

***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 1999**  
**auprès des personnes vivant à domicile**

**Dossier d'interview partie 2**  
(questionnaire individuel)

<b>RGES.</b>	<b>Région de gestion</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NENQ.</b>	<b>Identifiant de l'enquêteur</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NUMFA.</b>	<b>N° fiche-adresse</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DATENQ.</b>	<b>Date de l'interview</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NBIND.</b>	<b>Nombre de personnes du ménage</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NUMIND.</b>	<b>Numéro (issu du Tcm) de la personne concernée par HID</b> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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° 99 X 709 EC du Conseil National de L'Information Statistique, valable pour l'année 1999.

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 de la région de leur domicile..

## Sommaire

<b>Module A : Relevé de la nature et de l'origine des problèmes de santé.....</b>	<b>4</b>
<b>Module B : Description des incapacités .....</b>	<b>6</b>
<b>Module C : Environnement socio-familial .....</b>	<b>26</b>
<b>Module D : Accessibilité du logement - Aides techniques.....</b>	<b>33</b>
<b>Module L : Conditions de logement .....</b>	<b>44</b>
<b>Module T : Déplacements et transports.....</b>	<b>46</b>
<b>Module S : Scolarité et diplômes .....</b>	<b>51</b>
<b>Module E : Emploi.....</b>	<b>54</b>
<b>EA : Activité professionnelle actuelle .....</b>	<b>55</b>
<b>EB : Recherche d'emploi .....</b>	<b>58</b>
<b>EC : Activité professionnelle antérieure.....</b>	<b>60</b>
<b>EO : Activité professionnelle du père (origine sociale) .....</b>	<b>63</b>
<b>Module R : Revenus, situation administrative et juridique.....</b>	<b>64</b>
<b>Module G : Loisirs, vacances.....</b>	<b>72</b>
<b>Module W : Conséquences pour l'aidant principal.....</b>	<b>76</b>



## Module A : Cause et origine des incapacités

### • Maladies chroniques, déficiences, handicaps

**AHANDI. Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? (dues aux conséquences d'un accident, d'une maladie chronique, d'un problème de naissance, d'une infirmité, du vieillissement...)**

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

colonne 1	colonne 2
<p><b>De quelle(s) difficulté(s), infirmité(s) ou autre(s) problème(s) de santé s'agit-il ?</b> (indiquez ci-dessous et notez en clair, <i>sans rien modifier</i>, les réponses de la personne interviewée)</p>	<p><b>Nature</b> (voir carte 1)</p>
ADEF01 .....	ANAT01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF02 .....	ANAT02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF03 .....	ANAT03 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF04 .....	ANAT04 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF05 .....	ANAT05 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF06 .....	ANAT06 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF07 .....	ANAT07 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF08 .....	ANAT08 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF09 .....	ANAT09 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF10 .....	ANAT10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF11 .....	ANAT11 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>- LES OUBLIS :</b> si vous rencontrez dans la suite du questionnaire des maladies ou autres problèmes de santé non mentionnés dans la liste ci-dessus, notez les en clair ci-dessous, sans rien y modifier</p>	
ADEF12 .....	ANAT12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF13 .....	ANAT13 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF14 .....	ANAT14 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF15 .....	ANAT15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF16 .....	ANAT16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ADEF17 .....	ANAT17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Module A : Cause et origine des incapacités

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

- les colonnes 1 et 3 (remplies en premier) doivent contenir le texte en clair des réponses de la personne interviewée. Le texte de ces deux réponses vous servira d'une part 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. La colonne 2 à l'aide de la carte "1" relative aux "déficiences", nomenclature en 21 postes. La colonne 4 à l'aide de la carte "2" relative aux "origines et causes", nomenclature en 17 postes.

### • Origine des problèmes cités

colonne 3	colonne 4
<p><b>Pouvez-vous indiquer, pour chacun des troubles que vous venez d'indiquer, son origine ?</b> (notez en clair ci-dessous, sans rien y modifier, les réponses de la personne interviewée. Parfois, la réponse sera "sans objet" ou "ne sait pas" ; par exemple, une réponse "sclérose en plaques" en colonne 1 n'appelle pas de réponse sur l'origine. Vous noterez alors "sans objet" ci-dessous en colonne 3, et chiffrerez la colonne 4 d'après le libellé de la colonne 1 : ici "13 Autre maladie")</p>	<p><b>Origine</b> (voir carte 2)</p>
<p>AOR01 -----</p> <p>AOR02 -----</p> <p>AOR03 -----</p> <p>AOR04 -----</p> <p>AOR05 -----</p> <p>AOR06 -----</p> <p>AOR07 -----</p> <p>AOR08 -----</p> <p>AOR09 -----</p> <p>AOR10 -----</p> <p>AOR11 -----</p>	<p>ACOD01 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD02 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD03 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD04 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD05 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD06 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD07 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD08 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD09 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD10 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD11 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<p><b>- LES OUBLIS :</b> posez la même question sur l'origine chaque fois que vous rencontrerez dans la suite du questionnaire des maladies ou autres problèmes de santé non mentionnés dans la liste ci-dessus</p>	
<p>AOR12 -----</p> <p>AOR13 -----</p> <p>AOR14 -----</p> <p>AOR15 -----</p> <p>AOR16 -----</p> <p>AOR17 -----</p>	<p>ACOD12 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD13 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD14 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD15 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD16 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>ACOD17 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>

## Module B : Description des incapacités

→ **Enquêteur** : Dans toute cette partie, lorsque vous cochez une réponse en face de laquelle figure un "S", entourez celui-ci. Cela vous servira à repérer les difficultés éventuelles signalées par le répondant, et à déterminer s'il faut poser d'une part la question relative à l'ancienneté qui suit immédiatement la question, et d'autre part les questions sur la cause et l'origine qui portent sur le groupe de questions en cours.

