

I.n.s.e.e.

République Française

Institut National de la Statistique et
des Etudes Economiques

18, Bd Adolphe Pinard, 75675 PARIS Cédex 14

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de fin 2000

Deuxième passage auprès des personnes vivant en institution

Dossier d'interview

RGES. Région de gestion

NUMENQ. Identifiant de l'enquêteur

NUMFA. N° fiche-adresse

NOMET. Nom de l'établissement _____

DATENQ. Date de l'interview

NUMHID. Identifiant de l'individu HID

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.

Label n° 2000 X 721 EC du Conseil National de L'Information Statistique, valable pour l'année 2000.

Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de la Direction Régionale de l'INSEE qui effectue l'enquête.

I. Partie à remplir avec le personnel de l'établissement

TYPET. Indiquez ici le type d'établissement (voir carte de codes 0).....

--	--	--	--	--	--	--	--

NBPENS. Indiquez ici le nombre de pensionnaires de l'établissement
ou du service concerné

--	--	--	--	--	--	--	--

Uniquement pour les Institutions pour personnes âgées:

LITSCM. Dont pensionnaires en S.C.M. (Section de Cure Médicale)

--	--	--	--	--	--	--	--

Affichage des données de la personne concernée par l'interview :
(→ ENQUÊTEUR.. Rectifiez s'il y a lieu les données inexactes)

ANOM. Nom _____

APRENOM. Prénom _____

ASEXE . Sexe

ADANAI. Date de naissance

AENTRE. Date d'entrée dans cette institution
Mois Année

TNOC1. Cette personne est-elle toujours présente de façon habituelle
dans votre établissement ?

(y compris accueil de jour ou simple hébergement de nuit)

1. Oui.....

1 → **HEBERG**

2. Non

2

Si la personne n'est plus là :

TNOC31. Où se trouve cette personne actuellement ?

1. Dans un ménage ordinaire en France

1

2. Dans un ménage collectif en France

2

3. Dans une institution sanitaire et sociale en France

3

4. Dans un pays étranger

4

5. Disparue sans laisser d'adresse

5

6. Décédée

6

8. Ne veut pas répondre

8

9. Ne sait pas

9

→ **Enquêteur :** Relevez la date du décès, ou la date du départ ainsi que la nouvelle adresse de la personne, puis passez à l'interview de la personne suivante.

→ **Filtre** : S'il s'agit d'un établissement pour personnes âgées (TYPET=1.x)
ou d'une unité de soins de longue durée (TYPET=4) →→→→→→→→→→→→→ **IMEDIC**

HEBERG¹. Quel est maintenant son mode d'accueil ?

- 1. Pensionnaire à plein temps 1
- 2. Hébergement de nuit, mais en général absente le jour 2
- 3. N'est plus accueillie que pendant la journée 3

Uniquement dans les Institutions pour personnes âgées:

IMEDIC. Cette personne est-elle en section de cure médicale ? :

- 1. Oui 1
- 2. Non 2

● **Taux d'invalidité ou d'incapacité**

Il y a deux ans, la situation de la personne vis à vis de chacun des organismes ci-dessous était la suivante... ↗

Est-ce toujours le cas ?

[Affichage des taux relevés en 1998]		1. Oui 2. Non, la situation a évolué → → 3. Erreur de déclaration en 1998 → 8. Ne veut pas répondre 9. Ne sait pas	Taux actuel <i>(notez '0' si la personne n'a pas ou n'a plus de taux d'incapacité)</i>
- Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVAL1	<input type="checkbox"/> ITAUX1
- Taux d'incapacité lié à un accident du travail.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVAL2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITAUX2
- Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVAL3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITAUX3
- Taux lié à une pension militaire d'invalidité.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVAL4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITAUX4
- Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVAL5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ITAUX5

→ **Filtre** : si la personne a moins de 16 ans, →→→→→→→→→→→→→→→→→ **PAUSE**
et c'est un tiers qui doit répondre au questionnaire (personnel soignant, éducateur, parent)

¹ Tous les individus interrogés il y a deux ans et encore présents dans l'établissement doivent être interviewés, même ceux n'ayant plus le statut de pensionnaire.

Si la personne a 16 ans ou davantage:

IAPTE. La personne est elle apte à répondre au questionnaire ?

- | | |
|--|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → ACCEPI |
| 2. Oui, mais avec l'assistance d'un tiers..... | <input type="checkbox"/> 2 → PAUSE |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

ITUTEL. La personne est elle placée sous tutelle ? (non compris curatelle, tutelle aux prestations sociales, sauvegarde de justice)

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → RECAPI |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 → PAUSE |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 → PAUSE |

RECAPI1. POUR L'ENQUETEUR :

Dans le cas d'une personne inapte à répondre et sous tutelle, l'INSEE est tenu par la loi de demander l'accord du tuteur avant toute interview concernant son protégé.

La consultation du tuteur peut être menée par l'enquêteur ou par l'institution, sous forme orale (directe ou téléphonique) ou écrite. Dans le cas où le tuteur, consulté par courrier, ne répondrait pas dans un délai d'un mois, l'interview pourra être réalisée à l'issue de ce délai.

Question paramétrée suivant les réponses précédentes :

PAUSE. La personne peut-elle être interrogée maintenant ?

ou Un tiers est-il disponible maintenant pour aider la personne à répondre ?

ou Un tiers est-il disponible maintenant pour répondre à la place de la personne ?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Abandon en cours d'enquête | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Refus du tuteur | <input type="checkbox"/> 4 |

→ **Pour l'enquêteur :** *Si non, prenez rendez-vous et passez à l'interview de la personne suivante.*

II. Questionnaire individuel

ACCEP1. Acceptez-vous de répondre à un questionnaire portant sur votre état de santé et ses conséquences sur votre vie quotidienne ?

- | | |
|---|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → REPQ1 |
| 2. Oui, mais avec l'assistance d'un tiers | <input type="checkbox"/> 2 → REPQ1 |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

ACCEP2. Autorisez-vous quelqu'un (*membre du personnel soignant, éducateur, parent ou ami...*) à répondre à votre place ?

- | | |
|--|---|
| 1. Oui, j'accepte que quelqu'un réponde à ma place | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 → fin |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

REPQ1². POUR L'ENQUÊTEUR : *l'interview individuelle est maintenant commencée. Indiquez qui répond au questionnaire :*

- | | |
|---|---|
| 1. La personne concernée répond seule (<i>ou un interprète traduit ses réponses</i>)..... | <input type="checkbox"/> 1 → AMEMO |
| 2. La personne concernée répond avec l'aide de quelqu'un d'autre | <input type="checkbox"/> 2 → AMEMO |
| 3. C'est un tiers qui répond à la place de la personne concernée | <input type="checkbox"/> 3 |

Si c'est un tiers qui répond et si c'est déjà un tiers qui avait répondu en 98:

PROXY. Est-ce vous qui aviez déjà répondu pour cette personne lors de l'enquête de 1998 ?

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> 1 → AHNOUV |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 → AHNOUV |
| 9. Je ne me souviens plus | <input type="checkbox"/> 9 |

Si la personne concernée participe à la réponse (REPQ1=1 ou 2) :

AMEMO. Vous souvenez-vous que je vous avais déjà interrogé (ou qu'un autre enquêteur de l'INSEE vous avait interrogé) il y a deux ans?

- | | |
|--------------|----------------------------|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |

² La réponse à la question REPQ1 permet de filtrer plusieurs questions ultérieures. Elle sert également à paramétrer la formulation de toutes les questions suivantes selon que l'on s'adresse à la personne elle-même ou à un tiers : par exemple la question BTOI1 sera formulée « Faites-vous votre toilette sans aide ? » si la personne concernée participe à l'interview (REPQ1=1 ou 2) ou « Fait-il (elle) sa toilette sans aide ? » si c'est un tiers qui répond (REPQ1=3).

Module A : Relevé de la nature et de l'origine des problèmes de santé

• Maladies chroniques, déficiences, handicaps

AHNOUV. Comment ça va depuis 1998 : si vous aviez des problèmes dus à votre santé se sont-ils arrangés ou aggravés ? ou avez-vous dû en supporter de nouveaux ?

- | | |
|--|--|
| 1. Des problèmes nouveaux, des guérisons ou des évolutions | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Pas de changement notable | <input type="checkbox"/> 2 → MOD. B |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 → MOD. B |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 → MOD. B |

colonne 1	colonne 2												
<p><i>S'il y a eu des changements depuis 1998:</i> Pouvez-vous nous décrire ces changements ?</p>	<p>Nature (cf. carte 1)</p>												
<p>- Rappel : LES PROBLEMES DE 1998 : (<i>affichage des problèmes déclarés lors de l'interview effectuée en 1998</i>)</p> <p>ADEF01 -----</p> <p>ADEF02 -----</p> <p>ADEF(i) -----</p> <p>ADEF10 -----</p> <p>ADEF11 -----</p>	<p>ANAT01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANAT02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANAT(i) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANAT10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANAT11 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>- LES NOUVEAUX PROBLÈMES : (<i>si la personne déclare des problèmes de santé non mentionnés dans la liste de 1998 ci-dessus, notez les en clair ci-dessous, sans rien y modifier</i>)</p> <p>ADECRI1-----</p> <p>ADECRIj-----</p> <p>ADECRI7-----</p>	<p style="text-align: center;">Nature (cf. carte 1)</p> <p>ANATN1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANATNj <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ANATN7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>												
<p>- LES ÉVOLUTIONS DES PROBLÈMES DE 1998 : (<i>en cas d'améliorations, aggravations ou disparitions des problèmes de santé figurant dans la liste de 1998 ci-dessus, notez le numéro du problème concerné, la nature en clair de l'évolution et codez-la</i>)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Numéro de 1998</th> <th style="width: 50%;">Nature en clair</th> <th style="width: 30%;">Nature codée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANEV1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>AEVO1 -----</td> <td>ANATE1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANEVi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>AEVOi-----</td> <td>ANATEi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANEV6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>AEVO6 -----</td> <td>ANATE6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Numéro de 1998	Nature en clair	Nature codée	ANEV1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVO1 -----	ANATE1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANEVi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVOi -----	ANATEi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANEV6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVO6 -----	ANATE6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numéro de 1998	Nature en clair	Nature codée											
ANEV1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVO1 -----	ANATE1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
ANEVi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVOi -----	ANATEi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
ANEV6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AEVO6 -----	ANATE6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											

Module A : Relevé de la nature et de l'origine des problèmes de santé

Pour l'enquêteur : Les quatre colonnes figurant dans ces deux pages doivent être remplies comme suit :

- les lignes "problèmes de 1998" vous rappellent ce qui avait alors été déclaré par le répondant et chiffré.
- les lignes "nouveaux problèmes" sont à remplir par vous. Les colonnes 1 et 3 (remplies en premier) doivent contenir le texte en clair des réponses de la personne interviewée. Ce texte vous servira à repérer les causes d'incapacités que vous relèverez dans le reste du questionnaire. Il sera d'autre part utilisé pour le chiffrage qui sera effectué ultérieurement, selon les nomenclatures internationales, par des codificateurs spécialisés. les colonnes 2 et 4 devront être chiffrées par vous
- les lignes "évolutions des problèmes de 1998" sont à remplir de la même façon. N'oubliez pas de noter le numéro de la déficience dans la liste qui vous est appelée.

• Origine des problèmes cités

colonne 3	colonne 4
Pouvez-vous indiquer, pour chacun des troubles que vous venez d'indiquer, son origine ?	Origine (cf. carte 2)
<p>- Rappel : ORIGINES DES PROBLEMES DE 1998 : (<i>affichage des réponses fournies par la personne interviewée en 1998</i>)</p> <p>AOR01 -----</p> <p>AOR02 -----</p> <p>AOR(i) -----</p> <p>AOR10 -----</p> <p>AOR11 -----</p>	<p>ACOD01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOD02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOD(i) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOD10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOD11 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- <u>ORIGINE DES NOUVEAUTES</u> : <i>si la personne déclare, maintenant ou plus tard des maladies ou autres problèmes de santé non mentionnés dans la liste de 1998 ci-contre en haut, notez-en l'origine en clair ci-dessous, sans rien y modifier</i></p> <p>AORN1 -----</p> <p>AORNj -----</p> <p>AORN7 -----</p>	<p>Origine (cf. carte 2)</p> <p>ACODN1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACODNj <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACODN7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- <u>ORIGINE DES EVOLUTIONS</u> : <i>notez ci-dessous en clair et chiffrez ci-contre à droite l'origine ou les circonstances des évolutions mentionnées dans la page ci-contre à gauche</i></p> <p style="text-align: center;">Origine en clair</p> <p>AOEV1 -----</p> <p>AOEV(i) -----</p> <p>AOEV6 -----</p>	<p>Origine (cf. carte 2)</p> <p>Origine codée</p> <p>ACOEV1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOEVi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ACOEV6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Module B : Description des incapacités

→ Dans ce module, la plupart des réponses sont affectées d'un "niveau de difficulté", de "A" (aucune difficulté) à "D" (incapacité à faire sans aide). A la fin de chacun des six chapitres, le programme compare ces niveaux à ceux des réponses enregistrées en 1998. Pour chaque réponse différant d'au moins deux degrés, il ouvre un questionnement de confirmation et description des améliorations et/ou détériorations repérées.

