

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| NO | | | | | | |

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 4 | | 2 |
| Année | Vague | Mode d'Enquête |

QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

Enquêteur

Commune de l'enquêté

Département |____|

| | |
|-----------|---|
| Enquêteur | Remplissez soigneusement le cadre ci-dessous. Tous les renseignements demandés sont indispensables. 3 visites réparties sur 2 semaines à des jours et heures différents (dont au moins un samedi), sont obligatoires avant de considérer qu'une personne ne peut être jointe. |
|-----------|---|

VISITE N° 1

1. DATE : |____| |____| |____|
 jour mois année

2. HEURE DEBUT : |____| h |____| mn

HEURE FIN : |____| h |____| mn

3. AVEZ-VOUS RENCONTRE LA PERSONNE A INTERROGER OU QUELQU'UN DE SON FOYER ?

oui 1 ==> aller à 4
non 2 ==> aller à 5

4. POUVEZ-VOUS REALISER L'INTERVIEW DE LA PERSONNE INDIQUEE SUR LA FICHE ADRESSE (ASSURE PRINCIPAL) ?

oui, tout de suite 1 ==> aller à 7
oui, plus tard (moins d'une semaine) .. 2 ==> prendre rendez-vous : |____| |____| |____| h |____| mn
 jour mois
non 3 ==> aller à 5

5. POUR QUELLES RAISONS NE POUVEZ-VOUS PAS REALISER AUJOURD'HUI L'INTERVIEW DE LA PERSONNE INDIQUEE SUR L'ADRESSE ?

- N'a rencontré personne 01 ==> Revenir dans quelques jours pour une deuxième visite
- Inconnu à cette adresse 02] => FIN DE L'ENQUETE
- Décédé 03]
- Absent de longue durée 04 ==> aller à 6]
- Est en vacances 05]
- Ne veut pas répondre 06] => CHERCHER A INTERROGER UNE AUTRE PERSONNE DU FOYER.
SI PERSONNE N'ACCEPTE DE REPONDRE, INDIQUER LE MOTIF DE REFUS
DE L'ASSURE PRINCIPAL EN 6 BIS
- Ne peut répondre :

 - . pour raison de santé 07]
 - . ne comprend pas le français 08]
 - . ne peut pas remplir les documents 09]

- A changé de domicile 10]
- Personne âgée partie en institution 11] => Inscrire sur la fiche la nouvelle adresse et si dans un rayon pas trop éloigné aller l'interviewer (visite n° 2).
- Autres, précisez : 12]

6. SI ABSENT DE LONGUE DUREE :

6bis. MOTIF DE REFUS DE L'ASSURE PRINCIPAL

- Elèves internes, étudiants en cité ou foyer 1
- Jeunes gens dans un foyer de jeunes travailleurs 2
- Personnes en déplacement de longue durée (coopération, chantiers) .. 3
- Malades, handicapés en établissement hospitalier 4
- Malades en hôpital psychiatrique 5
- Malades en maison de convalescence, de repos, de rééducation 6
- Autre, précisez : 7

VISITE N°2

VISITE N°3

| | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|--|
| 1. DATE : | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| | jour | mois | jour | mois | |
| 2. HEURE DEBUT : | _____ | h | _____ | mn | |
| HEURE FIN : | _____ | h | _____ | mn | |
| 3. AVEZ-VOUS RENCONTRE UNE PERSONNE A INTERROGER ? | | | | | |
| oui | ..... | 1 | ..... | 1 | ==> aller à 4 |
| non | ..... | 2 | ..... | 2 | ==> aller à 5 |
| 4. POUVEZ-VOUS REALISER L'INTERVIEW ? | | | | | |
| oui, tout de suite | ..... | 1 | ..... | 1 | ==> aller à 7 |
| oui, plus tard (moins d'une semaine) | ..... | 2 | ..... |  | ==> prendre rendez-vous |
| | jour | _____ | _____ | mois | |
| | | _____ | _____ | h | _____ |
| | | _____ | _____ | mn | |
| non | ..... | 3 | ..... | 3 | ==> aller à 5 |
| 5. POUR QUELLES RAISONS NE POUVEZ-VOUS PAS REALISER AUJOURD'HUI L'INTERVIEW ? | | | | | revenir dans quelques jours pour une 3ème visite |
| N'a rencontré personne | ..... | 01 | ..... | 01 | |
| Inconnu à cette adresse | ..... | 02 | ..... | 02 | ==> FIN DE L'ENQUETE |
| Décédé | ..... | 03 | ..... | 03 | |
| Absent de longue durée | ..... | 04 | ..... | 04 | ==> aller à 6 |
| Est en vacances | ..... | 05 | ..... | 05 | |
| Ne veut pas répondre | ..... | 06 | ..... | 06 | |
| Ne peut pas répondre : | | | | | ==>SI REFUS, ALLER EN 6 bis |