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

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

**BTOI1. Faites-vous (l'individu fait-il) votre (sa) toilette sans l'aide de quelqu'un ?**

- |  |                          |          |
|--|--------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne se lave pas .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 1. Oui, sans aide et sans aucune difficulté .....  | <input type="checkbox"/> |          |
| 2. Oui, sans aide mais avec quelques difficultés .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 3. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés en raison de mes difficultés physiques .....   | <input type="checkbox"/> | <b>S</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"/> | <b>S</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"/> | <b>S</b> |
| 6. Non, j'ai besoin d'aide pour tout .....   | <input type="checkbox"/> | <b>S</b> |
| 7. Sans objet : trop jeune .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> |          |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> |          |

**BTOI1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (*si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999"*)

|\_|\_| | **ans**

### • Habillage : s'habiller, se déshabiller

**BHAB1. Vous habillez-vous et déshabillez-vous (s'habille-t-il ou se déshabille-t-il) entièrement sans aide ?**

- |  |                          |          |
|--|--------------------------|----------|
| 0. Sans objet : n'a pas besoin de s'habiller ( <i>reste en pyjama...</i> ) .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 1. Oui, je me débrouille sans aide et sans aucune difficulté .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 2. Oui, je me débrouille sans aide mais avec quelques difficultés .....  | <input type="checkbox"/> |          |
| 3. Oui, je me débrouille sans aide mais avec beaucoup de difficultés .....   | <input type="checkbox"/> | <b>S</b> |
| 4. Non, quelqu'un me prépare les vêtements que je dois mettre .....  | <input type="checkbox"/> | <b>S</b> |
| 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"/> | <b>S</b> |
| 6. Non, j'ai besoin d'une aide pour tout .....   | <input type="checkbox"/> | <b>S</b> |
| 7. Sans objet : trop jeune .....   | <input type="checkbox"/> |          |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> |          |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> |          |

**BHAB1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

• **Alimentation : manger les aliments préparés**

**BALI1. Coupez-vous votre (coupe-t-il sa) nourriture sans aide ?**

- 0. Sans objet : nourri au goutte à goutte .....  0 **S**
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut une aide .....  4 **S**
- 5. Nourri d'aliments mixés .....  5 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BALI2. Vous servez-vous (se sert-il) à boire sans aide ?**

- 0. Sans objet : ne boit pas .....  0 **S**
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut une aide .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BALI2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler pour vous (se) nourrir ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

→ **Filtre** : Si la personne est nourrie au goutte à goutte (BALI1=0)→→→→→→→→ **BDIF1**

**BALI3. Une fois que la nourriture est prête, mangez-vous et buvez-vous (mange-t-il et boit-il) sans aide ?**

- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut une aide .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BALI3a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

## ●●● Cause et origine des difficultés de toilette, d'habillement, ou d'alimentation

**BDIF1** → **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bto11** à **bali3** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **beli1**.

1. Au moins une difficulté signalée .....
2. Aucune difficulté signalée .....

1

2 → **BELI1**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oublis" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite.

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

BCOZ1

BCOZ2

BCOZ3

BCOZ4

BCOZ5

## ● **Élimination** : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

**BELI1. Vous servez-vous (se sert-il) des toilettes sans l'aide de quelqu'un ?**

0. Sans objet : ne me sers pas des toilettes .....
1. Oui, sans aucune difficulté .....
2. Oui, mais avec quelques difficultés .....
3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....
4. Oui, mais il faut qu'on me le rappelle car j'ai tendance à oublier .....
5. Non, il faut que quelqu'un m'aide .....
7. Sans objet : trop jeune .....
8. Ne veut pas répondre .....
9. Ne sait pas .....

0      **S**

1

2

3      **S**

4      **S**

5      **S**

7

8

9

**BELI1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

ans

**BELI2. Avez-vous (a-t-il) des difficultés pour contrôler vos (ses) selles ou vos (ses) urines ?**

- 0. Sans objet: anus artificiel **et** sonde vésicale .....
- 1. Non, jamais .....
- 2. Oui, parfois, mais seulement les urines .....
- 3. Oui, souvent ou assez souvent, mais seulement les urines .....
- 4. Oui, mais seulement les selles .....
- 5. Oui, les selles et les urines.....
- 7. Sans objet : trop jeune .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 0        **S**
- 1 → **BDIF2**
- 2
- 3        **S**
- 4        **S**
- 5        **S**
- 7 → **BDIF2**
- 8 → **BDIF2**
- 9 → **BDIF2**

**BELI2a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

    |    |    |    |    | ans

→ **Filtre** : Si la personne a un anus artificiel et une sonde vésicale (BELI2=0) →→→→ **BDIF2**

**BELI3. Si oui, vous débrouillez-vous (se débrouille-t-il) sans aide quand cela vous (lui) arrive ?**

- 1. Oui, sans aucune difficulté .....
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....
- 4. Non, j'ai parfois besoin d'aide .....
- 5. Non, j'ai toujours besoin d'aide pour me changer .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3        **S**
- 4        **S**
- 5        **S**
- 8
- 9

**●●● Cause et origine des difficultés d'élimination**

**BDIF2 → Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **beli1** à **beli3** précédentes, c'est-à-dire si vous avez du entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à **bmob1**.

- 1. Au moins une difficulté signalée .....
- 2. Aucune difficulté signalée .....

- 1
- 2 → **BMOB1**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oublis" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite

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

- BCOZ6
- BCOZ7
- BCOZ8
- BCOZ9
- BCOZ10

## • Mobilité : introduction et filtrage

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

- |   |                          |   |   |
|---|--------------------------|---|---|
| 1. ...Au lit.....                           | <input type="checkbox"/> | 1 | S |
| 2. ...Dans votre chambre .....              | <input type="checkbox"/> | 2 | S |
| 3. ...A l'intérieur de votre logement ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, peut sortir .....                   | <input type="checkbox"/> | 4 |   |
| 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 |   |

### BMOB1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

    |    |    |    |    ans

→ **Filtres** : Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→→→ **BDIF3**

    Pour les enfants de moins de 5 ans →→→→→→→→→→→ (BDIF3) puis →BCOH3

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

### BTRA1. Vous couchez-vous et vous levez-vous (se couche-t-il et se lève-t-il) du lit sans aide ?

- |   |                          |   |   |
|---|--------------------------|---|---|
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |   |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, il me faut une aide .....               | <input type="checkbox"/> | 4 | S |
| 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 (s'assoit-il et se lève-t-il de son) siège sans aide ?

