

**ENQUETE SUR LA SANTE ET LA PROTECTION SOCIALE**

_6_	_	_2_	_ _ _ _ _ _ _
Année	Vague	Mode d'enquête	N0

Département de l'enquêté : |\_|\_|

Nom de l'enquêteur : ..... |\_|\_|\_|

**QUESTIONNAIRE PRINCIPAL**

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire**.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

## ENQUETEUR : INSTRUCTIONS POUR TROUVER LA PERSONNE A INTERROGER

**L'assuré principal** est la personne tirée au sort dans le fichier des assurés de la Sécurité sociale, et dont le nom figure sur la fiche adresse. **C'est l'assuré principal qui doit être enquêté en priorité.**

Au moins 3 visites, réparties sur 2 semaines à des jours et des heures différents (y compris un samedi), sont obligatoires avant de considérer qu'une personne ne peut être jointe.

Dans quel cas n'avez-vous pas à effectuer l'interview ?

**L'assuré principal ne fait plus partie du foyer :**

- \* l'assuré principal est décédé,
- \* l'assuré principal est domicilié dans une maison de retraite ou une autre institution pour personnes âgées et n'est pas en état de répondre lui-même à l'enquêteur,
- \* l'assuré principal n'habite plus à cette adresse ou est inconnu à cette adresse ;  
dans ce cas, essayez d'obtenir ses nouvelles coordonnées et s'y rendre si l'adresse n'est pas trop éloignée

Dans les trois cas précédents, **vous ne devez pas réaliser l'interview**, même si vous rencontrez une autre personne dans le foyer.

Dans quel cas pouvez-vous interroger une autre personne du foyer ?

**L'assuré principal fait bien partie du foyer, c'est à dire habite bien à cette adresse mais :**

- \* il est absent pour plus d'une semaine (quel que soit le motif de son absence : service national, en vacances, en prison...),
- \* il refuse de répondre (quelle que soit la raison de son refus),
- \* il ne peut pas répondre pour diverses raisons (ne comprend pas le français, n'est jamais là aux heures possibles d'enquête, ...)

Dans les trois cas précédents, **vous devez chercher si une autre personne majeure du foyer accepte de répondre à sa place**

Dans quel cas devez-vous prendre rendez-vous ou revenir à un autre moment ?

**L'assuré principal fait bien partie du foyer mais :**

- \* il est absent pour moins d'une semaine (quel que soit le motif de son absence),
- \* il n'est pas présent au moment de l'enquête mais on vous indique à quel moment revenir pour le rencontrer.

1. D'une manière générale, pensez-vous que durant ces dernières années, l'état de santé de la population s'est :

- 1 beaucoup amélioré     2 un peu amélioré     3 n'a pas varié     4 un peu détérioré     5 beaucoup détérioré  
 6 sans opinion

2. Quelle est, selon vous, l'influence sur l'état de santé de : (1 réponse par ligne)

	très importante	importante	moyennement importante	peu importante	pas du tout importante	sans opinion
de l'activité physique	1	2	3	4	5	6
de l'alimentation	1	2	3	4	5	6
des conditions de travail	1	2	3	4	5	6
des soins reçus	1	2	3	4	5	6
de l'environnement	1	2	3	4	5	6
des tensions dans la famille	1	2	3	4	5	6

3. La dernière fois qu'un médecin généraliste vous a prescrit un ou des médicaments :

Avez-vous acheté tous les médicaments prescrits ?

- 1 oui tous  
 2 une partie seulement, pourquoi ? .....    
 3 non, pourquoi ? .....

Avez-vous pris chaque jour la quantité prescrite ?

- 1 oui, pour tous les médicaments  
 2 oui, pour certains seulement, pourquoi ? .....    
 3 non, pourquoi ? .....

Le traitement est-il terminé ?  1 oui  2 non

(Si oui) Avez-vous pris vos médicaments pendant toute la durée pour laquelle ils vous avaient été prescrits ?

(Si non) Avez-vous pris, jusqu'à ce jour, tous les médicaments qui vous ont été prescrits ?

- 1 oui, tous  
 2 oui, certains seulement, pourquoi ? .....    
 3 non, pourquoi ? .....

4. Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

- 1 oui     2 non    Si oui : ↓

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
<b>Pour quels soins ? (3 réponses possibles)</b>			
01 - prothèses dentaires	01	01	01
02 - autres soins dentaires	02	02	02
03 - lunettes (verres, montures, lentilles)	03	03	03
04 - consultations et soins de spécialiste <i>précisez sa spécialité</i>	04 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05 - consultations, visites et soins de généraliste	05	05	05
06 - radios et autres examens d'imagerie	06	06	06
07 - pharmacie	07	07	07
08 - kinésithérapie, massages	08	08	08
09 - analyses de laboratoires	09	09	09
10 - autres <i>précisez</i>	10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Etait-ce au cours des douze derniers mois ?</b>	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non
<b>Qu'avez-vous fait ?</b>			
- avez-vous renoncé définitivement à ces soins ou les avez-vous reporté dans le temps ?	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 1 renoncé <input type="checkbox"/> 2 reporté <input type="checkbox"/> 3 nsp encore
- vous êtes-vous soigné différemment ?	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non

5. Au cours de l'année passée, avez-vous déjà demandé un délai pour payer certains de vos soins (par exemple : un encaissement de chèque retardé...) ?

- 1 oui     2 non

Si oui, à qui s'adressait cette demande ?

- 1 un généraliste  
 2 un spécialiste, précisez sa spécialité .....    
 3 un dentiste  
 4 un kinésithérapeute  
 5 une infirmière  
 6 un laboratoire d'analyse  
 7 un hôpital ou une clinique  
 8 autre, précisez .....

**LISTE DES PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT**

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 ou 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.

*Enquêteur : Tous les renseignements relatifs à l'assuré principal (qui est la personne dont le nom et le prénom sont inscrits sur la fiche adresse) sont impérativement inscrits sur la première ligne, que ce soit l'assuré principal qui réponde ou une autre personne. Dans la mesure du possible et pour éviter d'oublier une personne dans le foyer, recenser les autres personnes du foyer par âge décroissant. Entourez **impérativement** dans la question 6 le chiffre 1 sur la ligne de la personne qui répond.*

9	10	11	12	13	14	15
<b>LIEN</b> avec l'assuré principal <i>(qui se trouve sur la première ligne)</i>  01. conjoint, concubin 02. enfant 03. père, mère 04. frère, soeur 05. autre : précisez	<b>SEXE</b>  1. masculin 2. féminin	<b>ETAT MATRIMONIAL</b> <i>(1 seule réponse ; une personne vivant en couple (code 1), prévaut sur les codes 2 et 3)</i>  <b>La personne est-elle :</b> 1. mariée ou vivant maritalement 2. divorcée ou séparée 3. veuve 4. célibataire	<b>Des personnes du foyer sont-elles ABSENTES POUR PLUS D'UN MOIS ?</b>  <i>(enquêteur : entourer le chiffre 1 sur la ligne des personnes absentes)</i>	<b>La personne a-t-elle été HOSPITALISEE au cours des trois derniers mois ?</b>  1. oui →  2. non →	<b>Si oui combien de fois ?</b>  sortez le(s) questionnaire(s) rose(s)	<b>Fréquente-t-elle un établissement pour HANDICAPES ?</b>  1. oui sortez le questionnaire vert  2. non
0	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2
01 02 03 04 05 .....	1 2	1 2 3 4	1	1 2	_ _	1 2

**Passer à la page suivante ⇒**

**L'état de santé pouvant être lié aux conditions de travail, je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre activité professionnelle :**