INTERROGER UNE AUTRE PERSONNE DU FOYER
 ==>SI REFUS, ALLER EN 6 bis

. pour raison de santé
 . ne comprend pas le français
 . ne peut pas remplir les documents

..... 07
 08
 09

..... 07
 08
 09

SI ACCEPTATION,
 ALLER EN 7

A changé de domicile.....
 Personne âgée partie en institution.....
 Autres, (précisez) :

..... 10
 11
 12

Inscrire sur la fiche la nouvelle adresse et si dans un rayon pas trop éloigné, aller l'interviewer (visite n° 3).
 FIN DE L'ENQUETE

6. SI ABSENT DE LONGUE DUREE :

Elèves internes, étudiants en cité ou foyer ...
 Jeunes gens dans un foyer de jeunes travailleurs
 Personnes en déplacement de longue durée (coopérations, chantiers)
 Malades, handicapés en établissement hospitalier
 Malades en hôpital psychiatrique
 Malades en maison de convalescence, de repos, de rééducation
 Autres, (précisez) :

..... 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

6bis. MOTIF DE REFUS DE L'ASSURE PRINCIPAL :

.....

I. INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT ET RECEPTION DE LA LETTRE ANNONCE :

7. Enquêteur Avant de débiter l'entretien, noter le type de logement.

Pavillon individuel, maison, ferme 1
 Appartement..... 2
 Logement-foyer pour personnes âgées..... 3
 Maison de retraite..... 4
 Autre institution pour personnes âgées..... 5
 Autres..... 6

> Préciser (service de long séjour, hospice,...)
 >> Préciser (foyer de jeunes travailleurs, cité U,...)

8. AVEZ-VOUS RECU LA LETTRE ANNONCE ? 1 oui 2 non 3 ne sait pas

Si non, vérifier que l'adresse est correcte, la rectifier sur la fiche adresse s'il le faut et continuer.

II. QUESTIONS D'OPINION :

9. LES SOLUTIONS SUIVANTES VOUS SEMBLANT-ELLES SATISFAISANTES POUR RESORBER UN EVENTUEL DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE ?

| | oui | non | nsp | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Augmenter les cotisations des salariés ou des indépendants..... | 1 | 2 | 3 | |
| Augmenter les cotisations des employeurs..... | 1 | 2 | 3 | |
| Diminuer les remboursements des consultations et des visites | 1 | 2 | 3 | |
| Diminuer les remboursements des médicaments courants..... | 1 | 2 | 3 | |
| Permettre aux assurances privées de concurrencer la Sécurité sociale | 1 | 2 | 3 | |
| Augmenter les contrôles pour limiter les abus des patients..... | 1 | 2 | 3 | |
| Augmenter les contrôles pour limiter les abus des médecins, hôpitaux, etc | 1 | 2 | 3 | |
| 9 bis. PENSEZ-VOUS QUE D'AUTRES MESURES SONT A ENVISAGER ? | 1 | 2 | 3 | |
| Si oui, lesquelles : | _____ | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | | |
| 10. DANS LES PROCHAINES ANNEES, PENSEZ-VOUS QU'IL SERA POSSIBLE OU NON DE MAINTENIR LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE ?..... | 1 | 2 | 3 | |
| 11. VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE RENONCER A CERTAINS SOINS PARCE QUE LE REMBOURSEMENT EN EST TROP LIMITE ? | 1 | 2 | 3 | |
| Si oui, lesquels ? Etait-ce au cours des 12 derniers mois ? | oui | non | nsp | |
| Soin 1 : | 1 | 2 | 3 | _____ |
| Soin 2 : | 1 | 2 | 3 | _____ |
| Soin 3 : | 1 | 2 | 3 | _____ |
| 12. HIER, C'EST-A-DIRE (DERNIER JOUR OUVRABLE), ETES-VOUS ALLE A LA PHARMACIE ? | 1 | 2 | 3 | |
| Si oui, à cette occasion, avez-vous acheté un ou plusieurs produits pharmaceutiques non prescrits, c'est-à-dire sans ordonnance (y compris aspirine, vitamines, sirop, ...) ? | 1 | 2 | 3 | |
| HIER, quelqu'un d'autre du ménage a t-il été à la pharmacie | 1 | 2 | 3 | |
| Si oui, à cette occasion, a t-il acheté un ou plusieurs produits pharmaceutiques non prescrits, c'est-à-dire sans ordonnance (y compris aspirine, vitamines, sirop, ...) ? | 1 | 2 | 3 | |
| Si oui, lesquels : [=> acheté par vous-même ? | | | | |
| acheté par quelqu'un d'autre ? | | | | |