- |  |                          |   |   |
|--|--------------------------|---|---|
| 0. Sans objet : ne peut pas se mettre en position assise ..... | <input type="checkbox"/> | 0 | S |
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....                           | <input type="checkbox"/> | 1 |   |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....                   | <input type="checkbox"/> | 2 |   |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....                | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, il me faut une aide .....                              | <input type="checkbox"/> | 4 | S |
| 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 |   |

### BTRA2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

    |    |    |    |    ans

→ **Filtre** : Si la personne est confinée dans sa chambre (BMOB1=2) →→→→→→ **BDIF3**

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

**BDPI1. Vous déplacez-vous (se déplace-t-il) sans aide dans toutes les pièces de l'étage où vous êtes ?**

- 1. Oui, je le fais sans aide.....  1
- 2. Oui, mais seulement dans certaines pièces de l'étage .....  2 **S**
- 3. Non, j'ai en général besoin d'aide pour me déplacer d'une pièce à l'autre .....  3 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BDPI1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

**BDPI2. Pouvez-vous (peut-il) 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...) .....  0
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut l'aide de quelqu'un .....  4 **S**
- 5. Non, je ne me déplace qu'en fauteuil roulant .....  5 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BDPI2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

**BDPI3. Utilisez-vous (utilise-t-il) l'ascenseur sans l'aide d'une autre personne ?**

- 0. Sans objet : n'en a jamais l'occasion (pas d'ascenseur...) .....  0
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut l'aide de quelqu'un .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BDPI3a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

→ **Filtres** : Si la personne est confinée à l'intérieur du domicile (BMOB1=3) → → **BACH2**

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

**BDPE1. Sortez-vous (sort-il) de votre domicile sans aide ?**

- |  |                          |   |                |
|--|--------------------------|---|----------------|
| 1. Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide .....   | <input type="checkbox"/> | 1 |                |
| 2. Oui, mais je ne sors que rarement .....   | <input type="checkbox"/> | 2 |                |
| 3. Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi .....  | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b>       |
| 4. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes <i>difficultés physiques</i> .....                       | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b>       |
| 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 | <b>S</b>       |
| 7. Sans objet : trop jeune .....   | <input type="checkbox"/> | 7 | → <b>BACH2</b> |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> | 8 |                |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> | 9 |                |

**BDPE1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté**

**que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

**BDPE2. Quelle est la plus longue distance que vous pouvez (qu'il peut) parcourir seul(e) ( en marchant avec ou sans cannes, béquilles..., ou en fauteuil roulant) sans vous (s') 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 (lui) qui faites (fait) tous vos (ses) achats ?**

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

**BACH1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté**

**que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

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

- 1. Oui, sans difficultés.....
- 2. Oui, sans trop de difficultés .....
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés.....
- 4. Non .....
- 7. Sans objet : trop jeune .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	S
<input type="checkbox"/>	4	S
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

**BACH2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")**

				ans
--	--	--	--	-----

**••• Cause et origine des difficultés de transferts, de déplacements, d'achats.**

**BDIF3 → Enquêteur :** Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bmob1** à **bach2** précédentes, c'est-à-dire si vous avez du entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **bale1**.

- 1. Au moins une difficulté signalée .....
- 2. Aucune difficulté signalée .....

<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	2	→ <b>BMENI</b>

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oublis" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite

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

	BCOZ11
	BCOZ12
	BCOZ13
	BCOZ14
	BCOZ15

→ **Filtres** : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **BTEL**  
 Si la personne est tétraplégique (ANAT[i]=12) →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **BTEL**  
 Si la personne est confinée au lit ou à la chambre (BMOB1 <=2) →→→→→ **BMEN3**

• **Tâches ménagères et gestion**

**BMEN1. Actuellement, préparez-vous vos repas sans aide ?**

- 0. Sans objet : prend tous ses repas au restaurant .....  0
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les prépare, mais je pourrais le faire en cas de besoin .....  4
- 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les prépare, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin .....  5 **S**
- 6. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...) mais je pourrais le faire en cas de besoin .....  6
- 7. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...), et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin .....  7 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BMEN1a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous**

**venez de signaler ?** (si la difficulté est apparue avant l'âge de 15 ans, saisir 15; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

ans

**BMEN2. Actuellement, faites-vous sans aide les tâches ménagères courantes dans votre domicile (vaisselle, lessive, repassage, ménage, rangement...)?**

- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les fait, mais je pourrais le faire en cas de besoin .....  4
- 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les fait, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin .....  5 **S**
- 6. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...) mais je pourrais le faire en cas de besoin .....  6
- 7. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...), et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin .....  7 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BMEN2a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous**

**venez de signaler ?** (si la difficulté est apparue avant l'âge de 15 ans, saisir 15; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

ans

→ **Filtre** : Si la personne est aveugle (ANAT[i]=21) →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **BMEN4**

**BMEN3. Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?**

- 0. Sans objet : est placé(e) sous tutelle .....  0
- 1. Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin .....  4
- 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin .....  5 **S**
- 6. Quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...) .....  6 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BMEN3a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si la difficulté est apparue avant l'âge de 15 ans, saisir 15; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

**BMEN4. Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi, ou pour emprunter le réseau de transports en commun ?**

- 0. Sans objet : ne sors pas .....  0 **S**
- 1. Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin .....  4
- 5. Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à me débrouiller seul(e) en cas de besoin .....  5 **S**
- 6. Non, je ne sors qu'en ambulance .....  6 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BMEN4a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si la difficulté est apparue avant l'âge de 15 ans, saisir 15; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

**BMEN5. Prenez-vous sans aide les médicaments prescrits par votre médecin ?**

- 0. Sans objet : ne prend pas de médicaments .....  0
- 1. Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, c'est un ami ou un proche, une infirmière, qui me les prépare ou me le rappelle, mais je pourrais m'en occuper seul(e) .....  4
- 5. Non, c'est un ami ou un proche, une infirmière, qui me les prépare ou me le rappelle et je ne pourrais pas y arriver seul(e) .....  5 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BMEN5a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si la difficulté est apparue avant l'âge de 15 ans, saisir 15; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_ ans

## ●●● Cause et origine des difficultés ménagères ou de gestion

**BDIF7** → **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bmen1.** à **bmen5.** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **bale1.**

1. Au moins une difficulté signalée .....

1

2. Aucune difficulté signalée .....

2 → **BTEL**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (plusieurs réponses possibles) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oubliés" de la page 4, puis reportez le chiffre ("12", "13", "14"... ) dans le bac de droite.

Cause numéro 1 .....

BCOZ66

Cause numéro 2 .....

BCOZ67

Cause numéro 3 .....

BCOZ68

Cause numéro 4 .....

BCOZ69

Cause numéro 5 .....

BCOZ70

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

### **BTEL.** Vous servez-vous seul(e) du téléphone?

0. Sans objet : ne possède pas de téléphone .....

0

1. Oui, j'appelle et je réponds 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 réponds seul(e) mais je ne peux pas appeler quelqu'un .....