→ **Filtre** : pour les enfants de moins de 5 ans →→→→→→→→→→→→→→→→→→ **BMOB1**

• **Toilette** (concerne l'hygiène corporelle)

BTOI1. Faites-vous votre toilette sans l'aide de quelqu'un ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne se lave pas | <input type="checkbox"/> 0 | A |
| 1. Oui, sans aide et sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, sans aide mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés en raison de mes difficultés physiques | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés pour des raisons psychologiques (<i>phobie de l'eau, adolescent en opposition</i>) | <input type="checkbox"/> 4 | B |
| 5. Non, j'ai besoin d'une aide partielle (<i>par exemple pour les pieds, les jambes, le bas du dos...</i>) | <input type="checkbox"/> 5 | C |
| 6. Non, j'ai besoin d'aide pour tout | <input type="checkbox"/> 6 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

• **Habillage** : s'habiller, se déshabiller, se présenter

BHAB1. Vous habillez-vous et déshabillez-vous entièrement sans aide ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : n'a pas besoin de s'habiller (<i>reste en pyjama...</i>) | <input type="checkbox"/> 0 | A |
| 1. Oui, je me débrouille sans aide et sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, je me débrouille sans aide mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, je me débrouille sans aide mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, quelqu'un me prépare les vêtements que je dois mettre | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 5. Non, quelqu'un m'aide pour les choses difficiles (<i>par exemple : les chaussettes, chaussures, les bas, ...</i>) ou pour les fermetures (<i>boutons, fermetures éclair...</i>) | <input type="checkbox"/> 5 | C |
| 6. Non, j'ai besoin d'une aide pour tout | <input type="checkbox"/> 6 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

● **Alimentation : manger les aliments préparés**

BALI1. Coupez-vous votre nourriture sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : nourri au goutte à goutte | <input type="checkbox"/> 0 | C |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Nourri d'aliments mixés | <input type="checkbox"/> 5 | C |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BALI2. Vous servez-vous à boire sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne boit pas | <input type="checkbox"/> 0 | A |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ **Filtre** : Si la personne est nourrie au goutte à goutte (BALI1=0) → → → → → → → → → **BCHG1**

BALI3. Une fois que la nourriture est prête, mangez-vous et buvez-vous sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

●●● **Confirmation et description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement, ou l'alimentation**

BCHG1 → *Diagnostic porté par le programme. Les réponses 1 et 2 peuvent coexister. Chacune ouvre un ensemble symétrique de questions de "confirmation".*

- | | |
|--|---|
| 1. Les réponses fournies indiquent une détérioration depuis 1998 | <input type="checkbox"/> 1 → BDECFAI |
| 2. Les réponses fournies indiquent un amélioration depuis 1998 | <input type="checkbox"/> 2 → BAMCFAI |
| 3. Pas de changement notable | <input type="checkbox"/> 3 → BELII |

BDECFA1. Vous dites que vous avez maintenant besoin d'aide pour
[Affichage des actes pour lesquels la personne a maintenant besoin d'aide]
alors que ce n'était pas le cas il y a deux ans.

Pouvez-vous me confirmer que vous avez plus de difficultés à [...] ?

- 1. Oui, j'ai plus de difficultés
- 2. Non, on ne peut pas dire qu'il y ait vraiment eu un changement
- 9. C'est difficile à dire, ou je ne me souviens pas vraiment

- 1
- 2 → **BELII**
- 9 → **BELII**

BDEDEA1. Cette difficulté est-elle apparue d'un coup, ou plutôt progressivement ?

- 1. D'un coup ou en très peu de temps (*chute, accident, maladie aiguë...*)
- 2. Ça s'est produit petit à petit (*vieillesse, évolution d'une maladie chronique...*)
- 9. C'est difficile à dire, ou je ne me souviens pas vraiment

- 1
- 2
- 9

A quoi pensez-vous que c'est dû (ou "que vous est-il arrivé") ? (*possibilité de réponses simultanées*) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des nouveaux problèmes et des évolutions d'anciens problèmes figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("N1" à "N7" pour les nouveaux problèmes, "E1" à "E6" pour les évolutions) dans les bacs de droite ; si elle n'y figure pas, notez "0" pour un "nouveau problème" ou pour "l'évolution non encore déclarée d'un ancien problème" puis saisissez le en clair avant de remplir sa nature (nouveau problème ou évolution d'un ancien), de demander sa cause ou origine et de coder sa nature et son origine

Si la personne ne sait pas, notez "99" en BDEORA1

- Cause numéro 1
- Cause numéro 2
- Cause numéro 3
- Cause numéro 4
- Cause numéro 5

- BDEORA1
- BDEORA2
- BDEORA3
- BDEORA4
- BDEORA5

BAMCFA1. Vous dites que vous n'avez maintenant plus besoin d'aide pour
[Affichage des actes que la personne fait maintenant sans aide]
alors que ce n'était pas le cas il y a deux ans.

Pouvez-vous me confirmer cette amélioration ?

- 1. Oui, j'ai moins de difficultés
- 2. Non, on ne peut pas dire qu'il y ait vraiment eu un changement
- 9. C'est difficile à dire, ou je ne me souviens pas vraiment

- 1
- 2 → **BELII**
- 9 → **BELII**

BAMDEA1. Cette amélioration est-elle apparue d'un coup, ou plutôt progressivement ?

- 1. D'un coup ou en très peu de temps (*opération, acquisition d'aides techniques...*)
- 2. Ça s'est produit petit à petit (*atténuation ou guérison d'une maladie chronique, habitude...*)
- 9. C'est difficile à dire, ou je ne me souviens pas vraiment

- 1
- 2
- 9

A quoi pensez-vous que c'est dû (ou "que vous est-il arrivé") ? (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des nouveaux problèmes et des évolutions d'anciens problèmes figurant en page 6 : si la réponse figure page 6, mettez le chiffre correspondant ("N1" à "N7" pour les nouveaux problèmes, "E1" à "E6" pour les évolutions) dans les bacs de droite ; si elle n'y figure pas, notez "0" pour un "nouveau problème" ou pour "l'évolution non encore déclarée d'un ancien problème" puis saisissez le en clair avant de remplir sa nature (nouveau problème ou évolution d'un ancien), de demander sa cause ou origine et de coder sa nature et son origine

Si la personne ne sait pas, notez "99" en BAMORA1

- | | |
|----------------------|--|
| Cause numéro 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BAMORA1 |
| Cause numéro 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BAMORA2 |
| Cause numéro 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BAMORA3 |
| Cause numéro 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BAMORA4 |
| Cause numéro 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BAMORA5 |

• **Elimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale**

BELI1. Vous servez-vous des toilettes sans l'aide de quelqu'un ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne me sers pas des toilettes | <input type="checkbox"/> 0 | D |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Oui, mais il faut qu'on me le rappelle car j'ai tendance à oublier | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 5. Non, il faut que quelqu'un m'aide | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BELI2. Avez-vous des difficultés pour contrôler vos selles ou vos urines ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------------|
| 0. Sans objet: anus artificiel et sonde vésicale | <input type="checkbox"/> 0 | C |
| 1. Non, jamais | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| | | → BCHG2 |
| 2. Oui, parfois, mais seulement les urines | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, souvent ou assez souvent, mais seulement les urines | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Oui, mais seulement les selles | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 5. Oui, les selles et les urines | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | → BCHG2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | → BCHG2 |

→ **Filtre** : Si la personne a un anus artificiel et une sonde vésicale (BELI2=0) →→ **BCHG2**

BELI3. Si oui, vous débrouillez-vous sans aide quand cela vous arrive ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, j'ai parfois besoin d'aide | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 5. Non, j'ai toujours besoin d'aide pour me changer | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

••• Confirmation et description des évolutions de difficultés d'élimination

BCHG2 → Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 9 à 11).

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "2", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA6 à 10 et BAMORA6 à 10

• Mobilité : introduction et filtrage

BMOB1. Habituellement (en dehors d'un accident ou d'une maladie passagère) êtes-vous obligé(e) de rester en permanence ...

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. ...au lit | <input type="checkbox"/> 1 | D |
| 2. ...dans votre chambre | <input type="checkbox"/> 2 | C |
| 3. ...à l'intérieur du bâtiment de l'institution..... | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, je peux sortir | <input type="checkbox"/> 4 | A |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ **Filtres** : Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→ **BCHG3**

Pour les enfants de moins de 5 ans →→→→→→ (BCHG3) puis →→→→ **BCOH3**

• Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir

BTRA1. Vous couchez-vous et vous levez-vous du lit sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BTRA2. Vous asseyez-vous et vous levez-vous de votre siège sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne peut se tenir en position assise | <input type="checkbox"/> 0 | D |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ *Filtre : Si la personne est confinée dans sa chambre (BMOB1=2) →→→→→ BCHG3*

• Déplacements à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...)

BDPI1. Vous déplacez-vous sans aide dans toutes les pièces de l'étage où vous êtes ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 1. Oui, je le fais sans aide | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais seulement dans certaines pièces de l'étage | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Non, j'ai en général besoin d'aide pour me déplacer d'une pièce à l'autre | <input type="checkbox"/> 3 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BDPI2. Pouvez-vous monter ou descendre un étage d'escalier sans l'aide d'une autre personne ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : n'en a jamais l'occasion (pas d'étage, ascenseur...) | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut l'aide de quelqu'un | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Non, je ne me déplace qu'en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BDPI3. Utilisez-vous l'ascenseur sans l'aide d'une autre personne ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : n'en a jamais l'occasion (pas d'ascenseur...) | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut l'aide de quelqu'un | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ **Filtres** : Si la personne est confinée à l'intérieur de l'institution (BMOB1=3) →→ **BACH2**
 Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→→→ **BDPE2**

• **Déplacements à l'extérieur** (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)

BDPE1. Sortez-vous de l'institution sans aide ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet: Non autorisé à sortir | <input type="checkbox"/> 0 | D |
| 1. Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais je ne sors que rarement | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de l'institution | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un, en raison de mes <i>difficultés physiques</i> | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un, en raison de mes <i>difficultés psychologiques ou émotionnelles</i> | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BDPE2. Quelle est la plus longue distance que vous pouvez parcourir seul(e) (en marchant avec ou sans cannes, béquilles..., ou en fauteuil roulant) sans vous arrêter et sans être gravement incommodé(e) ? (si la personne ne peut se déplacer seule, noter "000" ; si au contraire elle déclare faire au moins un kilomètre, noter "997")

_____|_____|_____|_____| m

→ **Filtre** : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→→→ **BACH2**

• **Achats : acquisition directe ou par correspondance**

BACH1. Est-ce vous qui faites tous vos achats ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 1. Oui, je le fais sans aide et sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, je le fais sans aide mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, je le fais sans aide mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, je ne m'occupe que d'une partie de mes achats | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 5. Non, je ne m'en occupe pas du tout | <input type="checkbox"/> 5 | D |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BACH2. Pouvez-vous porter un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans difficultés | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, sans trop de difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés..... | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

●●● Confirmation et description des évolutions de difficultés de transferts, de déplacements, d'achats.

BCHG3 → *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 9 à 11).*

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "3", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA11 à 15 et BAMORA11 à 15

● Communication à distance (utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...)

BTEL³. Vous servez-vous seul(e) du téléphone?

- 0. Sans objet : n'a pas accès au téléphone 0
- 1. Oui, j'appelle et je répons seul(e) et sans aucune difficulté 1
- 2. Oui, je le fais seul(e), mais je n'appelle qu'un petit nombre de numéros 2
- 3. Oui, je répons seul(e) mais je ne peux pas appeler quelqu'un 3
- 4. Non, je n'y arrive pas seul(e)..... 4
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 9. Ne sait pas 9

BALE1. En cas de problème, quand vous êtes seul(e), appelez-vous à l'aide ? (sonnette, alarme, téléphone,...)

- 0. Sans objet : n'est jamais seul(e) 0
- 1. Oui 1 **A**
- 2. Oui, mais je n'ai aucune garantie de réponse 2 **A**
- 3. Non, je n'ai aucun moyen 3 **A**
- 4. Non, je ne le fais jamais 4 **C**
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

³ Question non posée lors du premier passage en 1998. La réponse à cette question n'est donc pas prise en compte dans l'algorithme de mesure d'évolution des incapacités.

• **Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée**

→ *Filtre : Si c'est la personne qui répond seule (REPQ1=1) →→→→→→→→→→ BCOH3*

BCOH1. La personne communique-t-elle avec son entourage sans l'aide de quelqu'un ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne communique pas avec les gens (<i>autiste,...</i>) | <input type="checkbox"/> 0 | D |
| 1. Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un | <input type="checkbox"/> 4 | C |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BCOH3⁴. Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger (*risque de vous blesser...*) ?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Non, jamais | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, parfois | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, souvent | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BCOH4. Vous reproche-t-on parfois d'être trop agressif ou impulsif ?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Non, jamais | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, parfois | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, souvent | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BCOH2. Arrive-t-il qu'on critique votre comportement pour d'autres raisons (*que l'agressivité ou l'impulsivité*) ?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Non, rarement | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, parfois | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, souvent | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

⁴ Dans le questionnaire du premier passage (HID98), les questions étaient posées dans l'ordre BCOH2 - BCOH3 - BCOH4. De plus, on pose maintenant ces 3 questions à toute la population alors qu'en 1998, BCOH3 et BCOH4 n'étaient posées que pour les moins de 15 ans, et BCOH2 uniquement aux 15 ans et davantage

• **Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux**

→ *Filtre : Pour les enfants de moins de 5 ans →→→→→→→→→→→→→→→→* **BCHG4**

BORI1. Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Non, jamais | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, parfois | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, toujours | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ *Filtre : Si la personne est confinée à l'intérieur de l'institution (BMOB1 <=3) →→* **BCHG4**

BORI2. Avez-vous des difficultés à trouver ou retrouver votre chemin quand vous sortez ?