III. LISTE DES PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT (PAR AGE DECROISSANT) :

Il s'agit des personnes qui vivent habituellement dans le logement et de celles qui sont là pour plus de 10 semaines, à partir du jour de l'enquête, y compris les employés de maison vivant dans le logement, les absents de courte durée (hospitalisation, voyage d'affaire, d'agrément...) et de longue durée (élèves internes, étudiants, militaires du contingent...), à l'exclusion des personnes de passage pour moins de 10 semaines qui auraient leur domicile habituel ailleurs.

| | | | | | | |
|--------------------|-----|---------|-----|-----|------|-----|
| 1 2 3 4 5 | 1 2 | 1 2 3 4 | 1 2 | 1 2 | ┌──┐ | 1 2 |
| 1 2 3 4 5 | 1 2 | 1 2 3 4 | 1 2 | 1 2 | ┌──┐ | 1 2 |

| REGIMES DE SECURITE SOCIALE | |
|---|---|
| <p>REGIMES RATTACHES AU REGIME GENERAL :</p> <p>-----</p> <p>210 Régime général des salariés</p> <p>220 Fonctionnaires et ouvriers de l'Etat</p> <p>225 Agents des collectivités locales</p> <p>230 EDF-GDF</p> <p>240 Etudiants</p> <p>250 Médecins, dentistes, auxiliaires médicaux conventionnés</p> <p>260 Assurés volontaires, assurés personnels</p> <p>270 Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation AAH</p> <p>275 Invalides de guerre</p> <p>276 Titulaires d'une pension d'invalidité Sécu. Soc.</p> <p>280 Régime local Alsace-Moselle</p> <p>285 Autres régime général (cultes, artistes...)</p> | <p>REGIMES NON RATTACHES AU REGIME GENERAL :</p> <p>-----</p> <p>300 Régime agricole</p> <p>310 SNCF, MINES, RATP</p> <p>320 Militaires de carrière</p> <p>330 Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) Artisans, commerçants, industriels, libéraux, médecins à honoraires libres</p> <p>340 Autres régimes particuliers</p> |

23. LA PERSONNE EST-ELLE PROTEGEE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE LA SECURITE SOCIALE ?

| | 1. oui, car elle travaille elle est retraité(e), étudiant(e), veuve de pensionné, invalide... | 2. oui, car elle est ayant droit d'une personne qui vit avec elle, dans ce foyer. | 3. oui, car elle est ayant droit d'une personne ne vivant pas ici, avec elle | 4. non |
|----|---|---|--|-----------|
| | Quel est son régime ? | De qui est-elle ayant droit ? (n° d'ordre individuel) | Quel est son régime ? | \|\|\| |
| | ┌──┐ V | ┌──┐ V | ┌──┐ V | ┌──┐ V |
| 01 | 1 ┌──┐ | 2 ┌──┐ | 3 ┌──┐ | 4 |
| 02 | 1 ┌──┐ | 2 ┌──┐ | 3 ┌──┐ | 4 |
| 03 | 1 ┌──┐ | 2 ┌──┐ | 3 ┌──┐ | 4 |

| | | | | |
|----|------------------|--------------|------------------|---|
| 04 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 05 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 06 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 07 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 08 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 09 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |
| 10 | 1 L _ _ _ _] | 2 L _ _] | 3 L _ _ _ _] | 4 |

