau (double page) par hospitalisation, par visite ou consultation de médecin ou dentiste, par examen et traitement d'électroradiologie ou analyse, par séance de soins de personnels paramédicaux, par acquisition de produit pharmaceutique, lunettes ou appareil, un tableau simple par alitement, interruption d'activité, examen systématique. De plus, un tableau a été prévu pour les paiements que l'enquêté n'a pu ventiler (séances de dentiste ou d'auxiliaire).

A chaque nouvelle visite, l'enquêteur remplit un questionnaire de ramassage vierge. Ces différents questionnaires de ramassage sont expédiés au fur et à mesure aux responsables de l'enquête, en même temps que le questionnaire navette pour vérification et contrôle. Le questionnaire navette est seul renvoyé à l'enquêteur pour la prochaine visite.

4.4. Le questionnaire final

Lors de la 5ème et dernière visite, après avoir rempli comme d'habitude et pour la dernière fois le questionnaire navette, puis le dernier questionnaire de ramassage, l'enquêteur pose les questions contenues dans le questionnaire final. Ce dernier contient des questions relatives aux antécédents médicaux, le poids, la taille, les habitudes alimentaires, le tabagisme, une série d'informations sur les difficultés occasionnées par l'état de santé, les aides utilisées, et enfin une étude détaillée des revenus.

4.5. Les documents annexes sont :

- . La feuille de logement, permettant à l'enquêteur de trouver les ménages à enquêter,
- . Le prospectus présentant d'une manière attrayante les principaux résultats de l'enquête de 1970,
- . Les quatre carnets de comptes laissés aux ménages à la fin de la visite initiale et des visites de ramassage.

¹ Exemple : ponction faite au cours d'une consultation.

Cheminement des éléments des dossiers au cours de chaque vague

La dimension de l'enquête ainsi que la répartition géographique des ménages enquêtés a nécessité la répartition du travail entre dix huit régions qui ont accompli le travail sur le terrain.

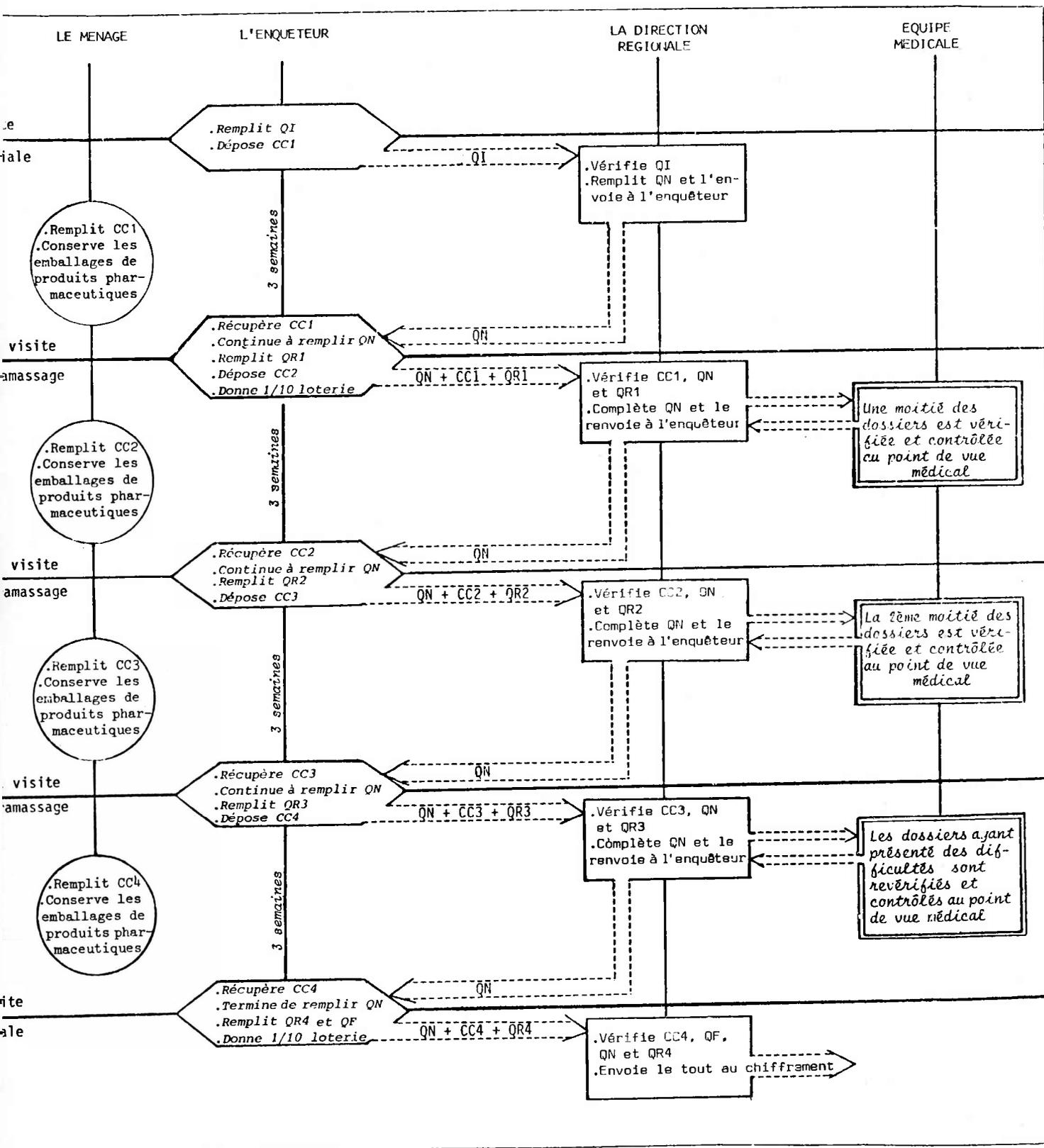
D'autre part, le contrôle médical a été effectué par une équipe médicale centralisée à Paris. Il a donc fallu assurer l'expédition des dossiers à vérifier des régions à Paris et de Paris aux régions.

Le schéma suivant permet de suivre le chemin parcouru par chacun des éléments du dossier au cours de l'enquête.

Chaque colonne indique ce qu'a fait chacun des participants à l'enquête : ménage, enquêteur, région , équipe médicale.