3 **S**

4. Non, je n'y arrive pas seul(e) .....

4 **S**

7. Sans objet : trop jeune .....

7

9. Ne sait pas .....

9

**BTELa.** Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

ans

### **BALARM.** Disposez-vous d'une télalarme ?

1. Oui .....

1

2. Non mais j'en aurais besoin .....

2

3. Non, je n'en ai pas besoin .....

3

7. Sans objet : trop jeune .....

7

9. Ne sait pas .....

9

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

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

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

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

**BCOH1. En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous (communique-t-il) avec votre (ou son) entourage sans l'aide de quelqu'un ?**

- 0. Sans objet : ne communique pas avec les gens (*autiste...*) .....  0 **S**
- 1. Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas.....  9

**BCOH1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (... ou ne parlez-vous pas aux gens ? Si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")**

ans

**BCOH3. Vous (lui) arrive-t-il, par votre (son) comportement, de vous (se) mettre en danger (*risques de se blesser...*) ?**

- 1. Non, rarement .....  1
- 2. Oui, parfois .....  2 **S**
- 3. Oui, souvent .....  3 **S**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas.....  9

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

- 1. Non, rarement .....  1
- 2. Oui, parfois .....  2 **S**
- 3. Oui, souvent .....  3 **S**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas.....  9

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

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

→ *Filtre : pour les enfants de moins de 5 ans* →→→→→→→→→→→→→→→→ **BDIF4**

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

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

- |                                  |                            |          |
|----------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Non, jamais .....             | <input type="checkbox"/> 1 |          |
| 2. Oui, parfois .....            | <input type="checkbox"/> 2 | <b>S</b> |
| 3. Oui, toujours .....           | <input type="checkbox"/> 3 | <b>S</b> |
| 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 |          |

**BORI1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")**

\_\_\_\_ ans

→ *Filtre : Si la personne est confinée à l'intérieur du domicile (BMOB1 <=3)*→→→**BDIF4**

**BORI2. Avez-vous (a-t-il) des difficultés à trouver votre (son) chemin quand vous sortez (il sort) ?**

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

**BORI2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")**

\_\_\_\_ ans

**••• Cause et origine des difficultés de cohérence, de communication, et d'orientation**

**BDIF4** → **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bale1** à **bori2** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **bsen1**

- 1. Au moins une difficulté signalée .....
- 2. Aucune difficulté signalée .....

1  
 2 → **BSENI**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oubliés" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite

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

BCOZ16  
 BCOZ17  
 BCOZ18  
 BCOZ19  
 BCOZ20

**• Vue, ouïe, parole**

→ **Filtre** : Si la personne est aveugle (ANAT[i]=2.1) →→→→→→ **BSEN1a** puis →→ **BVUE**

**BSEN1. Voyez-vous (voit-il) 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 .....
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....
- 4. Non .....
- 9. Ne sait pas .....

1  
 2  
 3 **S**  
 4 **S**  
 9

**BSEN1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (... ou depuis quel âge êtes-vous aveugle ? Si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

**ans**

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

- 1. Oui, sans aucune difficulté .....
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....
- 4. Non .....
- 9. Ne sait pas .....

1  
 2  
 3 **S**  
 4 **S**  
 9

**BSEN2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

→ **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 .....  1
- 2. Partiellement aveugle (quelques possibilités de vision, par exemple la distinction de silhouettes) .....  2
- 3. Totalement aveugle (ou avec seule perception de la lumière) .....  3
- 9. Ne sait pas .....  9

→ **Filtre** : Si la personne est totalement sourde (ANAT[i]=3.1) →→→→→→→→→→ **BSEN3a**

**BSEN3. Entendez-vous (entend-il) 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 .....  1
- 2. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement .....  2 **S**
- 3. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort .....  3 **S**
- 4. Non .....  4 **S**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BSEN3a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (... ou depuis quel âge êtes-vous sourd ? si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

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

- 0. Sans objet : muet(te) .....  0 **S**
- 1. Non, pas du tout .....  1
- 2. Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien .....  2 **S**
- 3. Oui, beaucoup de difficultés.....  3 **S**
- 4. Ne parle pas (autiste...) .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**BSEN4a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

### ●●● Cause et origine des difficultés de vision, d'audition et de parole

**BDIF5** → **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bsen1** à **bsen4** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **bmed**.

- 1. Au moins une difficulté signalée .....
- 2. Aucune difficulté signalée .....

- 1
- 2 → **BMEDI**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oublis" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite.

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

- BCOZ21
- BCOZ22
- BCOZ23
- BCOZ24
- BCOZ25

**Avez-vous (a-t-il) eu, au cours des 3 derniers mois, une visite médicale consacrée...**

**BMED1. ...au contrôle de votre (sa) vue ?**

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

- 1
- 2
- 9

**BMED2. ...au contrôle de votre (son) ouïe ?**

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

- 1
- 2
- 9

**BMED3. ...au contrôle de vos (ses) dents ?**

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

- 1
- 2
- 9

**BMED4. Avez-vous (a-t-il) consulté au cours des 3 derniers mois pour des troubles psychiques ou mentaux ?**

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

- 1
- 2 → **BSOUI**
- 8 → **BSOUI**
- 9 → **BSOUI**

**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 régulier dans ce domaine ?**

- |                               |                          |   |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |

**• Souplesse, manipulation**

→ **Filtre** : Si la personne est tétraplégique (ANAT[i]=1.2) →→→ **BSOU1a** puis →→ **BAVIS**

**BSOU1. Vous coupez-vous (se coupe-t-il) les ongles des orteils sans l'aide de quelqu'un ?**

- |   |                          |   |          |
|---|--------------------------|---|----------|
| 0. Sans objet : n'a plus de pieds .....         | <input type="checkbox"/> | 0 | <b>S</b> |
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |          |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |          |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b> |
| 4. Non .....                                    | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b> |
| 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 |          |

**BSOU1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?**(. ou depuis quel âge êtes vous tétraplégique ?

Si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

**BSOU2. Vous servez-vous (se sert-il) de vos (ses) mains et de vos (ses) 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 .....         | <input type="checkbox"/> | 0 | <b>S</b> → <b>BSOU2a</b><br>puis → <b>BSOU4</b> |
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 | → <b>BSOU4</b>                                  |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |   |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b>  |
| 4. Non .....                                    | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b>  |
| 7. Sans objet : trop jeune .....                | <input type="checkbox"/> | 7 | → <b>BSOU4</b>                                  |
| 8. Ne veut pas répondre .....                   | <input type="checkbox"/> | 8 |   |
| 9. Ne sait pas .....                            | <input type="checkbox"/> | 9 |   |

**BSOU2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ?** (si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ans

→ **Filtre** : Si la personne n'a pas de difficultés de manipulation (BSOU2=0,1) →→→ **BSOU4**