- | | | |
|--|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique | <input type="checkbox"/> 0 | A |
| 1. Non, jamais | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s) | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

••• **Confirmation et description des évolutions de difficultés de cohérence, de communication, et d'orientation.**

BCHG4 → *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 9 à 11).*

Attention : La comparaison ne portera pas sur les questions non posées en 1998 (BCOH2 pour les moins de 15 ans en 1998, BCOH3 et BCOH4 pour les 15 ans et plus de 1998).

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "4", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA16 à 20 et BAMORA16 à 20

• Vue, ouïe, parole

→ **Filtre** : Si la personne est devenue aveugle depuis 1998 (ANATN[i]=2.1) →→→ **BVUE**

BSEN1. Voyez-vous bien de près ? (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés ... avec vos lunettes ou lentilles si vous en avez)

- | | | |
|---|----------------------------|---------------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté..... | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Non | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Sans objet. La personne était déjà aveugle en 1998 et n'a pas déclaré d'amélioration en 2000 | <input type="checkbox"/> 5 | → BVUE |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BSEN2. Reconnaissez-vous le visage d'une personne à 4 mètres ? (avec vos lunettes ou lentilles si vous en avez)

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Non | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ **Filtre** : Si la personne n'a pas déclaré de difficultés de vision aux questions précédentes (BSEN1 <3 et BSEN2 <3) →→→→→→→→→→→→→→→→ **BSEN3**

BVUE. Etes-vous ...

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Mal-voyant | <input type="checkbox"/> 1 | C |
| 2. Partiellement aveugle (quelques possibilités de vision, par exemple la distinction de silhouettes) | <input type="checkbox"/> 2 | D |
| 3. Totalement aveugle (ou avec seule perception de la lumière) | <input type="checkbox"/> 3 | D |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

→ **Filtre** : Si la personne est devenue totalement sourde depuis 1998 (ANATN[i]=3.1) → **BSEN4**

BSEN3. Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation (si besoin avec l'aide de votre appareil auditif ?)

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans difficulté, même s'il y a plusieurs personnes | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Non | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Sans objet. La personne était déjà totalement sourde en 1998 et n'a pas déclaré d'amélioration en 2000 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BSEN4. Avez-vous des difficultés à parler ? (y compris pour raison de bégaiement)

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : muet(te) | <input type="checkbox"/> 0 | D |
| 1. Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Ne parle pas (<i>autiste,...</i>)..... | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 7. Sans objet : trop jeune | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

••• Confirmation et description des évolutions de difficultés de vision, d'audition et de parole.

BCHG5 → *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 9 à 11).*

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "5", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA21 à 25 et BAMORA21 à 25

• Visites médicales, alcool

Avez-vous eu, au cours des 3 derniers mois, une visite médicale consacrée...

BMED1. ...au contrôle de votre vue ?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

BMED2. ...au contrôle de votre ouïe ?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

BMED3. ...au contrôle de vos dents ?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

BMED4⁵. Avez-vous, au cours des 3 derniers mois, consulté pour un problème d'ordre psychologique, affectif ou mental ?

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 → BALCO1 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 → BALCO1 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 → BALCO1 |

Si oui, quel médecin ou spécialiste ? (possibilité de réponses simultanées)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. Un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> 1 BMED41 |
| 2. Un médecin psychiatre | <input type="checkbox"/> 2 BMED42 |
| 3. Un autre médecin | <input type="checkbox"/> 3 BMED43 |
| 4. Un psychologue ou autre spécialiste non médecin | <input type="checkbox"/> 4 BMED44 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

BPSY. Si oui, Bénéficiez-vous d'un suivi médical régulier pour ces problèmes ?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

→ **Filtre : Pour les personnes de moins de 15 ans →→→→→→→→→→ →→→→ BSOU1**

BALCO1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- | | |
|--|---|
| 0. Sans objet : ne boit pas d'alcool, ou ne boit plus depuis au moins 6 mois ... | <input type="checkbox"/> 0 → BSOU1 |
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

BALCO2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

⁵ Le groupe de questions BMED4 à BALCO4 n'était pas posé lors du premier passage en 1998.

BALCO3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

BALCO4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : Si la personne est déficiente des quatre membres (ANATN[i]=1.2) →→ **BAVIS**

• Souplesse, manipulation

BSOU1. Vous coupez-vous les ongles des orteils sans l'aide de quelqu'un ?

- 0. Sans objet : n'a plus de pieds 0 **A**
- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. Non 4 **D**
- 5. Sans objet. La personne était déjà déficiente des quatre membres en 1998 et n'a pas déclaré d'amélioration en 2000 5 → **BAVIS**
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

BSOU2. Vous servez-vous de vos mains et de vos doigts sans difficulté ? (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...)

- 0. Sans objet : n'a plus de mains 0 **D**
- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. Non 4 **D**
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : Si la personne est déficiente des deux membres inférieurs (ANATN[i]=1.1) ou confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→→→→→→ **BCHG6**

BSOU4. Lorsque vous êtes debout, pouvez-vous vous pencher et ramasser un objet sur le plancher (par exemple une chaussure) ?

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne peut se tenir debout | <input type="checkbox"/> 0 | A |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. Non, il me faut une aide | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

••• Confirmation et description des évolutions de difficultés de souplesse et manipulation.

BCHG6 → *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation.*

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "6", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA26 à 30 et BAMORA26 à 30

• Questions à l'enquêteur :

BAVIS. *D'après ce que vous avez pu constater, la personne souffre-t-elle de déficiences ou handicaps que le questionnaire n'aurait pas permis de relever ?*

- | | | |
|--------------|----------------------------|-----------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 | → mod. C |

Si oui, est ce ... : (possibilité de réponses simultanées)

- | | | |
|---|-----------------------------|--------|
| 10. Une déficience motrice | <input type="checkbox"/> 10 | BAUT10 |
| 20. Une déficience de vision | <input type="checkbox"/> 20 | BAUT20 |
| 30. Une déficience d'audition | <input type="checkbox"/> 30 | BAUT30 |
| 70. Une déficience mentale, intellectuelle ou psychologique | <input type="checkbox"/> 70 | BAUT70 |
| 90. Une (ou plusieurs) autre(s) déficience(s) | <input type="checkbox"/> 90 | BAUT90 |

Module C : Environnement socio-familial

• Couple et famille

→ *Filtre : pour les personnes de moins de 15 ans* →→→→→→→→→→→→→→→→ **CMERVI**

CMATRI. Quel est votre état matrimonial légal ?

- | | |
|---|---|
| 1. Célibataire | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Marié(e) | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Séparé(e) ou en cours de divorce | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 → CCOUP |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 → CCOUP |

CCHTM. La personne a-t-elle le même statut matrimonial qu'en 1998 ?
(réponse fournie automatiquement par l'ordinateur de collecte)

- | | |
|--------------|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → CCOUP |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 * |

** Si non, le programme demande une confirmation du changement*

CCOUP. Actuellement, vivez-vous en couple ?

- | | |
|---|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, mais mon conjoint ne vit pas dans l'institution | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 → CMERVI |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 → CMERVI |

CCHTC. La personne a-t-elle la même situation de couple qu'en 1998 ?
(réponse fournie automatiquement par l'ordinateur de collecte)

- | | |
|--------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → CMERVI |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 * |

** Si non, le programme demande une confirmation du changement*

→ *Filtres : pour les personnes de 85 ans et plus* →→→→→→→→→→→→→→→→ **CFRERE**
pour les personnes dont la mère n'était déjà plus en vie en 1998 →→→→ **CPERVI**

CMERVI. Votre mère est-elle en vie ?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

→ *Filtre : pour les personnes dont le père n'était déjà plus en vie en 1998* →→→→→ **CFRERE**

CPERVI. Votre père est-il en vie ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre..... 8
- 9. Ne sait pas 9

CFRERE. Combien de frères vivants avez-vous aujourd'hui ?

(y compris les demi-frères)

CSOEUR. Combien de soeurs vivantes avez-vous aujourd'hui ?

(y compris les demi-sœurs)

→ *Filtre : pour les personnes de moins de 16 ans* →→→→→→→→→→→→→→→ **CCONTA**

CFILS. Combien de fils vivants avez-vous aujourd'hui ?

(y compris les enfants adoptés)

CFILLE. Combien de filles vivantes avez-vous aujourd'hui ?

(y compris les enfants adoptés)

CCONTA. Parmi les parents que vous venez de me citer, y en a-t-il avec qui vous ayez gardé des contacts ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **CPTENF**
- 8. Ne veut pas répondre..... 8 → **CPTENF**
- 9. Ne sait pas 9 → **CPTENF**

• Relations familiales.

Ce tableau doit être rempli colonne par colonne

CSEXE[i]. Quel est son sexe ?

CAGE[i]. Quel âge a-t-il (elle) ?

CDOM[i]. Habite-t-il (elle) dans ...

- 1. La même institution
- 2. La même ville ou ses environs.....
- 3. La même région
- 4. Plus loin, en France
- 5. A l'étranger.....
- 8. Ne veut pas répondre
- 9. Ne sait pas

CVISIT[i]. A quelle fréquence le (la) voyez-vous ?

- 1. Au moins une fois par jour
- 2. Au moins une fois par semaine
- 3. Au moins une fois par mois
- 4. Plusieurs fois par an
- 5. Une fois par an
- 6. Moins souvent ...
- 7. Jamais
- 9. Ne sait pas

Père col ①	Mère col ②	Conjoint col ③	Enfants ⁶ col ④ et ⑤	Frères, soeurs ⁶ col ⑥ et ⑦
			<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin	<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin
_ _ _ ans	_ _ _ ans	_ _ _ ans	_ _ _ ans	_ _ _ ans
<input type="checkbox"/> 1 → col 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → CPTENF <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 → CPTENF <input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 1 → col 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → col + 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9

⁶ Dans le cas où le nombre d'enfants (resp. frères et soeurs) est supérieur à 2, le questionnaire porte sur les 2 enfants (resp. 2 frères et soeurs) que la personne voit le plus souvent.

→ **Filtre** : pour les personnes de moins de 30 ans →→→→→→→→→→→→→→ **CGDPAR**

CPTENF. Combien de petits-enfants vivants avez-vous aujourd’hui ?

→ **Filtres** : pour les personnes de 80 ans et plus
OU pour les personnes qui n’avaient plus de grands-parents en vie en 1998 →→ **CFAM**

CGDPAR. Combien de grands-parents vivants avez-vous aujourd’hui ? ...

→ **Filtre** : Si c’est la personne concernée qui répond →→→→→→→→→→→→→→ **CAUTRL**

Si ce n’est pas la personne concernée qui répond (REPQ1=3) et si la personne a peu de contacts avec la famille (CVISIT[i] >3) :

CFAM. Quelqu’un de la famille prend-il de temps en temps de ses nouvelles auprès de l’établissement ?

- 1. Au moins une fois par semaine 1
- 2. Au moins une fois par mois 2
- 3. Plusieurs fois par an 3
- 4. Une fois par an 4
- 5. Moins souvent 5
- 6. Jamais 6
- 9. Ne sait pas 9

• **Autres relations familiales ou amicales**

CAUTRL. Y a-t-il d’autres personnes de votre parenté, ou des relations (ami, ancien collègue, voisin) avec qui vous ayez des contacts fréquents ? (rencontres, téléphone, courrier, loisirs...)

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **CAUTPE**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **CAUTPE**
- 9. Ne sait pas 9 → **CAUTPE**

Si oui, lesquels ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Petits-enfants 1 CRL1
- 2. Grands-parents 2 CRL2
- 3. Autre(s) membre(s) de la famille : homme(s) 1 CRL3
- 4. Autre(s) membre(s) de la famille : femme(s) 2 CRL4
- 5. Membre(s) de la famille d’accueil 3 CRL5
- 6. Voisin(s) : homme(s) 4 CRL6
- 7. Voisine(s) : femme(s) 5 CRL7
- 8. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : homme(s) 6 CRL8
- 9. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : femme(s) 7 CRL9
- 10. Partenaire(s) (conjoint, fiancé, copain, petit ami) 8 CRL10
- 11. Autre(s) ami(s) : homme(s) 9 CRL11
- 12. Autre(s) amie(s) : femme(s) 10 CRL12

CAUTPE. Avez-vous ou vous êtes-vous fait des amis dans l'institution ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2 → CAIDF
- 8. Ne veut pas répondre 8 → CAIDF
- 9. Ne sait pas 9 → CAIDF

CNBPE. Si oui, combien ?

-
- 98. Refus de répondre 98
- 99. Ne sait pas 99

CAMI. Si oui, certains sont-ils des amis intimes ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtres** : pour les personnes de moins de 15 ans
 et pour les personnes vivant en couple (CCOUPPL = 1 ou 2) →→→→→→→ CAIDF

CCOPIN. Avez-vous actuellement un fiancé, copain, petit-ami, partenaire ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

CRELSX⁷. Avez-vous parfois des relations sexuelles ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2
- 8. Ne veut pas répondre 8 → CAIDF
- 9. Ne sait pas 9 → CAIDF

→ **Filtre** : pour les hommes ayant déclaré ne pas avoir de relations sexuelles (CRELSEX=2)
 pour les femmes de 55 ans et davantage →→→→→→→→→→→→→ CAIDF

CPRESER. Utilisez-vous des préservatifs ou d'autres moyens anticonceptionnels ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

⁷ Les questions CRELSX et CPRESER n'étaient pas posées dans le questionnaire HID98.