Les flèches correspondent au mouvement des différents questionnaires, la partie plus foncée du schéma représente le dossier tel qu'il est constitué progressivement dans la région où a été fait le travail de rassemblement et de vérification.

DÉROULEMENT D'UNE VAGUE : CONSTITUTION ET CHEMINEMENT DES DOSSIERS



5. Reproduction des questionnaires (réduits)

Pour un moindre encombrement, nous avons dû réduire le format des questionnaires (le format réel est de 21 x 29,5).



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



CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE
ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS
DE VIE
142, rue du chevaleret, 75634 Paris Cédex 13

Enquête sur la santé et les soins médicaux (1980-1981)

QUESTIONNAIRE INITIAL

DIRECTION REGIONALE :

N° DE VAGUE	
N° DU QUESTIONNAIRE	
COMMUNE :	DEPARTEMENT :
NOM DE L'ENQUETEUR : M.	N°
DATE DE L'INTERVIEW	

Questionnaire confidentiel. Enquête statistique obligatoire. Loi n° 51711 du 7 juin 1951
modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.
Visa de l'INSEE n° J0017, valable du 1/3/80 au 31/12/81

En cas de maladie, d'accident, d'hospitalisation, de quelle protection bénéficiez-vous ?
Remplir le tableau successivement pour chaque personne du ménage.

RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Régime général | 8. Invalides de guerre |
| 2. Mutualité sociale agricole | 9. Fonctionnaires |
| 3. Étudiants | 10. Collectivités locales |
| 4. S.N.C.F. | 11. Artisans, commerçants |
| 5. E.D.F.-G.D.F. | 12. Industriels, professions libérales |
| 6. Mines | 13. Autres régimes spéciaux |
| 7. Militaires | 14. Assurance volontaire ou personnelle |

tendre la
carte 2

D'UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE ?				D'UN RÉGIME - MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?			DE L'AIDE MÉDICALE ?						
1. OUI en tant qu'assuré	2. OUI en tant qu'ayant-droit	3. NON	Quel régime ?	Avec ce régime avez-vous une prise en charge à 100 % de vos soins ? (exonération du ticket modérateur)		MOTIF de la prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale	1. OUI	2. NON	Nom de la Mutuelle, de l'Assurance (le cas échéant il peut y en avoir plusieurs pour une même personne)	Avec ces régimes avez-vous une prise en charge à 100 % de vos soins ? (remboursement du ticket modérateur)		1. OUI	2. NON
				1. OUI	2. NON					1. OUI	2. NON		
			Utiliser le code carte 2 page ci-contre			Utiliser le code page ci-contre							
			col. 31			col. 34							
27	28	29	30	31	32	33	34	35					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE A 100 % DES SOINS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

- Personne en incapacité permanente par suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.
- Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité.
- Pensionnés malades ou blessés de guerre (articles L. 115 et L. 118).
- Personne atteinte d'une maladie reconnue « longue et coûteuse » (dite aussi « de longue durée »).
- Personne en arrêt de travail depuis trois mois au moins.
- Femme enceinte depuis 5 mois au moins.
- Personne hospitalisée depuis 1 mois au moins.
- Enfant ou adulte dans un établissement pour handicapés.
- Personne âgée en maison de cure médicale.
- Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins.
- Autre cas.

Une des personnes du ménage a-t-elle séjourné au cours des douze derniers mois, ou séjourné-t-elle actuellement dans un établissement hospitalier (voir liste ci-contre) pour une maladie, un accident, des examens, ou une autre cause ?

Répondre à cette question PERSONNE par PERSONNE dans la col. A en utilisant le volet rabattable du tableau I

Si au moins une personne a effectué un séjour (séjour = au moins une nuit passée dans un établissement de la liste ci-contre), remplir le tableau IV ci-dessous : une ligne par séjour.

CATÉGORIE DE L'ÉTABLISSEMENT

- | | |
|--|---|
| 1. Hôpital public (y compris maternité) | 4. Clinique ou maternité privées |
| 2. Hôpital psychiatrique public (ou service psychiatrique d'un hôpital) | 5. Clinique psychiatrique, maison de santé mentale privées |
| 3. Autre établissement public (centre anti-cancéreux, sanatorium, centre de convalescence, etc.) | 6. Autre établissement hospitalier privé (centre de repos, de régime, de convalescence, de rééducation, etc.) |

Colonne A	NUMÉRO D'ORDRE DU SÉJOUR	NUMÉRO D'ORDRE DE L'INDIVIDU	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE SORTIE DE L'ÉTABLISSEMENT	MOTIF DU SÉJOUR	Y-A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE ?	AVEZ-VOUS DÉBOURSÉ QUELQUE CHOSE ?			
				Utiliser le code ci-dessus en encadré	Préciser la nature de l'établissement ou du service					OUI combien ?	NON pourquoi ?		
0. NON 1. OUI 1 fois 2. OUI 2 fois 3. OUI 3 fois ou plus		Répéter le même numéro pour chaque séjour d'une même personne		Exemples 1. Service de cardiologie 3. Maison de cure médicale 6. Centre de réadaptation		Jour Mois Année	Jour Mois Année		1. OUI 2. NON	LAQUELLE ? Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée la nature de l'intervention. S'il y en a eu plusieurs au cours du même séjour, les indiquer toutes.	1. Vous paierez plus tard 2. C'est un accident du travail 3. La Sécurité Sociale et une assurance complémentaire prennent tout en charge 4. L'Aide Médicale prend tout en charge 5. Autre cas Lequel ?		
A	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>
	2							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>
	3							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>
	4							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>
	5							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>
	6							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NSP	F <input type="checkbox"/>

Voici une liste de maladies, de troubles de santé, de handicaps, d'infirmités. Un des membres du ménage est-il actuellement atteint de l'un d'entre eux ?

Remplir la carte 2 et lire lentement la liste des maladies. Pour toutes les personnes du ménage, entourer le numéro des maladies dont elles souffrent et poser alors les trois questions suivantes :

- ① Quel est le nom exact de cette maladie, de ce trouble, de ce handicap, de cette infirmité ? (Noter les termes propres de la personne interrogée)
- ② Depuis quelle année en êtes-vous (en est-il - en est-elle) atteint(e) ?
- ③ Avez-vous (a-t-il - a-t-elle) traité cette maladie, ce trouble, ce handicap, cette infirmité au cours des douze derniers mois ?