**Pouvez- vous préciser lesquels des gestes suivants vous sont difficiles ou impossibles...**

**BSOU31. ...ouvrir ou fermer une porte :**

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

**BSOU32. ...manipuler les robinets :**

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

**BSOU33. ...boutonner un vêtement :**

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

**BSOU34. ...utiliser un crayon :**

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

**BSOU35. ...utiliser des ciseaux :**

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

→ **Filtres** : Si la personne est paraplégique (ANAT[i]=1.1) →→→→→→→→→→ **BSOU4a**

Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→ **BDIF6**

**BSOU4. Lorsque vous êtes (lorsqu'il est) debout, pouvez-vous vous (peut-il se) pencher et ramasser un objet sur le plancher (par exemple une chaussure) ?**

- 0. Sans objet : ne peut se tenir debout .....  0 **S**
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, il me faut une aide .....  4 **S**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas.....  9

**BSOU4a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté que vous venez de signaler ? (...ou depuis quel âge êtes vous paraplégique ? si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")**

□ □ □ □ ans

### ●●● Cause et origine des difficultés de souplesse et de manipulation

**BDIF6** → **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bsou1** à **bsou4** précédentes, c'est-à-dire si vous avez du entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à **bavis**

1. Au moins une difficulté signalée .....
2. Aucune difficulté signalée .....

1  
 2 → **BAVIS**

**Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?** (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3"... ) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oubliés" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14»...) dans le bac de droite

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

□ BCOZ26  
□ BCOZ27  
□ BCOZ28  
□ BCOZ29  
□ BCOZ30

• **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.....
- 2. Non .....

- 1
- 2 → *mod. c*

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

- 10. Une déficience motrice .....
- 20. Une déficience de vision .....
- 30. Une déficience d'audition .....
- 70. Une déficience mentale, intellectuelle ou psychologique .....
- 90. Une (ou plusieurs) autre(s) déficience(s) .....

- 10 BAUT10
- 20 BAUT20
- 30 BAUT30
- 70 BAUT70
- 90 BAUT90



→ **Filtre : pour les personnes de 85 ans et plus** →→→→→→→→→→→→→→→→ **CFRERE**

**CMERVI. Votre mère (sa mère) est-elle en vie ?**

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

**CPERVI. Votre père (son 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 (a-t-il) aujourd’hui, y compris les demi-frères ?**.....

    |\_|\_|

**CSOEUR. Combien de soeurs vivantes avez-vous (a-t-il) aujourd’hui, y compris les demi-soeurs ?**.....

    |\_|\_|

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

**CFILS. Combien de fils vivants avez-vous (a-t-il) aujourd’hui, y compris les enfants adoptés ?**.....

    |\_|\_|

**CFILLE. Combien de filles vivantes avez-vous (a-t-il) aujourd’hui, y compris les enfants adoptés ?**.....

    |\_|\_|

**CCONTA. Parmi les parents que vous venez de me citer, y-en a-t-il qui habite avec vous ou avec qui vous avez (il ait) gardé des contacts ?**

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

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

**• Relations familiales : tableau père...**

*Ce tableau (pages 28-29) doit être rempli colonne par colonne*

**COHAB[i]. Habite t-il (elle) dans le même logement que vous.....**

**CSEXE[i]. Quel est son sexe ? .....**

**CAGE[i]. Quel âge a-t-il (elle) ? .....**

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

- 1. Un logement proche de chez vous .....
- 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 .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

<b>Père</b>
<b>col ①</b>
<input type="checkbox"/> 1. Oui →→→ <input type="checkbox"/> 2. Non ↓
_ _ _  ans
<input type="checkbox"/> 1 → <b>col 2</b> <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 → <b>col 2</b> <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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

Dans le cas où le nombre d'individus d'une des rubriques suivantes : enfants, frères et soeurs, est supérieur à 2, le questionnement porte sur les 2 enfants (ou 2 frères et soeurs,etc...) que la personne voit le plus souvent. On fait alors précéder le tableau de la précision:

Parmi vos 'n + 2' enfants (ou frères et soeurs), je vais vous interroger sur les deux que vous voyez le plus souvent... → col 4

• Relations familiales:...mère, conjoint, enfants,frères,soeurs

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

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

**CPTENF. Combien de petits-enfants vivants avez-vous (a-t-il)  
aujourd'hui ?** .....

  

→ *Filtre : pour les personnes de 80 ans et plus* →→→→→→→→→→→→→→→→ **CAUTRL**

**CGDPAR. Combien de grands-parents vivants avez-vous (a-t-il)  
aujourd'hui ?** .....

  

## • Autres relations familiales ou amicales

**CAUTRL. Y a-t-il d'autres personnes de votre parenté (par exemple  
petits-enfants, grands-parents, oncle, neveu, cousin(e), parrain, ...)  
ou des relations (ami, ancien collègue, voisin(e), ...) avec qui vous  
avez des contacts fréquents ? (rencontres, échanges téléphoniques,  
courrier, loisirs...)**

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

- 1
- 2 → **CAIDKI**
- 8 → **CAIDKI**
- 9 → **CAIDKI**

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

1. Petits-enfants .....
2. Grands-parents.....
3. Autre(s) membre(s) de la famille : homme(s) .....
4. Autre(s) membre(s) de la famille : femme(s) .....
5. Membre(s) de la famille d'accueil .....
6. Voisin(s) : homme(s) .....
7. Voisine(s) : femme(s) .....
8. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : homme(s) .....
9. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : femme(s) .....
10. Partenaire(s) (*conjoint, fiancé, copain, petit ami*) .....
11. Autre(s) ami(s) : homme(s) .....
12. Autre(s) amie(s) : femme(s) .....
99. Ne sait pas.....

- 1 CRL11
- 2 CRL12
- 3 CRL1
- 4 CRL2
- 3 CRL3
- 4 CRL4
- 5 CRL5
- 6 CRL6
- 7 CRL7
- 8 CRL8
- 9 CRL9
- 10 CRL10
- 99

• **Questions concernant les aides et les personnes qui aident**

**CAIDKI. Y a-t-il une ou des personnes qui vous aident régulièrement à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ? (toilette, repas, ménage, courses, démarches administratives...)** (répondez ci-contre, et s'il y a lieu marquez ci-dessous en clair le prénom ou la qualité professionnelle de chacun des aidants, puis chiffrez son sexe - "1" pour les hommes, "2" pour les femmes -, et le lien avec l'enquêté en vous référant à la carte "10" ou sa qualité professionnelle en vous référant à la carte "11".