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE A 100 % POUR TOUT OU PARTIE DES SOINS PAR LA SECURITE SOCIALE

1. Personne en incapacité permanente par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
2. Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité
3. Pensionné malade ou blessé de guerre
4. Personne atteinte d'une maladie "de longue durée" =====>
5. Femme enceinte depuis au moins 5 mois
6. Enfant ou adulte dans un établissement pour handicapé
7. Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins
8. Autres motifs =====>
9. Motif inconnu

PRECISER LAQUELLE OU LESQUELLES
EN COLONNE 25

PRECISER LEQUEL OU LESQUELS EN
COLONNE 25

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| 24. | 25. |
| La personne est-elle prise | Si oui, pour quel motif ? |

en charge à 100 % par la Sécurité sociale ?
 1. oui
 2. non
 3. nsp

Si cette prise en charge est liée à une maladie, où à un autre motif non précisé dans la liste ci-dessus, écrire le nom de cette maladie ou de cet autre motif
 (codes 4 et 8)

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 01 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 02 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 03 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 04 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 05 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 06 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 07 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 08 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 09 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

26.
 La personne bénéficie-t-elle de l'AIDE MEDICALE GRATUITE (A. M. G.) ?

27. Y a-t-il des personnes qui ne vivent pas avec l'assuré principal et qui sont rattachées à sa couverture maladie obligatoire de la Sécurité sociale ?
 par exemple, un enfant chez un parent séparé, un conjoint séparé, ...
 oui 1 ==> 28. Si oui, combien :
 non 2
 ne sait pas 3

ENQUETEUR <-----

Si oui, faire la liste de ces ayants droit ci-dessous

- 1. oui
- 2. non
- 3. nsp

LISTE DES AYANTS DROIT DE L'ASSURE PRINCIPAL QUI NE VIVENT PAS AVEC LUI :

| N° | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | LIEN avec l'assuré principal | SEXE | |
|---|--------|-------------------|--------------------------------------|------|---|
| | | | | 1 | 2 |
| I N D I V I D U E | | | 1. conjoint | M | F |
| | | | 2. enfant | A | E |
| | | | 3. autres (préciser) | S | M |
| | | | | C | I |
| | | | | U | N |
| | | | | L | I |
| | | | | I | N |
| 11 |  | ____\|____\|____\| | 1 2 3 | 1 | 2 |
| 12 |  | ____\|____\|____\| | 1 2 3 | 1 | 2 |
| 13 |  | ____\|____\|____\| | 1 2 3 | 1 | 2 |
| 14 |  | ____\|____\|____\| | 1 2 3 | 1 | 2 |

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

29. L'ASSURE PRINCIPAL A-T-IL UN MEDECIN GENERALISTE HABITUEL ?

oui 1

non 2 ==> passer page suivante

ne sait pas 3 ==> passer page suivante

30. SI OUI, LE MEDECIN EST-IL ?

Conventionné avec la Sécurité sociale SANS dépassement du tarif conventionnel 1

Conventionné avec la Sécurité sociale AVEC dépassement du tarif conventionnel
(honoraires libres) 2

Non conventionné 3

Ne sait pas 4

| 31. | 31 bis | 31 ter | 32. | |
|---|--|--|---|--------------------------|
| <p>La personne bénéficiante d'une Mutuelle ou Assurance ou autre Couverture Complémentaire MALADIE en plus de la couverture obligatoire de la Sécurité sociale</p> <p>1. oui ==></p> | <p>La personne est-elle</p> <p>1. Assurée elle-même</p> <p>2. Ayant-droit d'une autre personne</p> <p>3. Ne sait pas</p> | <p>La personne est-elle assurée</p> <p>1. Par son entreprise ou celle d'une autre personne du ménage car c'est obligatoire</p> <p>2. Par son entreprise ou celle d'une autre personne du ménage mais ce n'est pas obligatoire</p> <p>3. Directement par une mutuelle (hors mutuelle d'entreprise) ou une assurance</p> <p>4. Ne sait pas</p> | <p>Nom et localisation de la Couverture Complémentaire principale (sigle, intitulé développé et adresse la plus précise possible)</p> | |
| <p>2. non</p> <p>3. ne sait pas</p> | <p>==> Passer à la personne suivante</p> | | | <p>réservé chiffrage</p> |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |
| <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3</p> | <p>1 2 3 4</p> | <p>_____</p> | |