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

N° Prénom

N° Prénom

N° Prénom

LISTE DES MALADIES, TROUBLES DE SANTÉ, HANDICAPS, INFIRMITÉS	PREMIERE PERSONNE DU MENAGE			DEUXIEME PERSONNE DU MENAGE			TROISIEME PERSONNE DU MENAGE			QUATRIEME PERSONNE DU MENAGE		
	Prénom	①	②	③	Prénom	①	②	③	Prénom	①	②	③
	Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité	Année de début	Traitement 12 derniers mois		Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité	Année de début	Traitement 12 derniers mois		Nom de la maladie, du trouble, du handicap, de l'infirmité	Année de début	Traitement 12 derniers mois	
1. Maladies de cœur, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque	1	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. Tension artérielle élevée	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aïeute	3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident vasculaire cérébral avec paralysie ou hémiplegie	4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Varices, ulcères des jambes	5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lumbago, sciatique, arthrose, articulations douloureuses	6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tuberculose (faire préciser ancienne ou en cours de traitement)	7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bronchite chronique, asthme, emphysème (ne noter ici que les affections à répétition, comme les insures en 28)	8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinusite, otite, angines fréquentes	9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dents en mauvais état	10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eczéma, aine, mycoses, autres maladies de la peau	11	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maux d'estomac, ulcères d'estomac	12	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hépatite, cirrhose, calculs biliaires	13	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Troubles de l'intestin, diarrhées, colite, constipation	14	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Insuffisance rénale, calculs urinaires, cystite	15	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Troubles des règles et de la ménopause, fibrome, Maladies de la prostate et de l'appareil uro-génital	16	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Syphilis, blennorrhagie, trichomonose, autres maladies vénériennes	17	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diabète	18	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tremblements, Parkinson	19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Migraine, maux de tête fréquents	20	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Myopie, presbytie, troubles de la vue	21	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Troubles de l'audition	22	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Infirmité, handicap de naissance : cécité, surdité, pied bot, luxation congénitale de la hanche, ...	23	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Handicap acquis : amputation, limitation d'un mouvement, ...	24	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Troubles du sommeil, états dépressifs fréquents	25	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Troubles psychiatriques	26	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tumeurs bénignes, tumeurs malignes, cancers, leucémies	27	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Autres maladies ou troubles non énumérés ci-dessus (Mentionner ici toute maladie non relevée ci-dessus, en particulier les gripes, maladies infantiles, bronchites, angines, rhino-pharyngites dont sont atteintes les personnes du ménage en ce moment.)	28	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS, INTERRUPTIONS D'ACTIVITE, ALIEMENTS, AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS

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

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

- Répondre à la question successivement pour chaque personne du ménage (colonne B) en utilisant le volet rabattable du tableau I.
- Pour chaque personne concernée, cocher les traitements suivis au cours des huit derniers jours, motif par motif. Si la personne a eu plus de quatre motifs de traitement au cours des huit derniers jours, utiliser le volet rabattable de la dernière page pour inscrire un cinquième ou un sixième motif.
- S'assurer que les motifs de traitement donnés ici ont été mentionnés au tableau V, sinon compléter ce tableau.

NOTE : dans la colonne 0 mettre un X en face des personnes âgées de plus de 14 ans (nées avant 1966, se référer à la colonne 6).

PLUS DE 14 ANS	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRÉNOM (S)	Colonne 0								PREMIER MOTIF								DEUXIEME MOTIF								TROISIEME QUATRIEME CINQUIEME MOTIF								SIXIEME MOTIF							
			Cocher si la personne a été prise au moins une fois au cours des 8 derniers jours	POURQUOI ? Préciser ici la maladie, le trouble de santé, l'accident, le handicap ayant motivé l'interruption d'activité, l'aliement. Le cas échéant, préciser aussi le motif non médical (visite obligatoire, etc.)	POUR CE MOTIF Y A-T-IL EU AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS... visite, consultation d'un médecin, d'un dentiste ?							FIN La maladie est-elle terminée ?	POURQUOI ? Préciser ici la maladie, le trouble de santé, l'accident, le handicap ayant motivé le traitement, l'interruption d'activité, l'aliement. Le cas échéant, préciser aussi le motif non médical (visite obligatoire, etc.)	POUR CE MOTIF Y A-T-IL EU AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS... visite, consultation d'un médecin, d'un dentiste ?							FIN La maladie est-elle terminée ?	POURQUOI ? Préciser ici la maladie, le trouble de santé, l'accident, le handicap ayant motivé le traitement, l'interruption d'activité, l'aliement. Le cas échéant, préciser aussi le motif non médical (visite obligatoire, etc.)	POUR CE MOTIF Y A-T-IL EU AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS... visite, consultation d'un médecin, d'un dentiste ?							FIN La maladie est-elle terminée ?												
					2	3	4	5	6	7	8			2	3	4	5	6	7	8			2	3	4	5	6	7	8		2	3	4	5	6	7	8					
0	1	2	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8							
X	1		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	2		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	3		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	4		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	5		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	6		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	7		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	8		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	9		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	10		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Enquête sur la santé et les soins médicaux (1980-1981)

QUESTIONNAIRE NAVETTE POUR LE SUIVI DE L'ENQUETE
ET L'ETUDE DES MALADIES
DIRECTION REGIONALE :

N° DU QUESTIONNAIRE
COMMUNE : DEPARTEMENT :
NOM DE L'ENQUETEUR : M. N°
DATE DE L'INTERVIEW

CALENDRIER DES VISITES

NUMERO DE LA VISITE	DATES PREVUES (A remplir par la DR)		DATE DE LA VISITE	Prénom de la personne ayant répondu à l'enquêteur	RESULTATS	
	entre le	et le			CARNETS	EMBALLAGES
1 (visite initiale)					1 - tous remplis	1 - tous conservés
2 (ramassage du 1 ^{er} carnet)					2 - remplis en partie	2 - conservés en partie
3 (ramassage du 2 ^o carnet)					3 - vides à tort	3 - non conservés
4 (ramassage du 3 ^o carnet)					4 - sans objet	4 - sans objet
5 (ramassage du 4 ^o carnet)						

Questionnaire confidentiel. Enquête statistique obligatoire. Loi n° 51711 du 7 juin 1951
modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.
Vise de l'INSEE n° 80017 valable du 1/3/80 au 31/12/81

NUMERO de la personne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PRENOM											
LIEN avec le chef de ménage	Chef de ménage										
ETUDE DES MALADIES	p. 2 et 3	p. 4 et 5	p. 6 et 7	p. 8 et 9	p. 10 et 11	p. 12 et 13	p. 14 et 15	p. 16 et 17	p. 18 et 19	p. 20 et 21	p. 22 et 23

CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU MENAGE

Y-A-T-IL EU, DANS LE MENAGE, DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE ...