16	17	18	19	20
<p><b>OCCUPATION PRINCIPALE</b>  <i>(une seule réponse : la notion d'activité (codes 1,2, 3,4, 5) prévaut sur l'inactivité (de 6 à 10) ;  ex : une personne veuve mais active sera active (code1) ; une personne veuve mais retraitée sera retraitée (4))</i></p> <p><b>La personne est-elle :</b></p> <p>01. actif travaillant actuellement</p> <p>02. actif en congé longue maladie (entre 6 mois et 3 ans)</p> <p>03. actif en congé de maternité</p>				<p><b>Quelle est sa profession ?</b> →</p> <p><i>(avec le plus de précisions possible)</i></p>
04. retraité ou retiré des affaires				→ <b>Quelle est sa dernière profession ?</b> →
<p>05. chômeur</p> <p>06. femme (ou homme) au foyer  <i>(y compris congé parental)</i></p> <p>07. inactif avec pension d'invalidité</p> <p>08. autre inactif, précisez</p> <p>09. militaire du contingent</p>	<p><b>Si elle ne travaille pas est-ce pour raison de santé ?</b></p> <p>1. oui  <i>pour quelle maladie ?</i></p> <p>2. non</p>	<p><b>A-t-elle déjà travaillé ?</b></p> <p>1. oui</p> <p>2. non</p>	<p><b>Si oui, en quelle année a-t-elle cessé de travailler ?</b></p>	<p>→ <b>Quelle est sa dernière profession ?</b> →</p> <p>→ passez à la personne suivante</p>
10. veuve inactive	<p><b>Si elle ne travaille pas est-ce pour raison de santé ?</b></p> <p>1. oui  <i>pour quelle maladie ?</i></p> <p>2. non</p>	<p><b>A-t-elle déjà travaillé ?</b></p> <p>1. oui</p> <p>2. non</p>	<p><b>Si oui, en quelle année a-t-elle cessé de travailler ?</b></p>	<p>→ <b>Quelle est sa dernière profession ?</b> →</p> <p>→ <b>Quelle est la dernière profession de son conjoint (défunt)</b> →</p>
11. étudiant ou élève	Passer à la personne suivante			
12. enfant non scolarisé, bébé				
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	1 ..... 2	1 2	19  __ __	.....  __ __

21	22	23	24	25	26	27	28
<b>Est-elle :</b> 1. fonctionnaire de l'Etat 2. fonctionnaire des collectivités locales (mairies, hôpitaux publics, conseils régionaux...) 3. salarié agricole 4. salarié non fonctionnaire, non agricole ----- 5. non salarié →	<b>Est-elle :</b> 1. OS, manoeuvre 2. ouvrier qualifié 3. employé 4. technicien, agent de maîtrise, prof. intermédiaires 5. ingénieur, cadre, profession intellectuelle supérieure ----- 1. agriculteur exploitant 2. artisan 3. industriel, commerçant 4. profession libérale	nombre de salariés	<b>De quel type est son contrat ?</b> 1. à durée indéterminée 2. à durée déterminée de plus de 6 mois 3. à durée déterminée de 6 mois ou moins 4. intérim 5. travail saisonnier 6. contrat aidé type CES, CIE, CQ 7. autre, préciser	<b>Craint-elle d'être obligée de cesser son activité professionnelle pour des raisons économiques d'ici un an ?</b> 1. oui 2. non 3. n.s.p.	<b>Combien d'heures travaille-t-elle par semaine hors trajet ?</b>	<b>Combien de jours travaillez-vous par semaine ?</b>	<b>En moyenne, par jour, quelle est la durée de votre trajet domicile-travail aller/retour</b>
<b>Etait-elle :</b> 1. fonctionnaire de l'Etat 2. fonctionnaire des collectivités locales (mairies, hôpitaux publics, conseils régionaux...) 3. salarié agricole 4. salarié non fonctionnaire, non agricole ----- 5. non salarié →	<b>Etait-elle :</b> 1. OS, manoeuvre 2. ouvrier qualifié 3. employé 4. technicien, agent de maîtrise, prof. intermédiaires 5. ingénieur, cadre, profession intellectuelle supérieure ----- 1. agriculteur exploitant 2. artisan 3. industriel, commerçant 4. profession libérale	nombre de salariés	passer à la personne suivante ----- passer à la personne suivante				
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	_____	1 2 3 4 5 6 7 -----	1 2 3	_____	_____	_____ mn ou ____ h ____ mn