→ **Filtre : Pour les personnes de moins de 15 ans** →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **CEVENI**

CAIDF. En cas de besoin, avez-vous une ou des personnes sur qui vous pourriez compter pour vous aider financièrement ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2 → **CEVENI**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **CEVENI**
- 9. Ne sait pas 9 → **CEVENI**

Si oui, qui ... ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Mon conjoint... 1 CAIDFA1
- 2. Mes parents... 2 CAIDFA2
- 3. Mes frères ou mes soeurs 3 CAIDFA3
- 4. Mes enfants 4 CAIDFA4
- 5. Mes petits-enfants..... 5 CAIDFA5
- 6. Des amis 6 CAIDFA6
- 7. D'autres personnes 7 CAIDFA7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

CAIFAM. Votre famille participe-t-elle financièrement au paiement des frais de votre hébergement ?

- 1. Oui, régulièrement..... 1
- 2. Oui, à certaines occasions seulement..... 2
- 3. Non, jamais 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre : pour les personnes de moins de 18 ans** →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **CEVREC**

Avez-vous connu, avant l'âge de 12 ans, l'un des événements suivants ? (LIRE LA LISTE, cochez les événements survenus)

- 01. Maladie, handicap ou accident grave du père 01 CEVEN1
- 02. Maladie, handicap ou accident grave de la mère 02 CEVEN2
- 03. Décès du père 03 CEVEN3
- 04. Décès de la mère 04 CEVEN4
- 05. Décès d'un frère ou d'une sœur 05 CEVEN5
- 06. Séparation ou divorce des parents 06 CEVEN6
- 07. Graves disputes ou mésentente des parents 07 CEVEN7
- 08. Placement dans une institution ou une famille d'accueil 08 CEVEN8
- 09. Mauvais traitements, violences subies 09 CEVEN9
- 10. Un autre événement 10 CEVEN10

Précisez :

CEVAUT

- 11. Aucun événement marquant dans l'enfance 11 CEVEN11

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 98. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 98 |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 99 |

CEVREC. Avez-vous vécu au cours des deux dernières années, un événement heureux ou malheureux qui vous ait beaucoup marqué ?
(comme le décès d'un proche, un mariage ou une naissance, le chômage, des difficultés d'argent...)

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

Si oui, lequel ou lesquels ? (possibilité de réponses simultanées)

- | | | |
|---|-----------------------------|---------|
| 01. Mariage (ou mise en couple) de la personne concernée... | <input type="checkbox"/> 01 | CEVRL1 |
| 02. Divorce, séparation de la personne concernée..... | <input type="checkbox"/> 02 | CEVRL2 |
| 03. Paternité, maternité de la personne concernée ... | <input type="checkbox"/> 03 | CEVRL3 |
| 04. Départ à la retraite de la personne concernée..... | <input type="checkbox"/> 04 | CEVRL4 |
| 05. Chômage de la personne concernée..... | <input type="checkbox"/> 05 | CEVRL5 |
| 06. Maladie, blessure grave de la personne concernée..... | <input type="checkbox"/> 06 | CEVRL6 |
| 07. Difficultés d'argent | <input type="checkbox"/> 07 | CEVRL7 |
| 08. Décès d'un proche | <input type="checkbox"/> 08 | CEVRL8 |
| 09. Maladie, handicap ou accident grave d'un proche ... | <input type="checkbox"/> 09 | CEVRL9 |
| 10. Naissance dans la famille proche | <input type="checkbox"/> 10 | CEVRL10 |
| 11. Mariage dans la famille proche | <input type="checkbox"/> 11 | CEVRL11 |
| 12. Chômage d'un proche | <input type="checkbox"/> 12 | CEVRL12 |
| 13. Reprise de relation avec des membres de la famille proche | <input type="checkbox"/> 13 | CEVRL13 |
| 14. Rupture de relation avec des membres de la famille proche..... | <input type="checkbox"/> 14 | CEVRL14 |
| 15. Autres | <input type="checkbox"/> 15 | CEVRL15 |

Précisez :

CEVRA

Module D : Accessibilité et aménagements du logement - Aides techniques

→ *Filtre* : Si la personne est confinée au lit ou à la chambre (BMOB1<=2) →→→→DADAPT

• **Accessibilité du bâtiment**

→ *Filtre* : Si la personne est confinée à l'intérieur de l'institution (BMOB1=3) →→→DINBAT

DABAT. Eprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) au bâtiment de l'institution depuis la rue ou depuis le parking ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **DINBAT**
- 9. Ne sait pas 9 → **DINBAT**

Si oui, quelles en sont les causes ?(possibilité de réponses simultanées)

- 1. Cheminement de plain-pied impraticable (du fait de la nature du sol, des obstacles, d'une largeur insuffisante...) 1 DABDIF1
- 2. Rampe d'accès impraticable (pente trop forte, sol glissant,...) 2 DABDIF2
- 3. Escalier impraticable (trop de marches, marches trop hautes, absence de mains-courantes,...) 3 DABDIF3
- 4. Ascenseur mal adapté (trop petit, il reste des marches à franchir,..) 4 DABDIF4
- 5. Je ne dispose pas de places de parking réservées 5 DABDIF5
- 6. Franchissement difficile de la porte d'entrée du bâtiment 6 DABDIF6
- 7. Autres équipements manquants..... 7 DABDIF7
- 8. C'est uniquement en raison de mon état de santé..... 8 DABDIF8

DABAID. Au total, le cheminement menant à la porte d'entrée du bâtiment de l'institution vous est-il possible sans aide ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

DINBAT. Eprouvez-vous des difficultés à vous déplacer à l'intérieur de l'institution ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **DADAPT**
- 9. Ne sait pas 9 → **DADAPT**

Si oui, quelles en sont les causes ? (possibilité de réponses simultanées)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---------|
| 1. Cheminement de plain-pied impraticable (du fait de la nature du sol, des obstacles, d'une largeur insuffisante,...)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | DINDIF1 |
| 2. Rampe d'accès impraticable (pente trop forte, sol glissant,...)..... | <input type="checkbox"/> | 2 | DINDIF2 |
| 3. Escalier impraticable (trop de marches, marches trop hautes, absence de mains-courantes,...)..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DINDIF3 |
| 4. Ascenseur mal adapté (trop petit, il reste des marches à franchir,..)..... | <input type="checkbox"/> | 4 | DINDIF4 |
| 5. Franchissement difficile de la porte d'entrée de la chambre..... | <input type="checkbox"/> | 5 | DINDIF5 |
| 6. Franchissement difficile de la porte des toilettes..... | <input type="checkbox"/> | 6 | DINDIF6 |
| 7. Autres équipements manquants..... | <input type="checkbox"/> | 7 | DINDIF7 |
| 8. C'est uniquement en raison de mon état de santé..... | <input type="checkbox"/> | 8 | DINDIF8 |

DIBAIID. Le cheminement menant de la porte ou du hall d'entrée du bâtiment à votre chambre vous est-il possible sans aide ?

- | | | |
|---------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> | 9 |

• Aménagements et adaptations du bâtiment

DADAPT. Disposez-vous de meubles ou d'équipements du bâtiment spécialement adaptés à votre usage en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités ?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|------------|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non mais j'en aurais besoin..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Non, je n'en ai pas besoin..... | <input type="checkbox"/> | 3 → DPROTH |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> | 9 → DPROTH |

Si oui ou besoin, lesquels ? (possibilité de réponses simultanées)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------|
| 1. W.C. adaptés (siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui,)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | DADAP1 |
| 2. une baignoire, une douche ou un lavabo adaptés..... | <input type="checkbox"/> | 2 | DADAP2 |
| 3. une ou des tables adaptées ? (inclinables, réglables, roulantes,...)..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DADAP3 |
| 4. un siège adapté..... | <input type="checkbox"/> | 4 | DADAP4 |
| 5. un lit adapté..... | <input type="checkbox"/> | 5 | DADAP5 |
| 6. des dispositifs de soutien (barres d'appui, mains-courantes, ...)..... | <input type="checkbox"/> | 6 | DADAP6 |
| 7. dispositifs pour ouvrir ou fermer portes, fenêtres, volets, rideaux,..... | <input type="checkbox"/> | 7 | DADAP7 |
| 8. Autre mobilier adapté..... | <input type="checkbox"/> | 8 | DADAP8 |

→ Filtre : Si la personne n'a pas répondu DADAPT=oui →→→→→→→→→→ DPROTH

Si la personne a répondu Oui à DADAPT:

DAMENB. Et auriez-vous besoin d'autres équipements adaptés ?

- | | | |
|---------------------|--------------------------|------------|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> | 2 → DPROTH |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> | 9 → DPROTH |

Si oui, De quels équipements adaptés auriez-vous besoin ?*(possibilité de réponses simultanées)*

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---------|
| 1. W.C. adaptés (<i>siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui,)</i> | <input type="checkbox"/> | 1 | DADAPB1 |
| 2. une baignoire, une douche ou un lavabo adaptés | <input type="checkbox"/> | 2 | DADAPB2 |
| 3. une ou des tables adaptées ? (<i>inclinables, réglables, roulantes...)</i> | <input type="checkbox"/> | 3 | DADAPB3 |
| 4. un siège adapté | <input type="checkbox"/> | 4 | DADAPB4 |
| 5. un lit adapté..... | <input type="checkbox"/> | 5 | DADAPB5 |
| 6. des dispositifs de soutien (<i>barres d'appui, mains-courantes...</i>)..... | <input type="checkbox"/> | 6 | DADAPB6 |
| 7. dispositifs pour ouvrir ou fermer portes, fenêtres, volets, rideaux, | <input type="checkbox"/> | 7 | DADAPB7 |
| 9. Autre mobilier adapté..... | <input type="checkbox"/> | 9 | DADAPB8 |

• Prothèses, appareillages...**DPROTH. Utilisez-vous un appareillage de remplacement d'une partie du corps (prothèse) ?***(y compris prothèses auditives, non compris prothèses dentaires)*

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|-----------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Non, je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> | 3 | → DSOUTI |
| 8. Ne veut pas répondre..... | <input type="checkbox"/> | 8 | → DSOUTI |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 | → DSOUTI |

Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ? *(possibilité de réponses simultanées)*

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------|
| 1. prothèse des membres supérieurs (<i>doigt, main ou bras artificiel, crochet ...</i>) | <input type="checkbox"/> | 1 | DPSUP |
| 2. prothèse des membres inférieurs (<i> pied ou jambe artificielle, prothèse de hanche...</i>) | <input type="checkbox"/> | 2 | DPINF |
| 3. prothèse d'autres parties du corps (<i>œil de verre, prothèse mammaire, auditive, prothèse de nez ...</i>) | <input type="checkbox"/> | 3 | DPAUT |

DSOUTI. Utilisez-vous un appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps ?

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|-----------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| 2. Non mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Non, je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> | 3 | → DSONDE |
| 8. Ne veut pas répondre..... | <input type="checkbox"/> | 8 | → DSONDE |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 | → DSONDE |

Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ? *(possibilité de réponses simultanées)*

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. un appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale (<i>corset, ...</i>)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | DSCOLO |
| 2. un appareillage des membres supérieurs | <input type="checkbox"/> | 2 | DSSUP |
| 3. un appareillage des membres inférieurs (<i>chaussures ou semelles orthopédiques,...</i>) | <input type="checkbox"/> | 3 | DSINF |
| 4. un autre type d'appareillage de soutien | <input type="checkbox"/> | 4 | DSAUT |

• **Aides pour les soins personnels et la protection**

→ **Filtre : Si BELI2=0 (anus artificiel et sonde vésicale) →→→→→→→→→→ DABSOR**

DSONDE. Utilisez-vous un système d'évacuation de l'urine (sonde, collecteur d'urines, ...)?

- 1. Oui 1
- 2. Oui, mais pour une durée provisoire 2
- 3. Non 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

DANUS. Utilisez-vous un anus artificiel ?

- 1. Oui 1
- 2. Oui, mais pour une durée provisoire 2
- 3. Non 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

DABSOR. Utilisez-vous des protections absorbantes ? (couches)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

DSOINS. Utilisez-vous d'autres aides techniques ou appareils pour les soins personnels ?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 → **DAMOBL**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **DAMOBL**
- 9. Ne sait pas 9 → **DAMOBL**

Si oui ou besoin, lesquelles ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Vêtements adaptés 1 DSOIN1
- 2. Aides techniques pour s'habiller ou se déshabiller 2 DSOIN2
- 3. Aides pour trachéotomisés (canules, protections, tubes à embout) 3 DSOIN3
- 4. Aides pour stomisés ? (poches, absorbants, ...) 4 DSOIN4
- 5. Autres aides techniques 5 DSOIN5

• **Aides pour la mobilité personnelle**

→ **Filtre : si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→ DTOUR**

DAMOBL. Utilisez-vous des aides techniques pour marcher ou pour vous déplacer, y compris pour utiliser un véhicule (cannes, fauteuil roulant, véhicule adapté, chien-guide...)?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 → **DTOUR**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **DTOUR**
- 9. Ne sait pas 9 → **DTOUR**

Si oui ou besoin, lesquelles ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Cannes ou béquilles 1 DAMO1
- 2. Canne blanche 2 DAMO2
- 3. Déambulateur 3 DAMO3
- 4. Un fauteuil roulant manuel..... 4 DAMO4
- 5. Un fauteuil roulant électrique 5 DAMO5
- 6. Une voiture spéciale (*plancher surbaissé, petite vitesse, ...*) 6 DAMO6
- 7. Une adaptation pour véhicule automobile normal (*adaptation de conduite, adaptation des systèmes de commande, sièges spéciaux, lève-personne, hayon élévateur, ...*) 7 DAMO7
- 8. un tricycle, manuel ou à moteur 8 DAMO8
- 9. Un chien-guide d'aveugle 9 DAMO9
- 10. Autres aides techniques 10 DAMO10

→ **Filtre : Si la personne n'a pas répondu DAMOBL=oui →→→→→→→→→→→ DTOUR**

Si la personne a répondu Oui à DAMOBL :

DAMOBB. Et auriez-vous besoin d'autres aides techniques ?