NUMERO DE LA VISITE EN COURS	... ① DEPART DEFINITIF ?	... ② ARRIVEE ? y.c. naissance	... ③ DECES ?
		<i>Si oui à l'une de ces questions, cocher et préciser de qui il s'agit.</i>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUMERO DE LA VISITE EN COURS	... ④ ABSENCE DE PLUS DE HUIT JOURS ? <i>Préciser de qui</i>	... ⑤ CHANGEMENT DANS L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE ? <i>Préciser lequel et de qui</i>	... ⑥ UN AUTRE EVENEMENT ? <i>Préciser lequel et pour qui</i>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Passer ensuite à L'ETUDE DES MALADIES, en posant, POUR CHAQUE PERSONNE DU MENAGE, TOUTES les questions qui figurent au verso. (Voir au tableau II ci-dessus où sont décrites les maladies de chaque personne).

insee

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

crédoc

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE
ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS
DE VIE
142, rue du chevaleret, 75634 Paris Cédex 13

Enquête sur la santé et les soins médicaux (1980-1981)

QUESTIONNAIRE DE RAMASSAGE N°
CORRESPONDANT AU CARNET DE SOINS N°

DIRECTION REGIONALE :

N° DE VAGUE
N° DU QUESTIONNAIRE
COMMUNE : DEPARTEMENT :
NOM DE L'ENQUETEUR : M. N°
DATE DE L'INTERVIEW

*Questionnaire confidentiel. Enquête statistique obligatoire. Loi n° 51711 du 7 juin 1951
modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.
Visa de l'INSEE n° 30017, valable du 1/3/80 au 31/12/81*

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

• Numéro de la visite en cours

• Date de la visite précédente : jour mois 19 année

- Poser toutes les questions ci-dessous en vous aidant éventuellement du questionnaire-navette pour rappeler au ménage les maladies en cours.
- Cocher les cases correspondantes si la réponse est oui.
- Passer ensuite aux tableaux correspondants, en remettant préalablement au ménage la carte 3.

« Depuis ma dernière visite, le 19 , y'a-t-il eu, pour au moins une personne du ménage, à titre payant ou gratuit : ... »

➔ Entrée pour un séjour dans un établissement hospitalier, une clinique ? I

➔ Sortie d'un séjour dans un établissement hospitalier, une clinique ? J

➔ Visite ou consultation de médecin, de dentiste ? II

➔ Examens, radios, analyses, traitements par les rayons ? III

➔ Soins d'infirmière, sage femme, kinésithérapeute, psychologue, ou tout autre personnel paramédical ? IV

➔ Achat ou obtention gratuite de produits pharmaceutiques avec ou sans ordonnance ? V

➔ Alitement, interruption ou réduction d'activité pour raisons de santé ? VI

➔ Examen systématique obligatoire ou bilan de santé dans un centre de la Sécurité Sociale ? VII

➔ Paiements pour les soins médicaux ayant eu lieu avant ma précédente visite ? VIII

SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

- Remplir une ligne par séjour (au moins une nuit passée dans l'établissement).
- S'il s'agit d'une **ENTREE**, la personne n'étant pas encore sortie, remplir les tableaux A et B.
- S'il s'agit d'une **SORTIE** d'un établissement où la personne est entrée avant la précédente visite, remplir les tableaux A et C.
- Si **ENTREE** et **SORTIE** ont eu lieu depuis la précédente visite, remplir les tableaux A, B et C.
- La liste des établissements concernés ici figure en encadré ci-contre et sur la carte 3.

TABLEAU A			TABLEAU B						
NUMERO D'ORDRE DU SEJOUR	PRENOM	NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	CATEGORIE DE L'ETABLISSEMENT	DATE D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT	MOTIF DU SEJOUR				
		Repeating the same number for each stay of the same person	Utiliser le code en encadré		Préciser la nature de l'établissement ou du service				
			Exemples : 1 Science de cardiologie 3 Maison de soins médicaux 6 Centre de réadaptation	Jour - Mois	1. Grossesse accouchement 2. Maladie 3. Accueil de la grossesse 4. Autre accident, blessure 5. Interruption volontaire de grossesse 6. Examens, observation 7. Infirmité, handicap 8. Autre motif	Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité, dans les termes propres de la personne enquêtée			
1									
2									
3									
4									
5									

• Ne rien remplir dans les cases hachurées.

• Indiquer ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

tendre la carte 3

CATEGORIE DE L'ETABLISSEMENT

- Hôpital public (y.c. maternité)
- Hôpital psychiatrique public (ou service psychiatrique d'un hôpital)
- Autre établissement public (Centre anticancéreux, sanatorium, centre de convalescence, etc ...)
- Clinique ou maternité privée.
- Clinique psychiatrique, maison de santé mentale privées.
- Autre établissement hospitalier privé (Centre de repos, de régime, de convalescence, de rééducation, etc ...)

TABLEAU C

DATE DE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT	Y-A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE ?		AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ? (Frais médicaux seuls)		Y-A-T-IL EU DES FRAIS NON MEDICAUX ?		
	1. OUI	Laquelle ?	OUI combien ?	NON pourquoi ?	1. OUI	Combien ?	
Jour - Mois	2. NON	Préciser dans les termes propres de la personne enquêtée la nature de l'intervention. S'il y en a eu plusieurs au cours du même séjour, les indiquer toutes.	Le cas échéant cocher le case NSP.	1. Vous paierez plus tard. 2. C'est un accident du travail. 3. La Sécurité Sociale, une assurance complémentaire prennent tout en charge. 4. L'Aide Médicale prend tout en charge. 5. Autre cas. Lequel ?	2. NON	Inclure ici tous les frais à la fois (forêt chambre, gasoil, TV, boissons, accompagnement de la personne, etc ...). Le cas échéant, cocher le case NSP.	
	10	11	12	13	14	15	16
				<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> NSP	
				<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> NSP	
				<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> NSP	
				<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> NSP	
				<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> NSP	

• Observations de l'enquêteur :

● Une séance peut-être une visite, une consultation, l'obtention d'un certificat ou d'une ordonnance, un acte médical quelconque (piqûre, autre soins), pourvu qu'ils soient effectués par un médecin ou un dentiste.