| | | | | |
|-------|-------|---------|--|-------|
| 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 4 | | _____ |
| 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 4 | | _____ |
| 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 4 | | _____ |
| 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 4 | | _____ |

| 33. | | 34. | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <p>POUR CHACUN DES TYPES DE SOINS SUIVANTS, COMMENT LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE REMBOURSE-T-ELLE LA PART QUI N'EST PAS PRISE EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE DE LA SECURITE SOCIALE ?</p> <p>En intégralité 1</p> <p>Bien 2</p> <p>Moyennement 3</p> <p>Mal 4</p> <p>Très mal 5</p> <p>Pas du tout 6</p> <p>Ne sait pas 7</p> | | <p>Jusqu'à quel niveau a-t-elle poursuivi ses études</p> <p>1. Non scolarisé Jamais scolarisé</p> <p>2. Maternelle Primaire CEP DFEO</p> <p>3. Premier cycle 6ème 5ème 4ème 3ème Technique jusqu'à CAP et BEP</p> <p>4. Second cycle 2nde 1ère Terminale BT Bac Technique Baccalauréat</p> <p>5. Supérieur</p> <p>6. Autres Préciser</p> | |
| | | <p>Enquêteur</p> <p>demande des précisions :</p> <p>Bien 80 %</p> <p>Moyennement 60 %</p> <p>Mal 40 %</p> <p>Très mal 20 %</p> | <p>Si l'enquêté</p> <p>de la part non remboursée par la Sécurité sociale</p> |
| Lunettes | Prothèse dentaire (couronne par ex) | Soin de spécialiste | |

| | | | | |
|----|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 01 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 02 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 03 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 04 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 05 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 06 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 07 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 08 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 09 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |
| 10 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 |

| 35. | 36. | 37. | 38. | 39. |
|---|-----|--------------------------------|-----|---|
| <p>OCCUPATION PRINCIPALE</p> <p>01. Actif travaillant actuellement</p> <p>02. Actif en congé longue maladie</p> <p>03. Actif en congé maternité</p> | | | | <p>Quelle est sa PROFESSION ?</p> <p>(avec le plus de précision possible)</p> |
| <p>04. Retraité ou retiré des affaires</p> <p>05. Veuf ou veuve Titulaire d'une pension de réversion</p> | | <p>A-t-elle déjà travaillé</p> | | <p>Quelle est sa DERNIERE PROFESSION ?</p> <p>(ou celle de son mari si</p> |

| | | | | | | |
|--|-------|---|--------------------------------|--|--|--|
| 06. Chômeur | } ==> | Si elle ne travaille pas, est-ce pour raison de santé ? | 1. oui | En quelle année a-t-elle cessé de travailler | la personne est une femme veuve et titulaire d'une pension de reversion, n'ayant jamais travaillé) | |
| 07. Personne au foyer (y compris congé parental) | | 1. oui | 2. non | | | |
| 08. Inactif avec pension d'invalidité | | Si oui, pour quelle maladie ? | si veuf passer à la Q39, sinon | | | |
| 09. Autre inactif | | 2. non | | | | |
| passez à la personne suivante | | | | | | |
| 10. Militaire du contingent | } ==> | | | | | |
| 11. Etudiant ou élève | | passez à la personne suivante | | | réserve | |
| 12. Enfant non scolarisé, bébé | | | | | chiffre-ment | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | 1 2 | 1 2 | 19 | ..... |  |

| | | | | | | |
|------------|------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------|
| 40. | 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. |
| Est-elle : | Est-elle ==> fonction- | Est-elle : =====> | De quel type est son contrat ? | 1. à durée indéterminée (CDI) ¶ | Craint-elle d'être obligée | Combien |