- 1. Oui..... 1
- 2. Non 2 → **DTOUR**
- 9. Ne sait pas 9 → **DTOUR**

Si oui, lesquelles ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Cannes ou béquilles 1 DAMOB1
- 2. Canne blanche 2 DAMOB2
- 3. Déambulateur 3 DAMOB3
- 4. Un fauteuil roulant manuel..... 4 DAMOB4
- 5. Un fauteuil roulant électrique 5 DAMOB5
- 6. Une voiture spéciale (*plancher surbaissé, petite vitesse...*) 6 DAMOB6
- 7. Une adaptation pour véhicule automobile normal (*adaptation de conduite, adaptation des systèmes de commande, sièges spéciaux, lève-personne, hayon élévateur...*) 7 DAMOB7
- 8. un tricycle, manuel ou à moteur 8 DAMOB8
- 9. Un chien-guide d'aveugle 9 DAMOB9
- 10. Autres aides techniques 10 DAMOB10

DTOUR. Utilisez-vous des aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil ou pour vous tourner dans le lit ? (*planches, sangles, harnais, coussins ...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 → **DOPTIQ**
- 9. Ne sait pas 9 → **DOPTIQ**

Si oui ou besoin, lesquelles ? (*possibilité de réponses simultanées*)

- 1. Planches, sangles, harnais,..... 1 DTLIT1
- 2. Lève-personnes 2 DTLIT2
- 3. Coussins, couvertures tournantes, tapis, 3 DTLIT3
- 4. Autres aides pour le transfert 4 DTLIT4

• Aides pour la communication, l'information, la signalisation

→ **Filtres:** si la personne n'a pas déclaré de problème de vision (BSEN1=1 ou 2) → **DVOIX**
 si la personne est totalement aveugle (BVUE=1) →→→→→→→→ **DORDIN**

DOPTIQ. Utilisez-vous des aides optiques (loupes, ...), ou électro-optiques (agrandisseur électronique, machine à lire) ?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DORDIN. Utilisez-vous des interfaces ordinateurs ? (*reconnaissance vocale, écran tactile, synthèse vocale, ...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DECRIE. Utilisez-vous des machines à écrire, des traitements de texte en braille, ou d'autres équipements adaptés d'aide à l'écriture (ceci pour les personnes n'ayant pas l'usage de leurs mains) ?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DMAGN. Utilisez-vous un magnétophone pour votre correspondance ?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DAPBRA. Avez-vous appris le braille ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **DVOIX**
- 9. Ne sait pas 9 → **DVOIX**

DLIBRA. Pratiquez-vous le braille pour la lecture ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

DECBRA. Pratiquez-vous l'écriture du braille ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne n'a déclaré aucune difficulté pour parler (BSEN4=1) → → **DOUIE**

DVOIX. Utilisez-vous une aide pour parler ? (générateurs ou amplificateurs de voix ...)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne est totalement sourde (ANATN[i]=3.1) → → → → → → → → → **DSIGNE**

DOUIE. Utilisez-vous une aide pour entendre ? (appareil auditif, boucle magnétique, ...)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne est aveugle (BVUE=2 ou 3) → → → → → → → → → → → **DMANIP**

DSIGNE. Comprenez-vous ou utilisez-vous la langue des signes ?

- 1. Oui, je l'utilise 1
- 2. Oui, je le comprends mais je ne l'utilise pas 2
- 3. Non, je ne le connais pas mais je souhaiterais l'apprendre 3
- 4. Non, je ne le connais pas et je n'en ai pas besoin 4
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne n'a déclaré aucune difficulté pour entendre (BSEN3 = 1) et si elle n'a pas besoin d'un appareil auditif (DOUIE=3) →→→→→→ **DMANIP**

DAUDIO. Utilisez-vous du matériel audiovisuel adapté pour les malentendants ? (*décodeur "CEEFAX", minitel pour sourd ...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne a déclaré utiliser ses mains sans difficultés (BSOU2 = 1) → **DMATDO**

• **Aides à la manipulation**

DMANIP. Utilisez-vous des aides pour saisir ou manipuler à distance ? (*commande à distance, automatismes, pinces, télémanipulateur, station robotisée, ...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DDOIGT. Utilisez-vous des systèmes de compensation de la fonction des mains ou des doigts ? (*préhension, licorne, baguette buccale, ...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

DROBIN. Utilisez-vous une robinetterie adaptée ? (*robinets à levier, mélangeurs, ..*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne est aveugle (BVUE=1 ou 2) →→→→→→→→→→→→ **DMATDO**

DLECTU. Utilisez-vous une aide à la lecture ? (*porte-livres, tourne-pages...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

• **Aides pour les traitements**

DMATDO. Utilisez-vous du matériel pour le traitement d'une maladie de longue durée ou d'un handicap ? (*matériel de dialyse, matériel d'injection, pacemaker, matériel anti-escarres...*)

- 1. Oui..... 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 → *mod. L*
- 8. Ne veut pas répondre 8 → *mod. L*
- 9. Ne sait pas 9 → *mod. L*

Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ?

(LIRE LA LISTE ci-dessous, cocher les matériels ou aides utilisés)

- 01. Assistance respiratoire (*respirateur, aspirateur, oxygénothérapie*)..... 01 DMAT1
- 02. Traitement d'une affection circulatoire(*bas anti-œdème, compression...*) 02 DMAT2
- 03. Aide pour hernie abdominale (*bandage, contention, ...*) 03 DMAT3
- 04. Matériel de dialyse 04 DMAT4
- 05. Matériel d'injection (*seringue ou aiguille, pompe à perfusion, pompe à insuline, ...*) 05 DMAT5
- 06. Matériel pour faire des examens de contrôle (*analyses de sang ou d'urines, tension artérielle, ...*) 06 DMAT6
- 07. Stimulateur cardiaque (*pacemaker*) 07 DMAT7
- 08. Stimulateur électrique anti-douleurs 08 DMAT8
- 09. Matériel anti-escarres (*coussins, matelas, ...*) 09 DMAT9
- 10. Aides techniques de rééducation 10 DMAT10
- 11. Aides techniques pour les activités sexuelles 11 DMAT11

• **Autres aides**

DAUTEQ. Utilisez-vous, pour un problème de santé, invalidité ou handicap, d'autres équipements spéciaux, aides techniques..., non cités précédemment?

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 → *mod. L*
- 9. Ne sait pas 9 → *mod. L*

Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ?

(notez en clair ci-dessous les équipements ou aides mentionnés)

- DEQUIP1-----
- DEQUIP2-----
- DEQUIP3-----
- DEQUIP4-----
- DEQUIP5-----

Module L : Conditions de logement

LCHDLO. Avez-vous changé de logement ou de chambre *depuis 2 ans* ?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 → LBAIN |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

LTYPLO. Dans quel type de logement êtes-vous ?

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------|
| 1. Un dortoir | <input type="checkbox"/> | 1 → LAMJOU |
| 2. Une chambre que vous partagez avec d'autres personnes | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Une chambre individuelle | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Un studio | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Un appartement | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. Une maison individuelle | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

Disposez-vous des équipements suivants dans votre chambre (ou votre logement) ?

(LIRE LA LISTE ci-dessous, cocher les équipements présents)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. Une salle de bain (<i>avec douche ou baignoire</i>) | <input type="checkbox"/> | 1 | LBAIN |
| 2. Un cabinet de toilette (<i>ni douche ni baignoire</i>) | <input type="checkbox"/> | 2 | LAVABO |
| 3. Des WC | <input type="checkbox"/> | 3 | LWC |
| 4. Un téléphone privatif | <input type="checkbox"/> | 4 | LTEL |
| 5. Une télévision | <input type="checkbox"/> | 5 | LTV |
| 6. Un poste de radio individuel | <input type="checkbox"/> | 6 | LRADIO |
| 7. Aucun de ces équipements | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 | |

Pouvez-vous recevoir des amis ou des proches dans votre logement...

LAMJOU. ...dans la journée ?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 → LAMCOP |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 → LAMCOP |

LAMDEJ. *Si oui*, peuvent-ils déjeuner avec vous ?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

LAMNUI. ...la nuit pour dormir ?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Oui, mais seulement dans certains cas..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Non..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

→ **Filtre** : pour les personnes de moins de 15 ans
ou celles qui n'ont pas actuellement de partenaire (CCOPIN='2') → → → → → **Mod. T**

LAMCOP. Pouvez-vous vous isoler avec votre partenaire (conjoint, copain, petit ami) ?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

→ **Filtre** : Si ce n'est pas la personne concernée qui répond → → → → → → → → → → → **Mod. T**

LOPIN. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Très satisfaisantes ?..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Satisfaisantes ?..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Acceptables ?..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Insuffisantes ?..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Très insuffisantes ?..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

LCHGLO. Envisagez-vous de changer de logement ou de quitter cette institution?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 → mod. T |
| 3. Non, pas du tout, je me sens très bien ici | <input type="checkbox"/> | 3 → mod. T |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 → mod. T |

LNEWLO. Si oui, Ce nouveau logement sera-t-il situé ...

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. ... dans un domicile ordinaire indépendant ? | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. ... dans le domicile de vos enfants ? | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. ... dans le domicile de vos parents ? | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. ... dans le domicile de proches (autres parents, amis...) ? | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. ... dans une autre institution ou établissement spécialisé ? | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. ... dans la même institution ? | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. ... dans une famille d'accueil ? | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

TAMNG. Si vous disposez d'une voiture (vous appartenant ou à votre famille), comporte-t-elle un aménagement particulier du fait d'un handicap ou d'un problème de santé vous concernant ?

- 0. Sans objet: Ne dispose pas de voiture 0
- 1. Oui, pour la conduite 1
- 2. Oui, je conduis une voiture sans permis 2
- 3. Oui, pour le transport 3
- 4. Non, mais j'en aurais besoin 4
- 5. Non, je n'en ai pas besoin 5
- 9. Ne sait pas 9

→ *Filtre* : si la personne est confinée à l'intérieur de l'institution (BMOB1<=3) →→ *mod. S*

• Accessibilité des transports en commun

TTRSPE. Avez-vous accès à un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ?

- 1. Oui 1
- 2. Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 9. Ne sait pas 9

TTRORD. Pouvez-vous accéder sans aide aux transports en commun ordinaires ?

- 1. Oui, sans difficulté 1
- 2. Oui, mais avec difficulté 2
- 3. Non, j'ai besoin de l'aide d'une autre personne 3
- 4. Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile, même avec une aide 4
- 9. Ne sait pas 9

Module S : Scolarité et diplômes

SETREC. Au cours des deux dernières années, avez-vous suivi ou repris des études dans une école, un collège, un lycée, une université ?
(y compris enseignement spécial, activités d'éveil)

- 1. Oui (y compris classes d'éducation spéciale, IMP, IMPRO) 1
- 2. Non..... 2 → *mod. E*
- 8. Ne veut pas répondre 8 → *mod. E*
- 9. Ne sait pas 9 → *mod. E*

SETU2. Si oui, est-ce...

- 1. ...une formation initiale 1
- 2. ...une formation après une interruption de plus d'un an 2
- 9. Ne sait pas 9

SCLASS. Dans quel type de classe ou d'établissement étudiez-vous ?

- 0. Sans objet : enseignement à domicile, enseignement par correspondance..... 0
- 1. Une classe ordinaire d'une école, collège, lycée, université... 1
- 2. Une classe spéciale d'une école primaire ou maternelle ordinaire (*CLIS : classe d'intégration scolaire*) 2 → *SPENS*
- 3. Une classe spéciale d'un établissement secondaire ordinaire (*SEGPA: Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté, GCA : groupe classe-atelier*) 3 → *SPENS*
- 4. Un établissement spécialisé de l'Education Nationale (*EREA, ENP*) 4 → *SPENS*
- 5. Un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires sociales (*établissements médico-éducatifs: IMP, IMPRO établissements socio-éducatifs, établissements sanitaires*) 5 → *STYPET*
- 6. Un établissement spécialisé - ministère non connu 6 → *SPENS*
- 9. Ne sait pas 9

SNIVEC. Niveau des études en cours (→ voir carte 3. Scolarité, code EC)

→ *SPENS*

STYPET. Précisez la spécialité de l'établissement fréquenté :

- 1. Etablissement pour déficients intellectuels..... 1
- 2. Institut de rééducation 2
- 3. Etablissements pour infirmes moteurs..... 3
- 4. Etablissements pour déficients visuels 4
- 5. Etablissements pour déficients auditifs 5
- 6. Etablissements pour polyhandicapés..... 6
- 7. Autre établissement spécialisé..... 7

Précisez :

SAUTYP

- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : si la personne suit un enseignement par correspondance (SCLASS=0) →→ **SMATSP**

SPENS. A cette école ou établissement, êtes-vous...

- 1. ...Interne ou pensionnaire (*scolarisé dans le cadre de l'institution*)..... 1
- 2. ...Demi-pensionnaire 2
- 3. ...Externe 3
- 9. Ne sait pas 9

SMATSP. Bénéficiez-vous, pour votre scolarité, de matériel spécial (y compris facilités de stationnement) ou d'une aide individualisée (lecteur, répétiteur, SESSAD ou autres services d'aides à domicile...) en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?