29	30	31	32
<p><b>Poursuit-elle actuellement des études ?</b></p> <p>1. oui</p> <p>2. non</p>	<p><b>(Si non), jusqu'à quel niveau a-t-elle poursuivi ses études ?</b>  <b>(Si oui), quel est son niveau d'études actuel ?</b></p> <p>1. non scolarisé, jamais scolarisé</p> <p>2. maternelle, primaire, CEP</p> <p>3. premier cycle : 6ème, 5ème, 4ème, 3ème, technique jusqu'à CAP et BEP</p> <p>4. second cycle : 2nde, 1ère, Terminale, Bac Technique, Bac</p> <p>5. Etudes supérieures au Bac</p> <p>6. autres, préciser</p>	<p><b>La personne bénéficie-t-elle de l'AIDE MEDICALE (A.M.G.) ou d'une CARTE SANTE type Paris Santé ou Passeport Rhône Soins ?</b></p> <p>1. oui</p> <p>2. non</p> <p>3. n.s.p.</p>	<p><b>La personne perçoit-elle le REVENU MINIMUM D'INSERTION (R.M.I.) ?</b></p> <p>1. oui</p> <p>2. non</p> <p>3. n.s.p.</p>
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3
1      2	1      2      3      4      5      6	1      2      3	1      2      3



**LE REGIME OBLIGATOIRE DE L'ASSURANCE MALADIE**

REGIMES RATTACHES AU REGIME GENERAL	REGIMES NON RATTACHES AU REGIME GENERAL
<p><b>210</b> : Régime général des salariés</p> <p><b>220</b> : Fonctionnaires et ouvriers de l'Etat</p> <p><b>225</b> : Agents des collectivités locales</p> <p><b>230</b> : EDF-GDF</p> <p><b>240</b> : Etudiants</p> <p><b>250</b> : Médecins, dentistes, auxiliaires médicaux conventionnés</p> <p><b>260</b> : Assurés volontaires, assurés personnels</p> <p><b>270</b> : Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)</p> <p><b>275</b> : Invalides de guerre</p> <p><b>276</b> : Titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale</p> <p><b>280</b> : Régime local Alsace-Moselle</p> <p><b>285</b> : Autre régime général (cultes, artistes....) : précisez <i>notez en clair dans la case</i></p>	<p><b>300</b> : Régime agricole ASA (salariés agricoles)</p> <p><b>301</b> : Régime agricole ASA + Alsace Moselle</p> <p><b>305</b> : Régime agricole AMEXA (exploitants agricoles)</p> <p><b>306</b> : Régime agricole AMEXA + Alsace Moselle</p> <p><b>310</b> : SNCF, MINES, RATP</p> <p><b>320</b> : Militaires de carrière</p> <p><b>330</b> : Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) Artisans, commerçants, industriels, libéraux, médecins à honoraires libres (appelée également CANAM)</p> <p><b>340</b> : Autres régimes particuliers, précisez <i>notez en clair dans la case</i></p>

**33. La personne est-elle protégée par l'Assurance Maladie obligatoire de la Sécurité sociale ....**

...oui, car elle travaille, elle est retraité(e), étudiant(e), veuve de pensionné, invalide ...	... oui, car elle est AYANT-DROIT d'une personne qui vit avec elle, dans ce foyer	... oui, car elle est AYANT-DROIT d'une personne ne vivant pas ici, avec elle	... non
Quel est son régime ?	De qui est-elle ayant-droit ? (n° d'ordre individuel)	Quel est son régime ?	
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4
1    _ _ _	2    _ _	3    _ _ _	4

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

**Motifs médicaux**

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 » ⇒ *précisez laquelle ou lesquelles*
5. Femme enceinte depuis au moins 5 mois
6. Enfant ou adulte dans un établissement pour handicapé

**Motifs non médicaux**

7. Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins
8. R.M.I. (Revenu Minimum d'Insertion)
9. A.M.G. (Aide Médicale Gratuite)
10. Autres ⇒ *précisez lequel ou lesquels*

34				35		
La personne est-elle prise en charge à 100% par la Sécurité sociale ? 1. oui 2. non 3. n.s.p.				Si oui, pour quel(s) MOTIF(S) ? <i>Si cette prise en charge est liée à une maladie ou à un autre motif non précisé dans la liste ci-dessus (codes 4 et 10), écrire le nom de cette maladie ou de cet autre motif</i>		
				motif 1	motif 2	motif 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		_ _	_ _	_ _
1	2	3		_ _	_ _	_ _

36. Quelqu'un dans votre foyer bénéficie-t-il d'une COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE, c'est à dire d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une caisse de prévoyance qui vous rembourse de vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale ?