- 1 Oui
- 2 Non

si non → CAIDF

- CPRQP1. Premier aidant
- CPRQP2. Aidant suivant
- CPRQP3. Aidant suivant
- CPRQP4. Aidant suivant
- CPRQP5. Aidant suivant
- CPRQP6. Aidant suivant
- CPRQP7. Aidant suivant
- CPRQP8. Aidant suivant

- sexe  lien  prof

**Si oui, recevez-vous (reçoit-il) une aide pour...**

(lisez une à une les tâches ci-après, et notez en face, s'il y a lieu, les numéros du ou des aidants concernés, tels qu'ils figurent sur la liste ci-dessus. Si la personne déclare un aidant qui a été oublié, rajoutez-le sur la liste précédente, puis traitez-le comme les autres)

- CAIKOA1. ...les soins personnels (toilette, habillage, repas...) .....
- CAIKOA2. ...vous (se) déplacer dans le logement .....
- CAIKOA3. ...sortir de votre (son) logement .....
- CAIKOA4. ...la défense de vos (ses) droits et intérêts .....
- CAIKOA5. ...aller voir le médecin, s'occuper de vos (ses) problèmes de santé .....
- CAIKOA6. ...gérer votre (son) budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives .....
- CAIKOA7. ...faire les courses, acheter les médicaments .....
- CAIKOA8. ...les tâches ménagères (faire le ménage, faire la lessive, le repassage, préparer les repas) .....
- CAIKOA9. ...assurer une présence, une compagnie .....
- CAIKOA10. ...autres activités (lecture pour les aveugles, traduction pour les sourds...) .....

- | Tâche                       | Aidants              |
|-----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 02 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 03 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 04 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 05 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 06 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 07 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 08 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 09 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="text"/> |

**CAIPAY. S'il y a un ou des professionnels parmi les personnes qui vous aident, certains sont-ils rémunérés par vous ou votre famille ?**

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

- 1
- 2 → CAIPFA
- 8 → CAIPFA
- 9 → CAIPFA

**CAIPAYa. Si oui, lesquels ? (indiquez ici les numéros des aidants rémunérés) .....**

- CAIPAYa1
- CAIPAYa2
- CAIPAYa3
- CAIPAYa4

**CAIPFA. Vous (lui) arrive t-il de rémunérer des membres de votre (sa) famille pour l'aide qu'ils vous (lui) apportent ?**

0. Sans objet : pas d'aide de la famille .....
1. Oui .....
2. Non .....
8. Ne veut pas répondre .....
9. Ne sait pas .....

- 0
- 1
- 2
- 8
- 9

→ *Filtre : si la personne ne vit pas seule ou pas seulement avec son conjoint* →→ *mod. D*

**CAIDF. En cas de besoin, y a-t-il une ou des personnes sur qui vous (il) pourriez (pourrait) compter pour vous (l') aider financièrement ?**

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

- 1
- 2 → CAIAFF
- 8 → CAIAFF
- 9 → CAIAFF

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

1. Mon conjoint.....
2. Mes parents.....
3. Mes frères ou mes soeurs .....
4. Mes enfants .....
5. Mes petits-enfants .....
6. Des amis .....
7. D'autres personnes .....
8. Ne veut pas répondre .....

- 1 CAIDFA1
- 2 CAIDFA2
- 3 CAIDFA3
- 4 CAIDFA4
- 5 CAIDFA5
- 6 CAIDFA6
- 7 CAIDFA7
- 8

**CAIAFF. Avez-vous une ou des personnes qui vous apportent un soutien affectif ou moral ?**

1. Oui, quotidiennement .....
2. Oui, régulièrement.....
3. Oui, occasionnellement .....
4. Non, je n'en ai pas besoin .....
5. Non, mais j'en aurai besoin .....
8. Ne veut pas répondre .....
9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 8
- 9

## Module D : aides techniques, aménagements du logement

### • Accessibilité du logement

#### DTYPLO. Dans quel type de logement vivez-vous ?

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Une maison individuelle .....                         | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Un appartement dans un immeuble .....                 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Un studio dans un immeuble .....                      | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Autre (logement précaire, habitation mobile...) ..... | <input type="checkbox"/> 4 |

#### DPARK. Disposez-vous d'un emplacement réservé de parking, d'un box ou d'un garage ?

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. Oui .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, mais il n'est pas facilement accessible ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non .....  | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ne sait pas .....                                  | <input type="checkbox"/> 9 |

→ **Filtre** : Si la personne est confinée à l'intérieur du logement (BMOB1<=3) → → **DROOM**

#### DACCR. L'accès à l'entrée de de l'immeuble ou de la maison depuis la rue se fait-il... ? (possibilité de réponses simultanées)

- |                                |                            |        |
|--------------------------------|----------------------------|--------|
| 1. De plain-pied .....         | <input type="checkbox"/> 1 | DACCR1 |
| 2. Par une rampe d'accès ..... | <input type="checkbox"/> 2 | DACCR2 |
| 3. Par un escalier .....       | <input type="checkbox"/> 3 | DACCR3 |
| 4. Par un ascenseur .....      | <input type="checkbox"/> 4 | DACCR4 |
| 9. Ne sait pas .....           | <input type="checkbox"/> 9 |        |

#### DABAT. Eprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à l'entrée de l'immeuble ou de la maison depuis la rue ?

- |                                  |                            |                |
|----------------------------------|----------------------------|----------------|
| 1. Oui .....                     | <input type="checkbox"/> 1 |                |
| 2. Non .....                     | <input type="checkbox"/> 2 | → <b>DETAG</b> |
| 7. Sans objet : trop jeune ..... | <input type="checkbox"/> 7 | → <b>DETAG</b> |
| 9. Ne sait pas.....              | <input type="checkbox"/> 9 | → <b>DETAG</b> |

#### 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 | DABDIF1 |
| 2. Rampe d'accès impraticable (pente trop forte, sol glissant...) .....  | <input type="checkbox"/> 2 | DABDIF2 |
| 3. Escalier impraticable (trop de marches, marches trop hautes, absence de mains-courantes...) .....                         | <input type="checkbox"/> 3 | DABDIF3 |
| 4. Ascenseur mal adapté (trop petit, il reste des marches à franchir,.. ..)  | <input type="checkbox"/> 4 | DABDIF4 |
| 6. Franchissement difficile de la porte d'entrée du bâtiment .....   | <input type="checkbox"/> 6 | DABDIF6 |
| 7. Autres équipements manquants.....   | <input type="checkbox"/> 7 | DABDIF7 |
| 8. C'est uniquement en raison de mon état de santé .....   | <input type="checkbox"/> 8 | DABDIF8 |