| | naire | | 1. OS, manoeuvre 2. Ouvrier qualifié 3. Employé 4. Technicien 5. Agent de maîtrise 6. Ingénieur, cadre, prof. intellectuelle sup. 7. Refus | | 2. à durée inférieure ou égale à 6 mois 3. à durée sup. à 6 mois 4. intérim 5. travail saisonnier 6. contrat emploi-solidarité 7. contrat emploi-formation 8. autres, précisez | de cesser son activité professionnelle pour des raisons économiques d'ici un an ? | d'heures travaillées par semaine ? |
|----------------|----------------------------|--|--|--------------------|--|---|------------------------------------|
| 1. Salarié => | 1. oui 2. non | | | Nombre de salariés | | 1. oui 2. non 3. nsp | |
| 2. Non salarié | | 1. Agriculteur 2. Artisan 3. Industriel, commerçant 4. Profession libérale | | | | | |
| Etait-elle | Etait-elle fonctionnaire : | Etait-elle : | | Nombre de salariés | | | |
| 1. Salarié => | 1. oui 2. non | 1. OS, manoeuvre 2. Ouvrier qualifié 3. Employé 4. Technicien 5. Agent de maîtrise 6. Ingénieur, cadre, prof. intellectuelle sup. 7. Refus | 1. OS, manoeuvre 2. Ouvrier qualifié 3. Employé 4. Technicien 5. Agent de maîtrise 6. Ingénieur, cadre, prof. intellectuelle sup. 7. Refus | | | | |
| 2. Non salarié | | 1. Agriculteur 2. Artisan 3. Industriel, commerçant 4. Profession libérale | 1. Agriculteur 2. Artisan 3. Industriel, commerçant 4. Profession libérale | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 01 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 02 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 03 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 04 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 05 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 06 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |
| 07 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | \|\|\| |

| | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 08 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 1 2 | 1 2 | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3 | <input type="checkbox"/> |

Enquêteur

Présentez les questionnaires santé et éventuellement les questionnaires hospitalisation, fréquentation d'établissement spécialisé et couverture complémentaire.

Pour aider l'enquêté, prenez deux exemples de consommation (1 séance de médecin, 1 médicament) et remplissez les tableaux ci-dessous en même temps que l'enquêté remplit son Carnet de Soins bleu.

47. UN EXEMPLE DE SEANCE DE MEDECIN :

| DATE | PRENOM | LIEU | QUELS SOINS OU EXAMENS VOUS A-T-ON FAIT ? |
|-----------|--------|---|--|
| Jour Mois | | A=au cabinet du médecin B=chez vous C=autre, précisez | Ex : une consultation, un électrocardiogramme, une radio du genou, etc... |
| | | | |

| QUI LES A FAITS ? | POUR QUELLE MALADIE OU QUEL MOTIF ? | AVEZ-VOUS PAYE QUELQUECHOSE ? | SI OUI, COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ? |
|---|---|--|----------------------------------|
| Ex : un généraliste, un spécialiste (préciser), une infirmière, un dentiste, etc... | Ex : grossesse, accident, contraception, vaccination, infirmité, prévention, etc... | A=oui, la totalité B=oui, mais une partie seulement C=non, précisez pourquoi | |
| | | | |

UN EXEMPLE DE MEDICAMENT

| DATE | PRENOM | MEDICAMENT OU APPAREIL | QUANTITE CONTENUE DANS UNE BOITE | NOMBRE DE BOITES |
|-----------|--------|--|----------------------------------|------------------|
| Jour Mois | | Nom du produit, Dosage (0,5g), Forme (comprimés, gélules, millilitres...) | | |
| | | | | |

| POUR QUELLE MALADIE OU QUEL MOTIF ? Ex : grossesse, accident, contraception, vaccination, infirmité, prévention, etc etc... | A-T-IL ETE PRESCRIT SUR UNE ORDONNANCE ? | AVEZ-VOUS PAYE QUELQUECHOSE ? A=oui, la totalité B=oui, mais une partie seulement C=non, précisez pourquoi | SI OUI, COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ? |
|--|--|---|----------------------------------|
| | | | |

48. COMMENTAIRES EVENTUELS DE L'ENQUETE :

.....
.....

Annoncez que vous reviendrez dans 1 mois environ, pour récupérer le carnet de soins et les questionnaires.

Prendre rendez-vous |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| Heure de fin de visite |_|_|_| |_|_|_|
 jour mois heure mn heure mn

Commentaires éventuels de l'enquêteur sur cette première visite :

.....
.....