● Remplir une ligne par séance, ou pour plusieurs séances de même nature (par exemple chez un dentiste).

● Si au cours de la séance plusieurs personnes ont été examinées (séance multiple), remplir une ligne par personne examinée.

● Ne pas relever ici les séances intervenues au cours d'un séjour à l'hôpital (voir tableau I), chez un radiologue (voir tableau III), au cours d'un examen systématique (voir tableau VII).

carte 3

MEDECINS ET DENTISTES

- | | | |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Dentiste | 7. Cardiologue | 13. Urologue |
| 2. Médecin généraliste | 8. Neurologue, psychiatre | 14. Gynécologue |
| 3. Pédiatre | 9. Dermatologue, vénérologue | 15. Stomatologiste (bouche, dents) |
| 4. Pneumophtisiologue | 10. O.R.L. (nez, gorge, oreilles) | 16. Homéopathe |
| 5. Gastro-entérologue | 11. Ophtalmologue, oculiste | 17. Acupuncteur |
| 6. Rhumatologue | 12. Chirurgien | 18. Autre spécialiste |

NUMERO D'ORDRE DE LA VISITE OU DE LA CONSULTATION	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE de la séance	NOMBRE de séances de même nature effectuées	LIEU où s'est passée la séance	QUI A CONSEILLE cette séance ?	PAR QUEL MEDECIN la personne a-t-elle été soignée ?	MOTIF DE LA SEANCE	
								11	12
(ou de plusieurs visites ou consultation de même nature)	Repetez le même numéro pour chaque visite ou consultation d'une même personne		S'il y a plusieurs séances de même nature, indiquer les dates de la première et de la dernière Jour - Mois	S'il n'y en a qu'une chiffrer '01'	1. Au cabinet du médecin, du dentiste 2. Dispensaire 3. Hôpital (consultation externe, hospitalisation de jour) 4. Clinique 5. Centre de PMI 6. Centre de planning familial 7. Service médical d'entre-prise, d'école, centre de médecine préventive infirmier 8. Chez vous 9. Autre cas	1. Personne médecin qui vous avait dit de revenir 2. Le même médecin 3. Un autre médecin (Spécialité ?) 4. A l'hôpital ou en clinique 5. Un pharmacien 6. Quelqu'un d'autre : parent, ami, voisin ... Préciser	Utiliser le code en encadré ci-dessus Si ne sait pas, coder '19'	1. Grossesse, accouchement (y.c. visites obligatoires) 2. Maladie 3. Accident de la circulation 4. Autre accident 5. Contraception, I.V.G. 6. Vaccination 7. Infirmiété, handicap 8. Visite préventive obligatoire (obtention d'un certificat, etc...) 9. Visite préventive volontaire	Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmiété, ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée

QU'A FAIT LE MEDECIN au cours de la séance ? (cocher les actes pratiqués)			QU'A PRESCRIT LE MEDECIN au cours de la séance ? (cocher les prescriptions)				AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE ?		
Une consultation sans examen particulier ?			Des produits pharmaceutiques ?				OUI	NON pourquoi ?	
Une radio ?			Des examens, des analyses, d'autres soins ?				Combien ?		
D'autres soins ou examens. Lesquels ? Exemples : - Soins dentaires - Electrocardiogramme - Vaccination - Piqûres - Pose d'un appareil ? - Pansement			Un arrêt de travail ? Préciser la durée en jours.				En francs		
Un autre certificat ? Préciser lequel ?									
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Ne rien remplir dans les cases hachurées.

Observations de l'enquêteur :

● Indiquer ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

- Remplir une ligne par acte (analyse, examen, traitement), ou pour plusieurs de ces actes s'ils sont identiques.
- Si, au cours d'une même séance, plusieurs analyses, examens, traitements, ont été effectués, remplir une ligne pour chacun d'eux.
- La liste des analyses, examens et traitements concernés ici figure en encadré ci-contre.
- Ne pas reléver ici les analyses, examens et traitements effectués au cours d'un séjour hospitalier (voir tableau I), d'une séance de médecin ou de dentiste (voir tableau II), sauf s'il s'agit d'un radiologue, d'une séance d'auxiliaire médical (voir tableau IV), d'un examen systématique (voir tableau VII).

carte 3

ANALYSES EXAMENS, TRAITEMENTS

- | | | |
|---|---------------------------|----------------------------------|
| 1. Radioscopie | 5. Scintigraphie | 10. Analyse des urines |
| 2. Radiographie | 6. Electrocardiogramme | 11. Hémodialyse, autres dialyses |
| 3. Echographie (examen avec ultra-sons) | 7. Electroencéphalogramme | 12. Traitement par les rayons |
| 4. Scanner | 8. Audiogramme | 13. Autres analyses et examens. |
| | 9. Analyse de sang | |