- 0. Sans objet (pas de problème de santé gênant pour suivre l'école) 0 → **STRSPE**
- 1. Oui, fourni par l'école ou l'institution 1
- 2. Oui, mais non fourni par l'école ou l'institution 2
- 3. Non 3 → **STRSPE**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **STRSPE**
- 9. Ne sait pas 9 → **STRSPE**

Si oui, De quoi bénéficiez-vous ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Des répétiteurs 1 SMAT1
- 2. Des lecteurs 2 SMAT2
- 3. Une aide personnelle 3 SMAT3
- 4. Du matériel spécial 4 SMAT4
- 5. SESSAD, SSESD, ou autres services d'aides à domicile..... 5 SMAT5
- 6. Autres 6 SMAT6

STRFIN. Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'une aide financière liée à un handicap ou problème de santé ?

- 0. Sans objet: la classe est dans l'institution 0 → **SINTER**
- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

STRSPE. Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire d'un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ?

- 0. Sans objet: la classe est dans l'institution 0
- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

SINTER. Au cours des deux dernières années, avez-vous du interrompre vos études pour des raisons médicales (non compris grossesse normale)

- 1. Oui, de façon définitive 1 → **SLIRE**
- 2. Oui, pendant au moins trois mois consécutifs 2 → **SLIRE**
- 3. Non 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

SPERTU. Au cours des deux dernières années, votre scolarité a-t-elle été perturbée en raison d'un handicap ou de problèmes de santé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre : pour les enfants de moins de 6 ans →→→→→→→→ mod. E, question EOPRPE**

SLIRE. Savez-vous lire ? (en français ou dans une autre langue, y compris en braille)

- 1. Oui, couramment 1
- 2. Oui, mais avec difficultés 2
- 3. Non..... 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

SECRIR. Savez-vous écrire ? (en français ou dans une autre langue, y compris en braille)

- 1. Oui, sans difficulté 1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2
- 3. Non..... 3
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

SCOMPT. Savez-vous compter ?

- 1. Oui, sans difficulté 1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2
- 3. Non 3
- 8. Ne veut pas répondre..... 8
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→ Mod. E, question EOPRPE**

SDIPLO. Au cours des deux dernières années, avez-vous obtenu un diplôme ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **SNIVEA**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **SNIVEA**
- 9. Ne sait pas 9 → **SNIVEA**

-Si oui, quels sont les diplômes les plus élevés obtenus ?

(→ voir carte 3. Scolarité, code ED)

SGENED. Dans l'enseignement général (primaire, secondaire).....

STECED. Dans l'enseignement technique ou professionnel

SSUPED. Dans l'enseignement supérieur (y.c. technique supérieur)

→ Filtres : pour les personnes ayant obtenu un diplôme (SDIPLO=1) →→→→→→→→ Mod. E

Si aucun diplôme (SDIPLO <> 1):

SNIVEA. Niveau d'études atteint (→ voir carte 3. Scolarité, code EA).....

Modules E, EA, EB, EC, EO : Emploi

→ *Filtre : Si la personne a moins de 15 ans* →→→→→→→→→→→→→→→→→→ **EOPRPE**

• **Module E (introduction et filtrage)**

EOCCUP. Quelle est votre occupation actuelle ?

- Travaille** 1. Exerce une profession, à son compte ou comme salarié, même à temps partiel.
 Aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré.
 Est apprenti, stagiaire rémunéré, élève-fonctionnaire, intérimaire, etc.
 Est employé dans un C.AT, un Atelier Protégé, un CDTD.
 • *Y compris congés de maladie, de maternité, congés annuels, dispenses d'activité, congés de conversion, etc.*
 • *Exclure les personnes au service national, en disponibilité, en pré-retraite, en invalidité.*

1 → **EAPREC**

Ne travaille pas (ou plus) actuellement

2. Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)
 3. Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré
 4. Militaire du contingent
 5. Retraité (*ancien salarié*) ou préretraité
 6. Retiré des affaires (*ancien agriculteur, artisan, commerçant, profession libérale, etc.*)
 7. Femme au foyer
 8. Autre inactif (*y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO*)

- 2 → **EBPREC**
 3
 4
 5
 6
 7
 8

→ *Filtre : Si la personne a 65 ans ou davantage* →→→→→→→→→→→→→→→→→→ **Module EC**

ECHERC. Cherchez-vous un emploi, une situation ?

1. Oui
 2. Non
 8. Ne veut pas répondre
 9. Ne sait pas

- 1 → **EBCIRC**
 2
 8
 9

ESOUHA. Souhaiteriez-vous cependant travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi (ou un autre emploi) qui commencera plus tard ?

1. J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard
 2. Je souhaiterais travailler
 3. Je ne souhaite pas travailler
 4. Je suis inapte au travail pour raisons de santé
 8. Ne veut pas répondre
 9. Je ne sais pas

- 1 → **EBCIRC**
 2 → **EBCIRC**
 3 → **ECANT**
 4 → **ECANT**
 8 → **ECANT**
 9 → **ECANT**

EASTAT. Etes-vous ...

- 1. Indépendant ou salarié mais chef de votre entreprise 1 → **EATROU**
- 2. Salarié de l'Etat ou des collectivités locales (y.c. PTT)..... 2
- 3. Salarié d'une entreprise publique ou nationale (EDF-gdf, sncf, ratp, banque de France...) ou salarié de la Sécurité sociale 3
- 4. Autre salarié du commerce ou de l'industrie 4
- 5. Aide un membre de sa famille dans son travail sans être salarié 5 → **EAFORM**
- 6. Autre travailleur ne percevant pas de salaire 6 → **EAFORM**
- 7. Autres cas (dont travailleurs en C.A.T.) 7 → **EATROU**

EAPOSI. →Enquêteur Indiquez la position professionnelle de cet emploi :

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) 1
 - 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) 2
 - 3. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale 3
 - 4. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise ... 4
 - 5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)..... 5
 - 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique 6
 - 7. Ingénieur ou cadre (les employés, techniciens, agents de maîtrise n'ayant pas la qualité de cadre ne devront pas se classer ici, même s'ils cotisent à une caisse de retraite des cadres) 7
 - 8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique 8
 - 9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique 9
 - 10. Autre cas : 10
- Précisez** (coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique, etc.):
 **EAPOSx**
99. Ne sait pas 99

→ Filtre : pour les travailleurs en CAT ou en Atelier Protégé (EAPRTG=4 ou 5) → → EATROU

EAFORM. Etes-vous stagiaire de la formation professionnelle ou bénéficiaire d'un contrat d'aide à l'emploi (C.E.S., contrat de qualification, d'adaptation,...)

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **EATROU**
- 9. Ne sait pas 9 → **EATROU**

EAFORX. Nature du stage ou du contrat (→ voir carte de codes n°4)

EATROU. Comment avez-vous trouvé votre emploi ?*(possibilité de réponses simultanées)*

- | | | | |
|---|--------------------------|----|--------|
| 01. Par une démarche personnelle auprès de l'entreprise | <input type="checkbox"/> | 01 | EATR1 |
| 02. Par ma famille | <input type="checkbox"/> | 02 | EATR2 |
| 03. Par relations personnelles | <input type="checkbox"/> | 03 | EATR3 |
| 04. Par une association ou institution pour handicapés | <input type="checkbox"/> | 04 | EATR4 |
| 05. Par un EPSR (<i>Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement</i>) ou un OIP (<i>Organisme d'Insertion et de Placement</i>) | <input type="checkbox"/> | 05 | EATR5 |
| 06. Par mon école, un organisme où j'ai suivi une formation | <input type="checkbox"/> | 06 | EATR6 |
| 07. En passant un concours ou examen ordinaire | <input type="checkbox"/> | 07 | EATR7 |
| 08. En passant un concours avec épreuves aménagées pour personnes reconnues handicapées | <input type="checkbox"/> | 08 | EATR8 |
| 09. Au titre d'un emploi réservé de la Fonction publique | <input type="checkbox"/> | 09 | EATR9 |
| 10. Comme contractuel au titre de la loi du 10 juillet 1987 | <input type="checkbox"/> | 10 | EATR10 |
| 11. En répondant à une annonce ou en en faisant passer une (<i>journal ou tableau d'affichage</i>) | <input type="checkbox"/> | 11 | EATR11 |
| 12. Par l'ANPE, un autre organisme de placement | <input type="checkbox"/> | 12 | EATR12 |
| 13. J'ai été contacté par un employeur | <input type="checkbox"/> | 13 | EATR13 |
| 14. Je me suis mis à mon compte | <input type="checkbox"/> | 14 | EATR14 |
| 15. Autre moyen | <input type="checkbox"/> | 15 | EATR15 |
| 98. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 98 | |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 99 | |

EATEMP. Dans votre profession principale, travaillez-vous ...

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| 1. A temps complet ? | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. A temps partiel ? | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

EACCESS. Au cours de ces deux dernières années, avez-vous du cesser de travailler au moins 6 mois consécutifs pour raisons médicales ?*(non compris grossesses normales)*

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

EACHPR. Au cours de ces deux dernières années, avez-vous du changer de profession pour raisons médicales ?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> | 1 → EALIMI |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

EACHG. Même sans changer de profession, avez-vous du changer d'emploi pour des raisons médicales ? (y compris mutation géographique)

- 1. J'ai obtenu un stage de reclassement, mais il n'a pas débouché sur un emploi 1
- 2. Oui, vers un emploi en C.D.D 2
- 3. Oui, vers un emploi en C.D.I. 3
- 4. Non 4
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

EALIMI. En raison d'un handicap ou problème de santé, êtes-vous limité dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

EAFINA. En raison d'un handicap ou problème de santé, votre emploi a-t-il bénéficié au cours de ces deux dernières années d'un financement de l'AGEFIPH ?

- 1. Ne sait pas ce qu'est l'AGEFIPH 1 → **EAMNG**
- 2. Oui, pour étude et aménagement de poste 2
- 3. Oui, pour une formation 3
- 4. Oui, pour l'aménagement des accès (*rampes, ascenseur, portes,...*) ou circulations 4
- 5. Oui, une prime à l'embauche 5
- 6. Oui, autre 6
- 7. Non, mais j'en aurais eu besoin 7 → **EAMNG**
- 8. Non, je n'en ai pas eu besoin 8 → **EAMNG**
- 9. Ne sait pas 9 → **EAMNG**

EAQUI. Avez-vous perçu vous-même cette aide de l'AGEFIPH ?

- 1. Oui, je l'ai perçue directement 1
- 2. Non, elle a été versée à mon employeur 2
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : pour les personnes travaillant dans un C.A.T. (EAPRTG=4) →→→→→ **EOPRPE**

EAMNG. En raison d'un handicap ou problème de santé, vos conditions de travail ont-elles été aménagées depuis deux ans ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **EOPRPE**
- 9. Ne sait pas 9 → **EOPRPE**

Si oui, Comment ?

(LIRE LA LISTE, cochez tous les aménagements effectués)

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Aide de quelqu'un | <input type="checkbox"/> 1 EAAM1 |
| 2. Matériel spécial ou adaptation du poste de travail | <input type="checkbox"/> 2 EAAM2 |
| 3. Horaire ou calendrier adapté | <input type="checkbox"/> 3 EAAM3 |
| 4. Transport ou stationnement spécial ou gratuit | <input type="checkbox"/> 4 EAAM4 |
| 5. Affectation à un emploi plus proche de votre domicile | <input type="checkbox"/> 5 EAAM5 |
| 6. Bénéfice d'une formation professionnelle spécifique | <input type="checkbox"/> 6 EAAM6 |
| 7. Fonctions modifiées ou différentes | <input type="checkbox"/> 7 EAAM7 |
| 8. Possibilité de travailler à votre domicile | <input type="checkbox"/> 8 EAAM8 |
| 9. Autres | <input type="checkbox"/> 9 EAAM9 |
| Précisez : | EAAMX |

→ **Filtre : pour les personnes ayant répondu au module EA →→→→→→→→→ EOPRPE**

• Module EB (recherche d'un emploi)

EBPREC. La personne était-elle déjà au chômage en 1998 ?

(réponse fournie automatiquement par l'ordinateur de collecte)

- | | |
|--------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 → EBCIRC |

EBEMP. Depuis deux ans, avez-vous pu avoir un emploi pendant un certain temps ?

- | | |
|--------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 → EBCIRC |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |

EBSTF. Depuis deux ans, avez-vous bénéficié d'un stage, d'une période de formation... ?

- | | |
|--------------|--|
| 1. Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 → EOPRPE |

EBFORX. Si oui, Nature du dernier stage ou contrat

(→ voir carte de codes n°4)

--	--	--

→ **Filtre : pour les personnes déjà au chômage en 1998 →→→→→→→→→ EOPRPE**

EBCIRC. A la suite de quelle circonstance êtes-vous sans emploi actuellement ?

- | | | |
|---|--------------------------|------------|
| 01. J'ai terminé ou termine mes études | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 02. J'ai terminé ou termine mon service national | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 03. J'ai terminé un stage | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 04. J'ai quitté ou perdu un emploi d'intérim | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 05. J'ai quitté ou perdu un emploi à durée limitée | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 06. J'ai quitté ou perdu un emploi occasionnel | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 07. J'ai perdu mon emploi : licenciement collectif ou suppression d'emploi | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 08. J'ai perdu mon emploi : licenciement individuel | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 09. J'ai démissionné (y compris pour suivre ou se rapprocher de son conjoint, pour d'autres raisons familiales ou de santé) | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 10. J'ai pris ma retraite | <input type="checkbox"/> | 10 → ECANT |
| 11. Cessation d'activité suite à un accident | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 12. Cessation d'activité pour autres raisons de santé | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 13. Cessation d'activité pour raisons personnelles | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 14. Je n'ai jamais travaillé | <input type="checkbox"/> | 14 |
| 15. Autre cas | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 98. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 98 |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 99 |

→ **Filtres** : pour une cessation d'activité due à la retraite (EBCIRC=10) → → → → → ECANT
si la cessation d'activité n'est pas due à un accident (EBCIRC < 11) → → EBCOZ

EBACCI. Si la cause est un accident, Était-ce...