→ **Filtre** : Si la personne n'habite pas un immeuble (DTYPLO ≠ 2 et ≠ 3) →→→→ **DROOM**

**DETAG. A quel étage habitez-vous ?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 0. Au rez-de-chaussée .....               | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1. A l'entresol ou au premier étage ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Au second .....                        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Au troisième .....                     | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Au quatrième .....                     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Au cinquième ou plus .....             | <input type="checkbox"/> | 5 |

**L'accès à votre logement depuis l'entrée du bâtiment se fait-il...**

(possibilité de réponses simultanées)

- |                                |                          |   |        |
|--------------------------------|--------------------------|---|--------|
| 1. De plain-pied .....         | <input type="checkbox"/> | 1 | DACCE1 |
| 2. Par une rampe d'accès ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | DACCE2 |
| 3. Par un escalier .....       | <input type="checkbox"/> | 3 | DACCE3 |
| 4. Par un ascenseur .....      | <input type="checkbox"/> | 4 | DACCE4 |
| 9. Ne sait pas .....           | <input type="checkbox"/> | 9 |        |

**DINBAT. Eprenez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à votre logement depuis l'entrée de l'immeuble ?**

- |                                  |                          |   |                |
|----------------------------------|--------------------------|---|----------------|
| 1. Oui .....                     | <input type="checkbox"/> | 1 |                |
| 2. Non .....                     | <input type="checkbox"/> | 2 | → <b>DROOM</b> |
| 7. Sans objet : trop jeune ..... | <input type="checkbox"/> | 7 | → <b>DROOM</b> |
| 9. Ne sait pas.....              | <input type="checkbox"/> | 9 | → <b>DROOM</b> |

**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 l'appartement .....   | <input type="checkbox"/> | 5 | DINDIF5 |
| 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. Au total, avez-vous besoin d'aide pour aller de la porte ou du hall d'entrée de l'immeuble jusqu'à votre logement ?**

- |                                  |                          |   |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Oui .....                     | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non .....                     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7. Sans objet : trop jeune ..... | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....              | <input type="checkbox"/> | 9 |

## • Aménagements et adaptations du logement

### **DROOM. Pouvez-vous accéder sans difficulté à toutes les pièces de votre logement ?**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Oui .....                     | <input type="checkbox"/> 1 → <b>DNIV</b> |
| 2. Non .....                     | <input type="checkbox"/> 2               |
| 7. Sans objet : trop jeune ..... | <input type="checkbox"/> 7 → <b>DNIV</b> |
| 9. Ne sait pas .....             | <input type="checkbox"/> 9 → <b>DNIV</b> |

#### **Si non, vous avez des difficultés à accéder à...**

*(lire la liste ci-dessous, cocher les endroits difficilement accessibles)*

- |   |                            |        |
|---|----------------------------|--------|
| 1. Votre chambre .....  | <input type="checkbox"/> 1 | DCHAMB |
| 2. La salle de séjour (ou la salle à manger, ou le salon) ..... | <input type="checkbox"/> 2 | DSALON |
| 3. La cuisine .....   | <input type="checkbox"/> 3 | DCUISI |
| 4. La salle de bains .....                                      | <input type="checkbox"/> 4 | DBAINS |
| 5. Les W.C. ....  | <input type="checkbox"/> 5 | DWC    |
| 6. Le grenier, la cave, d'autres pièces .....                   | <input type="checkbox"/> 6 | DCAVE  |

### **DNIV. Votre logement est-il équipé d'un dispositif intérieur de changement de niveau ?**

- |  |  |
|--|--|
| 0. Sans objet : logement de plain-pied ..... | <input type="checkbox"/> 0 → <b>DADAPT</b> |
| 1. Oui .....                                 | <input type="checkbox"/> 1                 |
| 2. Non .....                                 | <input type="checkbox"/> 2 → <b>DADAPT</b> |
| 9. Ne sait pas .....                         | <input type="checkbox"/> 9 → <b>DADAPT</b> |

#### **Si oui, lequel (lesquels)...?**

*(lire la liste ci-dessous, cocher les dispositifs utilisés)*

- |  |                            |        |
|--|----------------------------|--------|
| 1. Un ascenseur .....                  | <input type="checkbox"/> 1 | DASCEN |
| 2. Un monte-charge .....               | <input type="checkbox"/> 2 | DMONTE |
| 3. Une plate-forme élévatrice .....    | <input type="checkbox"/> 3 | DPLATE |
| 4. Un élévateur d'escalier .....       | <input type="checkbox"/> 4 | DELEVA |
| 5. Des rampes fixes ou portables ..... | <input type="checkbox"/> 5 | DRAMPE |
| 6. Des escaliers ordinaires .....      | <input type="checkbox"/> 6 | DESCAL |

### **DADAPT. Disposez-vous (dispose-t-il) de meubles ou d'équipements du bâtiment spécialement adaptés à votre (son) 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 → <b>DPROTH</b> |
| 9. Ne sait pas .....                 | <input type="checkbox"/> 9 → <b>DPROTH</b> |

**Si oui ou besoin (DADAPT=1 ou 2), lesquels ?***(possibilité de réponses simultanées)*

- |   |                          |   |        |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. W.C. adaptés ( <i>siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui, )</i> .....       | <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 ? ( <i>inclinables, réglables, roulantes...</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DADAP3 |
| 4. une cuisine adaptée .....  | <input type="checkbox"/> | 4 | DADAP9 |
| 5. un siège adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 5 | DADAP4 |
| 6. un lit adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 6 | DADAP5 |
| 7. des dispositifs de soutien ( <i>barres d'appui, mains-courantes...</i> ).....      | <input type="checkbox"/> | 7 | DADAP6 |
| 8. dispositifs pour ouvrir ou fermer portes, fenêtres, volets, rideaux,.....          | <input type="checkbox"/> | 8 | DADAP7 |
| 9. Autre mobilier adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 9 | DADAP8 |

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

Si la personne a répondu Oui à DADAPT, on demandera pour chacun des équipements dont elle dispose :