1 oui       2 non

Si non, passez à la page suivante

37. Nous allons maintenant parler plus précisément des différentes couvertures complémentaires maladie qui existent dans votre foyer

Enquêteur :

une colonne correspond à un organisme et une personne assurée ; exemple : si 2 conjoints (n°01 et 02) enseignants actifs sont tous deux assurés à la MGEN, c'est à dire possèdent chacun un contrat : la 1ère colonne (couverture 1) contiendra MGEN et personne assurée 01 ; la 2ème colonne contiendra MGEN et personne assurée 02

	COUVERTURE 1					COUVERTURE 2				
Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? <i>(sigle, intitulé développé et adresse précise)</i>	.....					.....				
	.....					.....				
	.....					.....				
Quelle est la personne qui est assurée à cette couverture complémentaire ? <i>enquêteur : 1 seule réponse possible ; si 2 réponses après relance, recopier le nom de l'organisme dans une autre colonne</i>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Cette personne est-elle assurée : 1. par son entreprise car c'est obligatoire 2. par son entreprise mais ce n'est pas obligatoire 3. directement à son initiative 4. autre ; précisez	1 2 3 4 .....					1 2 3 4 .....				
Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Y-a-t-il une autre couverture complémentaire dans le foyer ?	si oui, passer à la couverture 2, si non, tourner la page					si oui, passer à la couverture 3, si non tourner la page				

	COUVERTURE 3					COUVERTURE 4				
Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? <i>(sigle, intitulé développé et adresse précise)</i>	.....					.....				
	.....					.....				
	.....					.....				
Quelle est la personne qui est assurée à cette couverture complémentaire ? <i>enquêteur : 1 seule réponse possible ; si 2 réponses après relance, recopier le nom de l'organisme dans une autre colonne</i>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Cette personne est-elle assurée : 1. par son entreprise car c'est obligatoire 2. par son entreprise mais ce n'est pas obligatoire 3. directement à son initiative 4. autre ; précisez	1 2 3 4 .....					1 2 3 4 .....				
Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Y-a-t-il une autre couverture complémentaire dans le foyer ?	si oui, passer à la couverture 4, si non, tourner la page					si oui, passer à la couverture 5, si non tourner la page				

	COUVERTURE 5					COUVERTURE 6				
Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? <i>(sigle, intitulé développé et adresse précise)</i>	.....					.....				
	.....					.....				
	.....					.....				
Quelle est la personne qui est assurée à cette couverture complémentaire ? <i>enquêteur : 1 seule réponse possible ; si 2 réponses après relance, recopier le nom de l'organisme dans une autre colonne</i>	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Cette personne est-elle assurée : 1. par son entreprise car c'est obligatoire 2. par son entreprise mais ce n'est pas obligatoire 3. directement à son initiative 4. autre ; précisez	1 2 3 4 .....					1 2 3 4 .....				
Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05
	06	07	08	09	10	06	07	08	09	10
Y-a-t-il une autre couverture complémentaire dans le foyer ?	si oui, passer à la couverture 6, si non, tourner la page									

<b>A poser pour toutes les personnes de 70 ans et plus</b>	N° de la personne concernée Prénom : _____	N° de la personne concernée Prénom : _____	N° de la personne concernée Prénom : _____
--	---	---	---

Numéro de la personne qui répond aux questions	N°	N°	N°
<b>38. La personne a-t-elle reçu un carnet médical de la Sécurité sociale ?</b>			
oui .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
non .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<i>Si non ou ne sait pas, passer à la Q43</i>			
<b>39. La personne pense-t-elle que l'utilisation de ce carnet modifie la façon dont elle est soignée ?</b>			
modifie certainement en mieux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
modifie peut-être en mieux	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
modifie peut-être en moins bien	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
modifie certainement en moins bien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
ne modifie pas .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>40. Lorsque la personne va consulter un médecin, emporte-t-elle son carnet médical ?</b>			
toujours .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
souvent .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
parfois .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
jamais .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<b>41. La personne pense-t-elle que ce carnet limite les possibilités qu'elle a (ou que la personne a) de consulter un généraliste de son choix ?</b>			
limite .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ne limite pas .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<b>42. La personne pense-t-elle que ce carnet limite les possibilités qu'elle a (ou que la personne a) de consulter un spécialiste de son choix ?</b>			
limite .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ne limite pas .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3

**43. Commentaires éventuels de l'enquêteur sur l'enquête:** .....

.....