DEUXIEME VISITE

Jour |_|_|_| mois |_|_|_| heure de début |_|_|_| h |_|_|_| mn

ENQUETEUR

- RECUPERER :
- les questionnaires "Hospitalisation", "Fréquentation d'Etablissement Spécialisé" et "Couverture Complémentaire" s'il y a lieu
 - les questionnaires "Santé".
 - le carnet de soins.

VERIFIER avec l'enquêté que les documents sont correctement remplis et que toutes les questions ont été répondues.

REPRENDRE tout particulièrement le "Carnet de Soins" pour s'assurer que pour chaque consommation l'enquêté a bien inscrit :

- * la date des soins, ou d'achat de médicaments ou d'appareil.

- * le prénom, ou éventuellement "pour tous".

* le lieu des soins : si ce n'est pas au cabinet du médecin ou chez la personne, il faut préciser où.

* la nature des soins :

- la spécialité du médecin ==> généraliste, dentiste, pédiatre, gynécologue, cardiologue, O.R.L, psychiatre, dermatologue, gastro-entérologue, ophtalmologue, homéopathe, acupuncteur, etc...
- les actes qui ont été fait au cours de la visite : électrocardiogramme, frottis, échographie, etc...
- le nom détaillé de l'analyse, ou de la radio : analyse de sang, radio du poignet, etc...
- le service d'hospitalisation.

* pour les médicaments ne pas oublier d'indiquer en se référant éventuellement aux emballages conservés :

- le nom du médicament, le dosage, la forme : comprimés, gélules, sirop, etc... ; le nombre de boites ; la quantité par boite ; si le médicament a été prescrit ou pas.

* le nom de la maladie ou le motif de la séance ou de l'achat de médicament ou d'appareil.

* la somme payée par l'assuré, pour chaque séance ou médicament ou appareil. S'il n'a rien payé, il faut préciser pourquoi.

REMERCIER de la participation.

ENQUETEUR

Entourez ici le numéro de la personne interviewée : 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

49. HIER, C'EST-A-DIRE (y compris dimanche et jour férié) DES PERSONNES DU MENAGE ONT-ELLES DU ?

oui non

Rester au lit pour raison de santé 1 2 ... si oui, qui ? |_|_| |_|_|

Ne pas travailler pour raison de santé..... 1 2 ... si oui, qui ? |_|_| |_|_|

Diminuer leur activité professionnelle 1 2 ... si oui, qui ? |_|_| |_|_|
pour raison de santé

Ne pas accomplir leur travail domestique 1 2 ... si oui, qui ? |_|_| |_|_|
pour raison de santé

Diminuer leur activité domestique 1 2 ... si oui, qui ? |_|_| |_|_|
pour raison de santé

| |
|-----------------------|
| Enquêteur |
| Numéros des personnes |
| (voir page 4). |

Voir un médecin..... 1 2 ... si oui, qui ? [] []

50. AVEZ-VOUS VECU DEPUIS ENVIRON 1 AN, UN EVENEMENT QUI VOUS A BEAUCOUP MARQUE COMME, LE DECES D'UN PROCHE, UNE SEPARATION, LE CHOMAGE, UNE MALADIE OU UN ACCIDENT ?

oui 1 ==> Si oui, lequel :

non 2

ne sait pas 3 [] []

[] []

51. VOS PARENTS SONT-ILS ENCORE VIVANTS ?

1. oui, tous les deux

2. oui, mon père ==> [Précisez cause du décès de la mère :
Année du décès : [] [] [] [] [] []

3. oui, ma mère ==> [Précisez cause du décès du père :
Année du décès : [] [] [] [] [] []

4. non =====> [■ Précisez cause du décès du père :
Année du décès : [] [] [] [] [] []
■ Précisez cause du décès de la mère :
Année du décès : [] [] [] [] [] []

52. AVANT D'AVOIR ATTEINT VOS 18 ANS, AVEZ-VOUS CONNU DES EVENEMENTS FAMILIAUX GRAVES OU DES DIFFICULTES IMPORTANTES, TELLES QUE :

| | oui | non |
|--|-----|-----|
| | 1 | 2 |

GRAVES PROBLEMES DE SANTE

Si oui, lesquels :

MALADIE, HANDICAP OU ACCIDENT GRAVE DU PERE 1 2

Si oui, lesquels :