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Un accident du travail (n.c. accident de trajet) ? | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ? | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Un autre accident de la circulation | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Un autre accident | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

EBCOZ. Cette perte d'emploi, cessation d'activité ou difficulté à en trouver un est-elle liée à un problème de santé ?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| 1. Oui, j'ai été mis en invalidité | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Oui, d'une autre façon | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

EBTEMP. Depuis quand cherchez-vous un emploi ou un autre emploi ?

- 1. Moins de 3 mois 1
- 2. 3 mois à moins de 6 mois 2
- 3. 6 mois à moins de 1 an 3
- 4. 1 an à moins de 1 an et demi 4
- 5. 1 an et demi à moins de 2 ans 5
- 6. 2 ans à moins de 3 ans 6
- 7. 3 ans et plus 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

EBDEMA. Depuis un mois, avez-vous fait des démarches pour trouver un emploi ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → *ECANT*
- 8. Ne veut pas répondre 8 → *ECANT*
- 9. Ne sait pas 9 → *ECANT*

Si oui, Lesquelles ? (possibilité de plusieurs réponses)

- 1. A fait une démarche directe auprès d'un employeur 1 EBDM1
- 2. A fait passer une annonce (*dans un journal ou sur un tableau d'affichage*) 2 EBDM2
- 3. A répondu à une offre d'emploi (*d'un journal ou d'un tableau d'affichage*) 3 EBDM3
- 4. A passé (*au cours du mois*) un concours de recrutement 4 EBDM4
- 5. A passé (*au cours du mois*) un test, un entretien, une sélection pour un emploi 5 EBDM5
- 6. A pris des dispositions pour s'établir à son compte 6 EBDM6
- 7. S'est inscrit (*ou est resté inscrit*) dans une agence de travail temporaire 7 EBDM7
- 8. A consulté une EPSR ou un OIP 8 EBDM8
- 9. S'est inscrit (*ou est resté inscrit*) à l'ANPE 9 EBDM9
- 10. A fait d'autres démarches directes à l'ANPE (*visite, consultation de tableau, participation à des actions menées par l'ANPE*) 10 EBDM10
- 11. A cherché par relations personnelles 11 EBDM11
- 12. A utilisé d'autres modèles de recherche 12 EBDM12
- Précisez :** **EBDMAL**

ECPROF. Quelle est la dernière profession que vous avez exercé ?
(profession du conjoint pour les femmes n'ayant jamais travaillé)

- Pour les salariés de l'Etat, des collectivités locales et des services publics, préciser aussi le grade.
- Attention, pour les retraités, indiquer non la dernière, mais la principale profession exercée.

ECSTAT. Travaillez-vous (travaillait-il) comme...

- 1. Indépendant ou salarié mais chef de votre entreprise 1 → **ECCIRC**
- 2. Salarié de l'Etat ou des collectivités locales (y.c. PTT)..... 2
- 3. Salarié d'une entreprise publique ou nationale (EDF-GDF, SNCF, RATP, Banque de France...) ou salarié de la sécurité sociale..... 3
- 4. Autre salarié du commerce ou de l'industrie 4
- 5. Aide un membre de sa famille dans son travail sans être salarié..... 5 → **ECCIRC**
- 6. Autre travailleur ne percevant pas de salaire 6 → **ECCIRC**
- 7. Autres cas 7
- 9. Ne sait pas 9

ECPOSI. →Enquêteur Indiquez la position professionnelle de cet emploi :

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) 1
- 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) 2
- 3. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale 3
- 4. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise..... 4
- 5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)..... 5
- 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique 6
- 7. Ingénieur ou cadre (les employés, techniciens, agents de maîtrise n'ayant pas la qualité de cadre ne devront pas se classer ici, même s'ils cotisent à une caisse de retraite des cadres) 7
- 8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique 8
- 9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique 9
- 10. Autre cas : 10

Précisez (coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique, etc.):

- 99. Ne sait pas 99

ECPOSx

→ Filtre : pour les personnes ayant répondu au module EB ou pour les FEMMES n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle →→→ **EOPRPE**

ECCIRC. A la suite de quelle circonstance avez-vous cessé votre activité ?

- 01. Fin d'emploi à durée limitée 01
- 02. Licenciement 02
- 03. Démission 03
- 04. Prêretraite (payée par les ASSEDIC ou l'entreprise) 04
- 05. Retraite, cessation d'une activité non salariée 05
- 06. Cessation d'activité suite à un accident 06
- 07. Cessation d'activité pour autres raisons de santé 07
- 08. Cessation d'activité pour raisons personnelles 08
- 09. Appel au service national 09
- 10. Autre raison 10
- 99. Ne sait pas 99

→ **Filtre** : si la cessation d'activité n'est pas due à un accident (ECCIRC <> 06) →→ **mod. R**

Si la cause est un accident :

ECACCI. Etait-ce...

- 1. Un accident du travail (*n.c. accident de trajet*) ? 1
- 2. Un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ? 2
- 3. Un autre accident de la circulation 3
- 4. Un autre accident 4
- 9. Ne sait pas 9

• Module EO (origine sociale)

→ **Filtre** : pour les personnes ayant déjà répondu en 1998 à la question ECPRPE →→ **Mod. R**

EOPRPE. Votre père (ou l'adulte qui vous a élevé) exerce-t-il (a-t-il exercé) une activité professionnelle ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **mod. R**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **mod. R**
- 9. Ne sait pas 9 → **mod. R**

EOPROF. Quelle profession principalement ? (*intitulé précis*)

• *Pour les salariés de l'Etat, des collectivités locales et des services publics, préciser aussi le grade.*
 • *Attention, pour les retraités, indiquer non la dernière, mais la principale profession exercée.*

EOSTAT. Travaillez-vous (*travaillait-il*) comme...

- 1. Indépendant ou salarié mais chef de votre entreprise 1 → **Mod. R**
- 2. Salarié de l'Etat ou des collectivités locales (*y.c. PTT*)..... 2
- 3. Salarié d'une entreprise publique ou nationale (*EDF-GDF, SNCF, RATP, Banque de France...*) ou salarié de la sécurité sociale..... 3
- 4. Autre salarié du commerce ou de l'industrie 4
- 5. Aide un membre de sa famille dans son travail sans être salarié..... 5 → **Mod. R**
- 6. Autre travailleur ne percevant pas de salaire 6 → **Mod. R**
- 7. Autres cas 7
- 9. Ne sait pas 9

EOPOSI. →Enquêteur Indiquez la position professionnelle de cet emploi :

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) 1
- 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) 2
- 3. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale 3
- 4. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise 4
- 5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)..... 5
- 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique 6
- 7. Ingénieur ou cadre (les employés, techniciens, agents de maîtrise n'ayant pas la qualité de cadre ne devront pas se classer ici, même s'ils cotisent à une caisse de retraite des cadres) 7
- 8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique 8
- 9. Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique 9
- 10. Autre cas : 10

Précisez (coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique, etc.):

- 99. Ne sait pas 99

EOPOSx

Module R : Revenus, situation juridique et administrative

• Revenus, allocations

RALLOC. Percevez-vous actuellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) une allocation, pension, ou autre revenu en raison de vos problèmes de santé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 * → **R100**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **R100**
- 9. Ne sait pas 9 → **R100**

** le programme demande confirmation si la réponse de 1998 était positive*

RALLOL. Si oui, lesquels ?

(LIRE LA LISTE et cocher les cases correspondantes aux allocations perçues)

- 01. Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) 01 RAAH
 - 02. Allocation compensatrices (pour Tierce Personne ou pour frais professionnels) 02 RACTP
 - 03. Garantie de Ressources 03 RGR
 - 04. Allocation d'Education Spéciale (AES) 04 RAES
 - 05. Allocations Logement pour raisons de santé: Allocation Logement Social (ALS), Aide Personnalisée au Logement (APL)..... 05 RALS
 - 06. Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) 06 RPSD
 - 07. Pension d'invalidité versée par la caisse maladie (ou pension de substitution après 60 ans, versée par la caisse retraite), pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne 07 RINVAL
 - 08. Rente d'incapacité liée à un accident du travail 08 RACCI
 - 09. Indemnités journalières de la Sécurité sociale 09 RIJSS
 - 10. Rente versée par une assurance ou une mutuelle 10 RASSUR
 - 11. Pension militaire d'invalidité (ou pension « d'ayant-cause ») 11 RMILIT
 - 12. Aide sociale départementale 12
 - 13. Aide sociale à l'hébergement 13
 - 14. Autres 14 RAUTR
- Précisez :** **RLEKEL**

Pour chaque allocation ci-dessus de 01 à 11, le programme examine l'évolution depuis 1998.

- 1. Réponses identiques à celles de 1998 1 → **R100**
- 2. Réponse différente de celle de 1998 2

RESTE. Combien vous reste-t-il après paiement éventuel de vos frais d'hébergement ? (présentez la carte 7 sur les tranches de revenus puis inscrivez le numéro de la tranche)

- 00 à 16. Tranche de revenus
- 98. Refus de répondre 98
- 99. Ne sait pas 99

RCAPIT. Depuis deux ans, avez-vous perçu de la part d'une société d'assurance ou d'une mutuelle un capital indemnisant un accident corporel dont vous avez été la victime?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **RGEST**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **RGEST**
- 9. Ne sait pas 9 → **RGEST**

• Situation juridique et administrative

→ **Filtre : pour les personnes de moins de 18 ans** →→→→→→→→→→→→→→→→→→ **RPJUR**

RGEST. Gérez-vous vos ressources seul(e) ?

- 1. Oui sans aide, ou c'est mon conjoint qui s'en occupe habituellement 1
- 2. Oui, avec les conseils d'un autre parent 2
- 3. Oui, avec les conseils d'un ami 3
- 4. Oui, avec l'aide d'un tiers (*association, travailleur social*) 4
- 5. Oui, avec les conseils de mon tuteur ou juge 5
- 6. Non 6
- 8. Refus de répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

RPROCU. Avez-vous donné pour cela une procuration à des proches ?

- 1. Oui, à un ou des membres de la famille 1
- 2. Oui, à un ou des amis 2
- 3. Oui, à une association, un travailleur social, un établissement..... 3
- 4. Non 4
- 8. Refus de répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

RPJUR. Etes-vous placé sous un régime de protection juridique ? (*tutelle, curatelle, sauvegarde de justice...*)

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **REXOTM**
- 8. Ne veut pas répondre 8 → **REXOTM**
- 9. Ne sait pas 9 → **REXOTM**

RPROJU. Si oui, lequel ?

- 1. Tutelle aux prestations sociales 1
- 2. Sauvegarde de justice 2
- 3. Curatelle 3
- 4. Tutelle d'Etat 4
- 5. Autre tutelle 5
- 8. Refus de répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

REXOTM. Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket-modérateur (= êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour le remboursement de vos frais médicaux) ?

- 1. Oui, pour l'ensemble de mes soins 1
- 2. Oui, pour une partie seulement de mes soins 2
- 3. Non 3
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtres : pour les personnes de moins de 15 ans ou de plus de 63 ans →→→→→ RINVAL1**

RCOTOR2. Au cours des deux dernières années, votre dossier a-t-il été examiné, ou renouvelé, par la COTOREP ?

- 0. Sans objet : trop jeune, dépend de la CDES 0 → **RCDES2**
- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **RCDES2**
- 9. Ne sait pas 9 → **RCDES2**

RCOT. Quelle(s) décision(s) a alors rendue la COTOREP ?

(possibilité de réponses simultanées)

- 0. La décision n'a pas encore été rendue 0 RCOT0
 - 1. Reconnaissance ou confirmation comme travailleur handicapé 1 RCOT1
 - 2. Reconnaissance ou confirmation d'un taux d'incapacité..... 2 RCOT2
 - 3. Attribution ou maintien d'allocations 3 RCOT3
 - 4. Orientation vers (ou maintien dans) un établissement de travail protégé (CAT, AP) 4 RCOT4
 - 5. Orientation vers (ou maintien dans) une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, EPSR) 5 RCOT5
 - 6. Orientation vers (ou maintien dans) une structure d'hébergement (foyer, MAS) 6 RCOT6
 - 7. Autre 7 RCOT7
- Précisez : -----**
- 8. Aucune aide accordée 8 RCOT8
 - 9. Ne sait pas 9

RCOTOA

Si on vous a reconnu la qualité de travailleur handicapé (RCOT=1):

RTRAV. Dans quelle catégorie de travailleur handicapé êtes-vous classé ?

- 1. catégorie A 1
- 2. catégorie B 2
- 3. catégorie C 3
- 9. Ne sait pas 9

Si orientation vers un établissement pour adultes handicapés (RCOT=4 à 6):

RCORES. Avez-vous pu en profiter ?

- 1. Oui 1
- 2. Oui, mais il m'a fallu attendre 2
- 3. Non, car il n'y avait pas de place 3
- 4. Non, car l'établissement était trop éloigné 4
- 5. Non, j'ai préféré rester chez moi 5
- 9. Ne sait pas 9

**→ Filtrés : pour les personnes de 23 ans et davantage
ou pour les personnes ayant déposé un dossier devant la COTOREP →→→ RINVALI**

RCDES2. Au cours des deux dernières années, votre dossier a-t-il été examiné, ou renouvelé, par la CDES ?