.....

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

Prendre rendez-vous | | | | | | | | | | Durée de la visite | | | | | | | | | |

jour mois heure mn

mn

**Enquêteur,  
n'oubliez pas de remplir  
le bilan ci-contre**

**45. Avez-vous le téléphone ?**  1 oui  2 non

Si oui, notez ce numéro de téléphone sur la fiche adresse et annoncez que vous appellerez quelques jours avant le rendez-vous prévu pour confirmer celui-ci.

**Commentaires éventuels de l'enquêteur sur cette première visite :** .....

.....

.....

**DEUXIEME VISITE**

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

**Pouvez-vous effectuer la 2ème visite ?**

- 1 oui
- 2 non car il n'y avait personne au rendez-vous
- 3 non car la personne ne veut pas continuer l'enquête
- 4 autre, précisez .....

**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 qu'il n'y a pas de questions sans réponse.

**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** de la personne concernée par les soins ou cette acquisition (qui n'est pas forcément celle qui a acheté les médicaments à la pharmacie), 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 faits 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 boîtes ; la quantité par boîte ; 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.
- **s'il n'y a pas eu de consommation de médicaments, indiquez en travers de la 1ère page de médicaments : « ABSENCE DE CONSOMMATION ». Faire de même sur la 1ère page de soins médicaux (« ABSENCE DE SOINS MEDICAUX ») et la 1ère page des remboursements (« ABSENCE DE REMBOURSEMENTS »)**

**REMERCIER** de la participation.

**BILAN**

**DOCUMENTS LAISSES A LA 1ère VISITE**

**A RECUPERER A LA 2ème VISITE**

- |\_\_| |\_\_| QUESTIONNAIRE « SANTE » (saumon)
- |\_\_| |\_\_| QUESTIONNAIRE « HOSPITALISATION » (rose)
- |\_\_| |\_\_| QUESTIONNAIRE « ETABLISSEMENT SPECIALISE » (vert)
- |\_\_| |\_\_| QUESTIONNAIRE « COUVERTURE COMPLEMENTAIRE » (jaune)
- |\_\_| |\_\_| CARNET DE SOINS (bleu)

<b>ENQUETEUR :</b>									
46. Entourez ici le numéro de la personne interviewée :	01	02	03	04	05	06	07	08	09
10									

47. On dit souvent que les événements importants ou la qualité des relations dans la famille ou dans le travail peuvent avoir un retentissement sur la santé.

**Avez-vous, au cours de votre vie, été victime d'un ou plusieurs accidents graves ?**

1 oui       2 non

48. Si oui lesquels :

accident du travail       1 oui       2 non

accident de la circulation (personnel ou professionnel)       1 oui       2 non

accident dans la vie domestique       1 oui       2 non

accident dans les loisirs       1 oui       2 non

autre : préciser .....       1 oui       2 non

|\_|\_|\_|

49. **Avez-vous vécu, depuis environ un an, UN ÉVÉNEMENT QUI VOUS A BEAUCOUP MARQUÉ, comme le décès d'un proche, une séparation, le chômage, une maladie, un accident, un mariage ou une naissance ?**

1 oui, heureux      Si oui, lequel (ou lesquels) .....

2 oui, malheureux      Si oui, lequel (ou lesquels) .....