MALADIE, HANDICAP OU ACCIDENT GRAVE DE LA MERE 1 2

Si oui, lesquels :

SEPARATION OU DIVORCE DES PARENTS 1 2

GRAVES DISPUTES OU MESENTENTES ENTRE LES PARENTS 1 2

CONFLITS OU DISPUTES GRAVES AVEC VOS PARENTS 1 2

UN GRAND MANQUE D'AFFECTION 1 2

UNE SITUATION MATERIELLE DIFFICILE 1 2

D'AUTRES EVENEMENTS 1 2

Si oui, lesquels : [] []

53. ETES-VOUS DE NATIONALITE FRANCAISE ?

1. oui ==> L'étiez-vous à votre naissance ou l'avez-vous acquise depuis ?

Français de naissance 1

Français par acquisition 2 ==> Quelle est votre nationalité d'origine ? []

2. non ==> Quelle est votre nationalité ? (en clair) []

54. SI LE LOGEMENT EST UN PAVILLON OU UN APPARTEMENT :

Combien avez-vous de pièces principales dans votre logement ? (sauf cuisine et salle de bains) []

55. AVEZ-VOUS LE TELEPHONE ? 1. oui 2. non

56. Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois (ou par an si vous préférez) de toutes les personnes vivant avec vous, y compris revenus autres que salariaux : allocations, rentes, Bénéfices industriels commerciaux (BIC), Bénéfices non commerciaux (BNC), Bénéfices agricoles (BA) :

Entourez

| PAR MOIS | \|\| V | PAR AN |
|---------------------------------------|-------|--------------------------------------|
| moins de 3 000 Francs | 1 | moins de 36 000 Francs |
| de 3 000 à moins de 4 500 Francs | 2 | de 36 000 à moins de 54 000 Francs |
| de 4 500 à moins de 5 500 Francs | 3 | de 54 000 à moins de 66 000 Francs |
| de 5 500 à moins de 6 500 Francs | 4 | de 66 000 à moins de 78 000 Francs |
| de 6 500 à moins de 8 000 Francs | 5 | de 78 000 à moins de 96 000 Francs |
| de 8 000 à moins de 9 500 Francs | 6 | de 96 000 à moins de 114 000 Francs |
| de 9 500 à moins de 12 000 Francs ... | 7 | de 114 000 à moins de 144 000 Francs |
| de 12 000 à moins de 15 000 Francs .. | 8 | de 144 000 à moins de 180 000 Francs |
| de 15 000 à moins de 20 000 Francs .. | 9 | de 180 000 à moins de 240 000 Francs |
| plus de 20 000 Francs | 10 | plus de 240 000 Francs |
| refus | 11 | |
| ne sait pas | 12 | |

57. AVEZ-VOUS DES OBSERVATIONS OU DES COMMENTAIRES A FAIRE AU SUJET DE CETTE ENQUETE ?

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

FIN DE LA VISITE ET DE L'ENQUETE h mn

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR SUR LA FACILITE DE L'ACCEPTATION, LE CLIMAT DE L'ENTRETIEN, LA QUALITE DES REPONSES, ETC... :

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

| RECUPERER A LA DEUXIEME VISITE | |
|--------------------------------|--|
| <u> </u> | QUESTIONNAIRE "SANTE" |
| <u> </u> | QUESTIONNAIRE "HOSPITALISATION" (rose) |
| <u> </u> | QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT SPECIALISE" (vert) |
| <u> </u> | QUESTIONNAIRE "COUVERTURE COMPLEMENTAIRE" |

| N° | 13. | | 14. | 15. |
|----|----------------|---|--------------------------------------|-------------------|
| | P | I | PRENOM(S) EN LETTRES CAPITALES | DATE DE NAISSANCE |
| | en-tou- rer | | ASSURE PRINCIPAL sur la lère ligne | V |
| 01 | 1 | | | _____ |
| 02 | 1 | | | _____ |
| 03 | 1 | | | _____ |
| 04 | 1 | | | _____ |
| 05 | 1 | | | _____ |
| 06 | 1 | | | _____ |
| 07 | 1 | | | _____ |
| 08 | 1 | | | _____ |
| 09 | 1 | | | _____ |
| 10 | 1 | | | _____ |