NUMERO D'ORDRE DE L'ACTE	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DE L'ACTE (DES ACTES)	NOMBRE D'ACTES DE MEME NATURE EFFECTUES	NATURE DES ANALYSES, EXAMENS ET TRAITEMENTS		LIEU où ont été effectués les actes	QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE ces examens, analyses, traitements ?	MOTIF de ces analyses, examens, traitements		"AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUECHOSE ?"															
					Utiliser le code en encadré	Préciser ici le NOM EN CLAIR de l'analyse, de l'examen, du traitement électroradiologique			1. Grossesse, accouchement	Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité ou le motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée	OUI		NON pourquoi ?													
(ou des actes de même nature)	Répercer le même numéro pour chaque acte d'une même personne		S'il y en a plusieurs de même nature, indiquer les dates du premier et du dernier	S'il y en a un seul, chiffrer "01"		Exemples : <input type="checkbox"/> 2. Radiographie du poumon <input type="checkbox"/> 8. Analyse du sang pour vitesse de sédimentation <input type="checkbox"/> 8. glycémie <input type="checkbox"/> 8. Numération formule sanguine <input type="checkbox"/> 9. Recherche d'albumine			1. Personne	2. Un médecin, au cours d'une visite ou d'une consultation (Spécialité ?)	3. Une sage-femme	4. A l'hôpital, en clinique	5. Un pharmacien	6. Quelqu'un d'autre : parent, voisin, ami, médecin à titre amical...	(Préciser)	1. Oui, la totalité du prix	2. Oui, la partie non remboursable par la Sécurité Sociale	3. Oui, mais vous ne pouvez isoler dans le prix payé ces analyses, ces examens, et d'autres soins : ▶ ALLER A VIII (PAIEMENTS GROUPE S) 4. OUI, mais ne sait plus combien	En francs	1. Vous paierez plus tard	2. C'est un accident du travail	3. La Sécurité Sociale, une assurance complémentaire prennent tout en charge	4. L'aide médicale prend tout en charge	5. C'est de l'hospitalisation à domicile	6. Soins gratuits donnés par un service médical d'entreprise, d'école...	7. Le radiologue, le laboratoire vous ont soigné pour rien
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14													
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										

• Ne rien remplir dans les cases hachurées.

• Observations de l'enquêteur :

• Indiquer ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

- Remplir une ligne par séance ou pour plusieurs séances de même nature.
- Si, au cours d'une même séance, des soins différents ont été effectués, remplir une ligne pour chacun d'eux.
- La liste des praticiens et la liste des soins concernés figurent en encadrés ci-contre.
- Ne pas relever ici les soins intervenus au cours d'un séjour hospitalier (voir tableau I) ou d'une séance de médecin ou de dentiste (voir tableau II), les traitements électroradiologiques (voir tableau III), les soins effectués au cours d'un examen systématique ou bilan de santé (voir tableau VII).

1

PERSONNELS PARAMEDICAUX

1. Infirmière, aide-soignante, infirmier, aide-soignant	6. Orthoptiste
2. Masseur-kinésithérapeute	7. Pédiatre, podologue
3. Masseur-chiropracteur	8. Psychologue, psychothérapeute
4. Sage-femme	9. Psychanalyste
5. Orthophoniste	10. Autre (y.c. rebouteux, guérisseur, etc...)

2

SOINS DE PERSONNELS PARAMEDICAUX

1. Piqûres	5. Consultation de sage-femme, préparation à l'accouchement
2. Vaccination	6. Entretien
3. Pansements	7. Garde de malades
4. Massages, rééducation	8. Autres soins

carte
3

NUMERO D'ORDRE de la (des) séance(s)	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE de la (des) séance(s)	NOMBRE de séances ou de soins de même nature effectués	PAR QUI la personne a-t-elle été soignée ?	NATURE DES SOINS	LIEU OU se sont passés les soins ?	OUI A PRESCRIT, OU CONSEILLE ces soins ?	MOTIF des soins	AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUECHOSE ?				
										OUI	NON pourquoi ?			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

Utiliser le code en encadré 1 ci-dessus

Utiliser le code en encadré 2 ci-dessus

Préciser ici le NOM EN CLAIR des soins pratiqués

Exemples :
- piqûres antalgiques
- massage pour réduction d'angor après opération de miniquar
- Entretien d'orthophoniste pour difficultés d'élocution

- Ne rien remplir dans les cases hachurées.
- Indiquer ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

Observations de l'enquêteur :

- Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.
- Ne pas oublier les produits pris tous les jours ou très régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine, alcool à 90°, etc...).
- N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.
- Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré, ci-contre.

carte 3

FORME DES PRODUITS

- | | |
|---|--|
| 1. Comprimés, cachets, dragées, gélules | 8. Pommades, crèmes, baumes, révéulsifs |
| 2. Granulés, poudres | 9. Liquides à usage externe, atomiseur (y.c. alcool à 90°, collyres, etc...) |
| 3. Ampoules buvables | 10. Bandes, pansements |
| 4. Sirops, potions, autres solutés buvables | 11. Cotons, gazes |
| 5. Suppositoires | 12. Petit matériel : thermomètres, seringues, etc... |
| 6. Ovules | 13. Autres |
| 7. Ampoules et autres formes injectables | |

POUR LES PRODUITS SEULEMENT

NUMERO D'ORDRE DE L'ACHAT DE L'ACQUISITION	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DE L'ACHAT, DE L'ACQUISITION	DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL					Le produit, l'appareil, a-t-il été acquis SUR ORDONNANCE ?	QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES PRODUITS, CES APPAREILS ?	MOTIF DE L'ACQUISITION des produits, des appareils	AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE		LE TRAITEMENT par ce produit est-il TERMINE ?		
				1) NOM précis du produit, de l'appareil.	2) QUANTITE achetée	POUR LES PRODUITS SEULEMENT						OUI	NON pourquoi ?			
		Le cas échéant, inscrire : "Pour les besoins du ménage"		Exemples :					1. OUI	2. NON	Préciser ici le NOM EN CLAIR de la maladie, de l'accident, de l'infirmité ou du motif non médical, dans les termes propres de la personne enquêtée	Combien ?	En francs	1. Vous paierez plus tard 2. C'est un accident du travail 3. La Sécurité Sociale, une assurance complémentaire prennent tout en charge et rétribuent directement le pharmacien 4. L'aide médicale prend tout en charge 5. Produits gratuits, dans un service médical d'entreprise, d'école, etc... 6. Le médecin, le pharmacien a donné le produit		
				3) NOM DU LABORATOIRE FABRICANT	4) FORME DU PRODUIT	5) PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT	10	11								
			Jour - Mois	MELLEAL [®] 10	2 boîtes	SANDOZ	1	Boîte de 25 comprimés								
				ASPIRINE V2 BAC pour enfants	1 boîte	DEROL	4	Boîte de 10 suppositoires								
				DOGMATIL fort	2 boîtes	DELAGRANGE	1	Boîte de 12 comprimés								
				LUNETTES	1 paire											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Ne rien remplir dans les cases hachurées.