- 0. Sans objet : trop âgé, dépend de la COTOREP 0 → **RINVALI**
- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **RINVALI**
- 9. Ne sait pas 9 → **RINVALI**

RCD. Quelle(s) décision(s) a alors rendue la CDES ?

(possibilité de réponses simultanées)

- 0. La décision n'a pas encore été rendue 0 RCD0
 - 1. Reconnaissance ou confirmation d'un taux d'incapacité..... 1 RCD1
 - 2. Attribution ou maintien d'allocation d'éducation spéciale 2 RCD2
 - 3. Orientation vers (ou maintien dans) un établissement médico-éducatif 3 RCD3
 - 4. Attribution (ou maintien) d'une aide par un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD, SSESAD) 4 RCD4
 - 5. Autre 5 RCD5
- Précisez : -----**
- 6. Aucune aide accordée 6 RCD6
 - 9. Ne sait pas 9

RCDA

→ Filtre : Si pas d'orientation vers un établissement médico-éducatif →→→→→ RINVALI

Si on l'a orienté vers un établissement médico-éducatif (RCD=3):

RCDTYP. De quel type d'établissement s'agit-il ?

- 1. Etablissement pour déficients intellectuels..... 1
- 2. Institut de rééducation 2
- 3. Etablissements pour infirmes moteurs..... 3
- 4. Etablissements pour déficients visuels 4
- 5. Etablissements pour déficients auditifs 5
- 6. Etablissements pour polyhandicapés 6
- 7. Autre 7
- Précisez : -----**
- 9. Ne sait pas 9

RAUTYP

RCDRES. Avez-vous pu en profiter ?

- 1. Oui 1
- 2. Oui, mais il m'a fallu attendre 2
- 3. Non, car il n'y avait pas de place 3
- 4. Non, car l'établissement était trop éloigné..... 4
- 5. Non, j'ai préféré rester chez moi..... 5
- 9. Ne sait pas 9

→ Filtre : Si ce n'est pas la personne concernée qui répond (REPQ1=3) → → → → RCARTE

• Taux d'invalidité ou d'incapacité

Il y a deux ans, votre situation vis à vis de chacun des organismes ci-dessous était la suivante... ↻

Est-ce toujours le cas ?

[Affichage des taux relevés en 1998]		1. Oui 2. Non, la situation a évolué → → → 3. Erreur de déclaration en 1998 → → 8. Ne veut pas répondre 9. Ne sait pas	Taux actuel <i>(notez '0' si la personne n'a pas ou n'a plus de taux d'incapacité)</i>
- Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RINVAL1	<input type="checkbox"/> RTAUX1
- Taux d'incapacité lié à un accident du travail.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RINVAL2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RTAUX2
- Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RINVAL3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RTAUX3
- Taux lié à une pension militaire d'invalidité.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RINVAL4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RTAUX4
- Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RINVAL5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RTAUX5

RCARTE. Avez-vous une carte d'invalidité ?*(possibilité de réponses simultanées)*

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Oui, j'ai la carte d'invalidité (<i>couleur orange</i>) | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, j'ai la carte « station debout pénible » (<i>couleur verte</i>)..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Oui, j'ai la carte de priorité des invalides du travail (<i>barrée de bleu ou de rouge</i>) | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Oui, j'ai la carte de pensionné militaire d'invalidité (<i>barrée de bleu ou de rouge</i>) | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Non | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 |

Module G : Loisirs, vacances, culture, qualité de vie

• *Vacances*

GVAC. Partez vous en vacances ...

- 1. Plusieurs fois par an 1 → **GFAM**
- 2. Chaque année ou presque 2 → **GFAM**
- 3. A peu près une année sur deux 3 → **GFAM**
- 4. Plus rarement 4 → **GFAM**
- 5. Presque jamais 5
- 6. Jamais 6
- 8. Refus de répondre 8 → **GFAM**
- 9. Ne sait pas 9 → **GFAM**

Si vous ne partez jamais (ou presque jamais), c'est parce que ...
(possibilité de réponses simultanées)

- 1. vous ne voyez pas l'intérêt de partir 1 GNOVA1
- 2. votre travail professionnel vous en empêche..... 2 GNOVA2
- 3. vous trouvez ça trop coûteux 3 GNOVA3
- 4. vos problèmes de santé vous en empêchent 4 GNOVA4
- 5. vous ne pouvez partir seul(e) 5 GNOVA5
- 8. autre raison 8 GNOVA8
- Précisez : -----**
- 9. Ne sait pas 9 **GNOVAU**

GFAM. A quelle fréquence retournez-vous dans votre famille ?

- 1. Chaque semaine 1
- 2. Une ou deux fois par mois 2
- 3. Pour les vacances scolaires 3
- 4. Uniquement pour les vacances d'été 4
- 5. Moins souvent 5
- 6. Jamais 6
- 8. Refus de répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

GHORS. Durant les 15 derniers jours, avez-vous passé au moins une nuit hors de l'institution ?

- 1. Oui..... 1
- 2. Non..... 2
- 8. Refus de répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

Actuellement, allez-vous voir les spectacles suivants ?

(interroger ligne par ligne)

	1. Oui →→ 2. Non ↓	Notez le nombre de fois	par : 1. semaine 2. mois 3. an 4. Décennie 9. Ne sait pas
- un spectacle sportif payant.....	<input type="checkbox"/> GSOUIN1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF1	<input type="checkbox"/> GSPER1
- un spectacle sportif gratuit.....	<input type="checkbox"/> GSOUIN2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF2	<input type="checkbox"/> GSPER2
- au cinéma.....	<input type="checkbox"/> GSOUIN3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF3	<input type="checkbox"/> GSPER3
- au théâtre (joué par des acteurs professionnels) .	<input type="checkbox"/> GSOUIN4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF4	<input type="checkbox"/> GSPER4
- au concert classique ou à l'opéra.....	<input type="checkbox"/> GSOUIN5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF5	<input type="checkbox"/> GSPER5
- à un concert de rock ou de jazz.....	<input type="checkbox"/> GSOUIN6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF6	<input type="checkbox"/> GSPER6
- au music-hall, à un spectacle de variétés	<input type="checkbox"/> GSOUIN7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF7	<input type="checkbox"/> GSPER7
- au cirque	<input type="checkbox"/> GSOUIN8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF8	<input type="checkbox"/> GSPER8
- parc d'attractions	<input type="checkbox"/> GSOUIN9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GSNBF9	<input type="checkbox"/> GSPER9

• **Associations et activités bénévoles**

GASSOC. Participez-vous à une (ou plusieurs) association(s) ?

- 1. Oui.....
- 2. Non
- 8. Refus de répondre
- 9. Ne sait pas

<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 → GSPRAT
<input type="checkbox"/> 8 → GSPRAT
<input type="checkbox"/> 9 → GSPRAT

Si oui, A quels types d'associations ?

(interroger ligne par ligne)

	1. oui →→→→→ 2. non ↓ type d'association suivant	Quel est votre degré de participation ? 1. Simple adhérent 2. Participant actif 3. A une responsabilité 9. Ne sait pas
- Associations sportives	<input type="checkbox"/> GATYP1	<input type="checkbox"/> GAPART1
- Associations musicales.....	<input type="checkbox"/> GATYP2	<input type="checkbox"/> GAPART2
- Associations parascolaires, scouts,...	<input type="checkbox"/> GATYP3	<input type="checkbox"/> GAPART3
- Syndicats ou organisations professionnelles.....	<input type="checkbox"/> GATYP4	<input type="checkbox"/> GAPART4
- Associations de parents d'élèves.....	<input type="checkbox"/> GATYP5	<input type="checkbox"/> GAPART5
- Associations ou clubs du 3ème âge	<input type="checkbox"/> GATYP6	<input type="checkbox"/> GAPART6
- Anciens combattants ou "classes"	<input type="checkbox"/> GATYP7	<input type="checkbox"/> GAPART7
- Associations de personnes handicapées ou de familles .	<input type="checkbox"/> GATYP8	<input type="checkbox"/> GAPART8
- Autre type d'associations, ou d'activité bénévole.....	<input type="checkbox"/> GATYP9	<input type="checkbox"/> GAPART9

GANIM. Participez-vous aux animations organisées à l'intérieur de l'établissement (jeux de société, goûters ou thés dansants...) ?

- 0. Sans objet : jamais d'animation dans l'établissement 0
- 1. Oui, souvent 1
- 2. Oui, de temps en temps 2
- 3. Non, jamais 3
- 9. Ne sait pas 9

• **Activités sportives**

GSPRAT. Pratiquez-vous régulièrement un ou plusieurs sports ?

- 1. Oui..... 1
- 2. Non, je ne peux pas, pour des raisons de santé, handicap, ... 2 → **GSLEC**
- 3. Non, je ne peux pas, par manque de temps, de partenaires, ... 3 → **GSLEC**
- 4. Non, je n'en éprouve pas le besoin et ça ne me manque pas 4 → **GSLEC**
- 5. Non, je suis trop âgé 5 → **GSLEC**
- 6. Non, l'enfant est trop jeune 6 → **GSLEC**
- 9. Ne sait pas 9 → **GSLEC**

GSPREF. Parmi eux, quel est celui que vous pratiquez le plus ? (

• Carte de codes n° 6 sur les sports)

--	--	--

GSPCAD. Dans quel cadre le pratiquez-vous le plus souvent ?

(possibilité de réponses simultanées)

- 1. En individuel 1
- 2. Avec une autre association 2
- 3. Dans un club d'entreprise 3
- 4. Dans un club scolaire ou universitaire 4
- 5. Avec une association de handicapés 5
- 6. Avec le foyer, l'institution, le C.A.T., la résidence 6
- 9. Ne sait pas 9

• **Lecture**

GSLECT. Depuis un an, avez-vous lu...

- 1. ...un article d'un journal, d'une revue, d'un périodique 1
- 2. ...quelques pages d'un livre (y.c. encyclopédie ou livre pratique) 2
- 3. N'a rien lu 3 → **GSLOIS**
- 9. Ne sait pas 9 → **GSLOIS**

GSBOOK. Combien lisez-vous de livres en moyenne dans l'année ?

(si la personne ne sait pas répondez '99', la réponse '90' correspond à '90 et plus')

--	--	--

→ **Filtre** : Si ce n'est pas la personne concernée qui répond →→→→→→→→ **GSOMM**

GSLOIS. Pratiquez-vous des loisirs dont nous n'avons pas parlé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **GSOMM**
- 9. Ne sait pas 9 → **GSOMM**

Si oui, lesquels ? (notez en clair ci-dessous, et dans l'ordre où elles sont citées les activités mentionnées par la personne

- 1. 1 GLOISIR1
- 2. 2 GLOISIR2
- 3. 3 GLOISIR3
- 4. 4 GLOISIR4
- 5. 5 GLOISIR5

GSOMM. Votre sommeil est-il souvent interrompu ?

- 0. Sans objet: je prends des médicaments pour cela 0 → **GESTIM**
- 1. Oui 1
- 2. Non 2 → **GESTIM**
- 9. Ne sait pas 9 → **GESTIM**

GSOMM2. Si oui, est ce à cause de votre état de santé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : Si ce n'est pas la personne concernée qui répond, l'interview est terminée → **ASSIST**

GESTIM. Actuellement, compte tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ?

- 1. Très bon 1
- 2. Bon 2
- 3. Moyen 3
- 4. Médiocre 4
- 5. Franchement mauvais 5
- 9. Ne sait pas 9

GAIDE. Pensez-vous disposer de toute l'aide dont vous auriez besoin en raison de votre état de santé ? (possibilité de réponses simultanées)

- 1. Oui, tout à fait 1
- 2. Oui, pour l'essentiel 2
- 3. Non, je manque d'équipements 3
- 4. Non, je manque de moyens financiers..... 4
- 5. Non, je manque d'aide humaine 5
- 9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : Si la personne n'a pas répondu seule à l'interview (REPQ1≠1) →→→→→ **ASSIST**

GTERM. Cet entretien est maintenant terminé et je vous remercie de votre participation.

Les premiers résultats de l'enquête seront publiés par l'INSEE au cours du premier semestre 2001. Souhaitez-vous les recevoir ?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

VISITE. Accepteriez-vous, d'ici quelque temps, une conversation libre avec un chercheur envoyé par l'INSEE pour approfondir certains des sujets dont nous avons parlé ?

Cet entretien durerait environ une heure et serait enregistré sur magnétophone.

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

POUR L'ENQUÊTEUR : Personnes ayant assisté et/ou répondu à l'entretien**ASSIST. Quelles étaient les personnes assistant à l'entretien ?***(possibilité de réponses simultanées)*

1. La personne elle-même 1
2. Un membre de l'administration 2
3. Un personnel soignant ou éducateur 3
4. Un parent ou un ami 4

REPQ2. Parmi les personnes assistant à l'entretien, Qui a effectivement répondu au questionnaire ? *(possibilité de réponses simultanées) :*

1. La personne elle-même 1
2. Un membre de l'administration 2
3. Un personnel soignant ou éducateur 3
4. Un parent ou un ami 4

Table des matières

Partie réservée à l'établissement	2
Module A : Relevé de la nature et de l'origine des problèmes de santé	6
Module B : Description des incapacités.....	8
Module C : Environnement socio-familial	23
Module D : Accessibilité du logement - Aides techniques.....	30
Module L : Conditions de logement.....	39
Module T : Déplacements et transports	41
Module S : Scolarité et diplômes	43
Module E : Emploi.....	47
EA : Activité professionnelle actuelle	48
EB : Recherche d'emploi	52
EC : Activité professionnelle antérieure	55
EO : Activité professionnelle du père (origine sociale).....	57
Module R : Revenus, situation administrative et juridique	59
Module G : Loisirs, vacances, culture, qualité de vie.....	66