3 non      |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

4 ne veut pas répondre      |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

50. **Avant d'avoir atteint vos 18 ans, avez-vous connu des événements familiaux graves ou des difficultés importantes, telles que :**

graves problèmes de santé       1 oui       2 non      si oui, lesquels .....

décès du père       1 oui       2 non

maladie, handicap ou accident grave du père       1 oui       2 non      si oui, lesquels .....

décès de la mère       1 oui       2 non

maladie, handicap ou accident grave de la mère       1 oui       2 non      si oui, lesquels .....

séparation ou divorce des parents       1 oui       2 non

graves disputes ou mésentente entre les parents       1 oui       2 non

conflits ou disputes graves avec vos parents       1 oui       2 non

un grand manque d'affection       1 oui       2 non

une situation matérielle difficile       1 oui       2 non

d'autres événements       1 oui       2 non      si oui, lesquels .....

|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

51. **Vos parents sont-ils encore vivants ?**

1. oui, tous les deux

2. oui, mon père → [ précisez la cause du décès de la mère : .....  
année du décès : |\_|\_|\_|\_|\_|

3. oui, ma mère → [ précisez la cause du décès du père : .....  
année du décès : |\_|\_|\_|\_|\_|

4. non → [ précisez la cause du décès de la mère : .....  
année du décès : |\_|\_|\_|\_|\_|  
précisez la cause du décès du père : .....  
année du décès : |\_|\_|\_|\_|\_|

5. ne sait pas

*S'il y a plus d'une personne dans le foyer, poser Q52, sinon allez page suivante*

52. **Pensez-vous que les relations dans votre foyer soient actuellement satisfaisantes ?**

1 tout à fait satisfaisantes

2 plutôt satisfaisantes

3 peu satisfaisantes

4 pas du tout satisfaisantes

5 ne veut pas répondre

Si la personne est active ou étudiante, poser Q53. Sinon aller Q59

53. Pensez-vous que vos relations avec vos collègues de travail ou d'études soient actuellement satisfaisantes ?

- 1 tout à fait satisfaisantes
- 2 plutôt satisfaisantes
- 3 peu satisfaisantes
- 4 pas du tout satisfaisantes
- 5 NSP, refus

54. Les relations que vous avez avec votre généraliste ou le généraliste qui vous soigne habituellement vous semblent-elles satisfaisantes ?

- 1 tout à fait satisfaisantes
- 2 plutôt satisfaisantes
- 3 peu satisfaisantes
- 4 pas du tout satisfaisantes
- 5 NSP, refus
- 6 non concerné (pas de généraliste) -----> passer à Q55

55. A votre avis, les explications qu'il vous donne sur vos traitements sont-elles satisfaisantes ?

- 1 tout à fait satisfaisantes
- 2 plutôt satisfaisantes
- 3 peu satisfaisantes
- 4 pas du tout satisfaisantes
- 5 ne veut pas répondre

56. Lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter à la fin de son ordonnance un ou plusieurs médicaments ?

- 1 oui       2 non

57. Si oui, était-ce : parce que vous en aviez besoin

- 1 oui       2 non

parce que vous souhaitiez vous faire rembourser un médicament déjà acquis

- 1 oui       2 non

pour une autre raison, ↓

- 1 oui       2 non

précisez ..... | | | |

58. Pour quels troubles de santé était destiné ce (ou ces) médicament(s) ? .....

.....

59. Etes-vous de nationalité française ?

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) ..... | | | |

Depuis quelle année êtes-vous en France ? 19 | | | |

60. 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	↓	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	

61. Avez-vous des observations ou des commentaires à faire au sujet de cette enquête ?

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

Fin de la visite et de l'enquête |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| mn

Observations de l'enquêteur sur la facilité de l'acceptation, le climat de l'entretien, la qualité des réponses, etc... :

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

<b>Enquêteur, remplir le bilan ci-dessous :</b>	
Le dossier comporte-t-il un carnet de soins ( <i>bleu</i> ) ?	<input type="checkbox"/> 1 oui
	<input type="checkbox"/> 2 non, car ne l'a pas rempli
	<input type="checkbox"/> 3 non, car n'a eu aucune consommation
dans le mois	
Combien y-a-t-il de questionnaires santé ( <i>saumon</i> ) ?	__ __
questionnaires hospitalisation ( <i>rose</i> ) ?	__ __
questionnaires établissement spécialisé ( <i>vert</i> ) ?	__ __
questionnaires couverture complémentaire ( <i>jaune</i> ) ?	__ __