Observations de l'enquêteur :

● Inscrire ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

- Remplir une ligne par produit ou appareil acheté, loué ou obtenu gratuitement, prescrit ou non.
- Ne pas oublier les produits pris tous les jours ou très régulièrement (somnifères, contraceptifs, aspirine, alcool à 90°, etc...).
- N'inscrire ici que les produits à usage médical. Attention ! Certains dentifrices ou autres produits d'hygiène peuvent être à usage médical.
- Pour noter la forme du produit, utiliser le code en encadré, ci-contre.

carte 3

FORME DES PRODUITS

- | | |
|---|--|
| 1. Comprimés, cachets, dragées, gélules | 8. Pommades, crèmes, baumes, révsulsifs |
| 2. Granulés, poudres | 9. Liquides à usage externe, atomiseur (y.c. alcool à 90°, collyres, etc...) |
| 3. Ampoules buvables | 10. Bandes, pansements |
| 4. Sirops, potions, autres solutés buvables | 11. Cotons, gazes |
| 5. Suppositoires | 12. Petit matériel : thermomètres, seringues, etc... |
| 6. Ovules | 13. Autres |
| 7. Ampoules et autres formes injectables | |

POUR LES PRODUITS SEULEMENT

NUMERO D'ORDRE DE L'ACHAT DE L'ACQUISITION	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DE L'ACHAT, DE L'ACQUISITION	DESIGNATION DU PRODUIT, DE L'APPAREIL					Le produit, l'appareil, a-t-il été acquis SUR ORDONNANCE ?	QUI A PRESCRIT OU CONSEILLE CES PRODUITS, CES APPAREILS ?	MOTIF DE L'ACQUISITION des produits, des appareils	AVEZ-VOUS DEBOURSE QUELQUE CHOSE		LE TRAITEMENT par ce produit est-il TERMINE ?		
				POUR LES PRODUITS SEULEMENT								OUI	NON pourquoi ?			
				1) NOM précis du produit, de l'appareil.	2) QUANTITE achetée	3) NOM DU LABORATOIRE FABRICANT	4) FORME DU PRODUIT	5) PRESENTATION OU CONDITIONNEMENT							Combien ?	En francs
			Pour les produits, préciser le dosage s'il fait partie du nom Exemples : MELLEIL *10 2 boîtes SANDOZ 1 Boîte de 25 ampoules ASPIRINE VL BIC pour enfants 1 Boîte DEROL 4 Boîte de 10 suppositoires DOGMATIL fort 2 boîtes DELAGRANGE 1 Boîte de 12 comprimés LUNETTES 1 paire													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o Ne rien remplir dans les cases hachurées.

Observations de l'enquêteur :

● Inscrire ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

VI INTERRUPTIONS D'ACTIVITE, ALIEMENTS

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

NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DE DEBUT de l'interruption d'activité	DATE DE FIN	NATURE DE L'ACTIVITE interrompue ou fortement réduite	MOTIF de l'interruption d'activité, de la forte réduction d'activité, de l'aliement.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
A - INTERRUPTIONS D'ACTIVITE, FORTE REDUCTION D'ACTIVITE						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
B - ALIEMENTS						
1						
2						
3						
4						
5						
6						

• Ne rien inscrire dans les cases hachurées.

• Inscrire ici le numéro d'ordre des personnes qui ont répondu à cette double page :

VII EXAMENS SYSTEMATIQUES, BILANS DE SANTE

- Noter ici les examens systématiques obligatoires effectués dans le cadre de la médecine du travail, de la médecine scolaire et universitaire, de la médecine militaire (conseil de révision). Noter également les examens systématiques obligatoires pour l'obtention d'un certificat (d'embauche, de reprise du travail etc...) et les bilans de santé effectués dans des centres de la Sécurité Sociale (les bilans de santé ne sont pas obligatoires).
- Attention : Noter ici seulement les examens systématiques et les bilans de santé, qui n'ont été effectués à la fois une consultation et des examens et analyses. Les bilans de santé effectués à titre privé par un médecin doivent être notés au tableau II et, le cas échéant, au tableau III si des examens et analyses ont été prescrits.

NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DE L'EXAMEN DU BILAN	DANS QUEL CADRE s'est effectué l'examen, le bilan ?	ACTES PRATIQUES au cours de l'examen, du bilan (Cocher les cases correspondantes)	Cet examen a-t-il permis la découverte d'une maladie ?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
1						
2						
3						
4						
5						
6						

• Observations de l'enquêteur :

VIII PAIEMENTS GROUPES

- Inscrire ici : 1°) Tout paiement qu'il n'est pas possible de ventiler entre ses diverses causes : séances de médecins, de dentistes, d'infirmières, de masseur, achats de produits, radios, analyses, examens, traitements, etc ...
- 2°) Tout paiement effectué depuis la dernière visite de l'enquêteur, mais correspondant à des actes (ou à des produits) effectués (acquis) antérieurement.

• Exemples : Des soins dentaires sur plusieurs séances payés à la fin.

Des produits pharmaceutiques différents pour lesquels on n'a que le prix global payé.

Divers soins, examens, analyses dans un dispensaire ou un centre de santé et payés en bloc.

Des soins effectués pendant plus de 3 semaines et payés en bloc, depuis la dernière visite de l'enquêteur, ... etc ...

NUMERO D'ORDRE DU PAIEMENT	NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	DATE DU PAIEMENT	QUE RECOUVRE CE PAIEMENT ?	MONTANT DU PAIEMENT	NOMBRE DE SPANCES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Observations de l'enquêteur sur le déroulement général du questionnaire de ramassage :



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



CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE
 ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS
 DE VIE
 142, rue du chevaleret, 75634 Paris Cédex 13

Enquête sur la santé et les soins médicaux (1980-1981)

QUESTIONNAIRE FINAL

DIRECTION REGIONALE :

N° DE VAGUE	U
N° DU QUESTIONNAIRE	U U U U U
COMMUNE :	U U U DEPARTEMENT :
NOM DE L'ENQUETEUR : M.	N° U U U
DATE DE L'INTERVIEW	U U U U U

*Questionnaire confidentiel. Enquête statistique obligatoire. Loi n° 51711 du 7 juin 1951
 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.
 Visa de l'INSEE n° 80017, valable du 1-3-80 au 31-12-81*

II GENES OU DIFFICULTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

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

OUI NON ➡➡➡ PASSER AU TABLEAU (IV)

• Remplir pour toutes ces personnes le tableau (III) (A). Ne pas tenir compte des gênes ou handicaps momentanés (exemple : jambe plâtrée à la suite de fractures).

(A) • Pour les handicapés lourds remplir également le tableau (III) (B).

NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	APTITUDE A LA MARCHÉ	DIFFICULTES PHYSIQUES					DIFFICULTES RELATIONNELLES					
			La personne a-t-elle habituellement des difficultés pour ...										
		1. Ne se lève pas 2. Peut se lever un peu 3. Peut sortir avec l'aide d'une autre personne 4. Peut sortir, mais avec un appareil ou une canne 5. N'a besoin d'aucune aide mais ressent certaines limitations ou gênes. LESQUELLES ? 6. Aucune gêne	... Ouvrir un robinet, une porte ?	... Monter, descendre un escalier ?	... S'habiller seule ?	... Marcher 2 à 3 km sans peine	Autre difficulté	... Pour suivre une conversation ?	... D'élocution ?	... De mémoire ?			
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) Tableau à remplir seulement pour les personnes atteintes d'un HANDICAP LOURD et qui sont dans l'un des cas suivant :

- 1°) Bénéficiaire de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation pour adulte handicapé.
- 2°) Titulaire d'une rente d'incapacité partielle (supérieure à 50%) ou totale.
- 3°) Titulaire d'une pension d'invalidité et reconnue incapable d'exercer une activité professionnelle (Groupe 2 et 3).
- 4°) Autres, handicapés au point de ne pouvoir sortir seules dans la rue.

NUMERO D'ORDRE INDIVIDUEL	PRENOM	NATURE DU HANDICAP	ORIGINE DU HANDICAP		AIDE REGULIERE AU HANDICAPE		FREQUENTATION REGULIERE D'UNE INSTITUTION SPECIALISEE		AIDE FINANCIERE LIEE AU HANDICAPE
			1. Acquis	1. Par maladie 2. Par accident du travail 3. Autre accident 4. Vieillesse	1. OUI 2. NON	Qui s'en charge ?	1. OUI 2. NON	Laquelle ? Préciser	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV REVENU DES MENAGES

• Indiquer les revenus actuels des différentes personnes du ménage.

• Enumérer les différentes catégories de revenus et demander à chaque fois quels sont les membres du ménage qui les perçoivent. Inscrire leur numéro d'ordre dans la colonne 2.

• Les revenus non individualisables seront affectés au chef de ménage (Numéro d'ordre 01).

CATEGORIE DE REVENU	NUMERO D'ORDRE de la personne bénéficiaire	MONTANT en francs	PERIODE CORRESPONDANTE
			1. Semaine 2. Quinzaine 3. Mois 4. Année
1 - Traitements, salaires, primes, chômage. <i>Totaliser ici, pour chaque personne bénéficiaire : Le traitement principal, les traitements annexes, les suppléments familiaux, les heures supplémentaires, les primes diverses (13ème mois, rendement, etc ...), ainsi que les indemnités de chômage (ASSEDIC, garantie de ressources, aide publique, autre indemnité de chômage).</i>			
2 - Prestations familiales, prestations pour les enfants <i>Totaliser ici : Les allocations familiales, le complément familial de traitement, l'allocation de logement, l'allocation d'orphelin, les allocations de rentrée scolaire, les allocations prénatales, les bourses d'études, l'aide sociale à l'enfance.</i>			
3 - Allocations pour handicapés <i>Totaliser ici : Les allocation d'éducation spéciale, pour adultes handicapés, les autres allocations aux handicapés.</i>			
4 - Indemnités journalières <i>Totaliser ici : les indemnités pour maternité, maladie, accident du travail, versées par la sécurité sociale.</i>			
5 - Pensions de retraite, autres pensions et rentes, aide aux personnes âgées. <i>Totaliser ici : Les pensions de retraite (y.c. de reversion) les pensions d'anciens combattants, les pensions alimentaires, le minimum vieillesse, les aides diverses aux personnes âgées.</i>			
6 - Revenus des professions indépendantes. <i>Totaliser ici : les bénéfices agricoles, les bénéfices industriels et commerciaux (B.I.C.), les bénéfices non commerciaux (B.N.C.) des professions libérales.</i>			
7 - Intérêts, dividendes, autres revenus de la propriété <i>Totaliser ici : Les intérêts de comptes d'épargne, les revenus des actions des obligations, les loyers perçus sur les immeubles et les terrains agricoles.</i>			



QUESTIONS D'INFORMATION GENERALE

① Y-a-t-il en ce moment quelqu'un qui vient régulièrement à domicile pour vous aider dans vos travaux ménagers, garder les enfants ?

- Parents, amis, voisins OUI NON
- Bonne, femme de ménage, autre personnel rémunéré OUI NON
- Aide ménagère, travailleuse familiale OUI NON
- Soins à domicile aux personnes âgées OUI NON
- Autres. Préciser OUI NON

② A combien de kilomètres de votre domicile se trouve :

Cocher la case correspondante

- La pharmacie la plus proche ? plus de 10 km : de 1 à 10 km : moins de 1 km :
 - L'hôpital le plus proche ? plus de 10 km : de 1 à 10 km : moins de 1 km :
 - Le médecin généraliste le plus proche que vous pouvez appeler en cas d'urgence ? plus de 10 km : de 1 à 10 km : moins de 1 km :
- Attention ne pas confondre avec la pharmacie, l'hôpital, le médecin habituels du ménage.

③ Vous arrive-t-il de consulter un médecin ou de lui demander un conseil par téléphone ?

- OUI fréquemment : OUI de temps en temps : NON

④ Avez-vous : - un médecin de famille ou simplement un médecin que vous consultez de préférence OUI NON

POUR L'ENQUETEUR :

• Quels étaient les membres du ménage présents lors de l'interview du questionnaire final ?

Prénoms :

.....
.....
.....
.....
.....

• Est-ce principalement un seul membre du ménage qui a répondu à ce questionnaire ?

- 1 Oui lequel (prénom) :

- 2 Non lesquels (prénoms) :

.....
.....
.....
.....

192 - 201

5 17900

- 3 DEC. 1980