**Est-ce vous qui l'avez fait installer dans le logement ?**

- |   |                          |   |        |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. W.C. adaptés ( <i>siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui, )</i> .....       | <input type="checkbox"/> | 1 | DAMEN1 |
| 2. une baignoire, une douche ou un lavabo adaptés .....                               | <input type="checkbox"/> | 2 | DAMEN2 |
| 3. une ou des tables adaptées ? ( <i>inclinables, réglables, roulantes...</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DAMEN3 |
| 4. une cuisine adaptée .....  | <input type="checkbox"/> | 4 | DAMEN9 |
| 5. un siège adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 5 | DAMEN4 |
| 6. un lit adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 6 | DAMEN5 |
| 7. des dispositifs de soutien ( <i>barres d'appui, mains-courantes...</i> ).....      | <input type="checkbox"/> | 7 | DAMEN6 |
| 8. dispositifs pour ouvrir ou fermer portes, fenêtres, volets, rideaux,.....          | <input type="checkbox"/> | 8 | DAMEN7 |
| 9. Autre mobilier adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 9 | DAMEN8 |

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 | → <b>DPROTH</b> |
| 9. Ne sait pas ..... | <input type="checkbox"/> | 9 | → <b>DPROTH</b> |

**Si oui, lesquels ?***(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. une cuisine adaptée .....  | <input type="checkbox"/> | 4 | DADAPB9 |
| 5. un siège adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 5 | DADAPB4 |
| 6. un lit adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 6 | DADAPB5 |
| 7. des dispositifs de soutien ( <i>barres d'appui, mains-courantes...</i> ).....      | <input type="checkbox"/> | 7 | DADAPB6 |
| 8. dispositifs pour ouvrir ou fermer portes, fenêtres, volets, rideaux,.....          | <input type="checkbox"/> | 8 | DADAPB7 |
| 9. Autre mobilier adapté .....  | <input type="checkbox"/> | 9 | DADAPB8 |

• **Prothèses, appareillages...**

**DPROTH. Utilisez-vous (utilise-t-il) un appareillage de remplacement d'une partie du corps (prothèse) ?**

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

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

- 1. prothèse des membres supérieurs (doigt, main ou bras artificiel, crochet..)....  1 DPSUP
- 2. prothèse des membres inférieurs (pied ou jambe artificielle...) .....  2 DPINF
- 3. prothèse d'autres parties du corps (œil de verre, prothèse mammaire, auditive, prothèse de nez... ).....  3 DPAUT

**DSOUTI. Utilisez-vous (utilise-t-il) un appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps ?**

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

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

- 1. un appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale (corset...) .....  1 DSCOLO
- 2. un appareillage des membres supérieurs.....  2 DSSUP
- 3. un appareillage des membres inférieurs (chaussures ou semelles orthopédiques...) .....  3 DSINF
- 4. un autre type d'appareillage de soutien .....  4 DSAUT

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

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

**DSONDE. Utilisez-vous (utilise-t-il) 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 (utilise-t-il) un anus artificiel ?**

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| 1. Oui .....                                 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Oui, mais pour une durée provisoire ..... | <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 |

**DABSOR. Utilisez-vous (utilise-t-il) des protections absorbantes ?  
(couches)**

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 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 |

**DSOINS. Utilisez-vous (utilise-t-il) d'autres aides techniques ou appareils pour les soins personnels ?**

- |                                      |                          |                   |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| 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 → <b>DAMOBL</b> |
| 8. Ne veut pas répondre .....        | <input type="checkbox"/> | 8 → <b>DAMOBL</b> |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 → <b>DAMOBL</b> |

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

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

**• Aides pour la mobilité personnelle****→ Filtre : si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→ DTOUT****DAMOBL. Utilisez-vous (utilise-t-il) des aides techniques ou animales pour marcher ou pour vous (se) déplacer, y compris pour utiliser un véhicule (cannes, fauteuil roulant, véhicule adapté, chien-guide...)?**

- |                                      |                          |                  |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| 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 → <b>DTOUT</b> |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 → <b>DTOUT</b> |
| 8. Ne veut pas répondre .....        | <input type="checkbox"/> | 8 → <b>DTOUT</b> |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 → <b>DTOUT</b> |

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

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

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

Si la personne a répondu Oui à DAMOBL :

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

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

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

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

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

- |                                      |                            |          |
|--------------------------------------|----------------------------|----------|
| 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 | → DOPTIQ |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> 7 | → DOPTIQ |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> 9 | → DOPTIQ |

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

- |   |                          |   |        |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. Planches, sangles, harnais.....                | <input type="checkbox"/> | 1 | DTLIT1 |
| 2. Lève-personnes .....                           | <input type="checkbox"/> | 2 | DTLIT2 |
| 3. Coussins, couvertures tournantes, tapis, ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DTLIT3 |
| 4. Autres aides pour le transfert .....           | <input type="checkbox"/> | 4 | DTLIT4 |

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

→ **Filtres:** si la personne n'a pas de problème de vision (BSEN1 <3 et BSEN2 <3) →→ **DVOIX**  
 si la personne est totalement aveugle (BVUE=3) →→→→→→→→→→ **DORDIN**

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 |

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 |

**DECRIE. Utilisez-vous (utilise-t-il) des machines à écrire, des traitements de texte en braille, ou (pour les personnes n'ayant pas l'usage de leurs mains) d'autres équipements adaptés d'aide à l'écriture?**

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 |

**DMAGN. Utilisez-vous (utilise-t-il), pour votre (sa) correspondance, un magnétophone ?**

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 |

**DAPBRA. Avez-vous (a-t-il) appris le braille ?**

- 1. Oui .....  1
- 2. Non .....  2 → **DVOIX**
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7 → **DVOIX**
- 9. Ne sait pas.....  9 → **DVOIX**

**DLIBRA. Pratiquez-vous (pratique-t-il) le braille pour la lecture ?**

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

**DECBRA.Pratiquez-vous (pratique-t-il) 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 (utilise-t-il) 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
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7
- 9. Ne sait pas.....  9

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

**DOUIE. Utilisez-vous (utilise-t-il) 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 (comprend-il ou utilise-t-il) la langue des signes ?**

- 1. Oui, je l'utilise .....  1
- 2. Oui, je la comprends mais je ne l'utilise pas.....  2
- 3. Non, je ne la connais pas mais je souhaiterais l'apprendre .....  3
- 4. Non, je ne la connais pas et je n'en ai pas besoin .....  4
- 7. Sans objet : trop jeune .....  7

→ **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 (utilisez-t-il) du matériel audio-visuel adapté pour les mal-entendants?** (*décodeur "CEEFAX", minitel pour sourd...*)

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 7. Sans objet : trop jeune .....     | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 9. Ne sait pas.....                  | <input type="checkbox"/> | 9 |

→ **Filtre** : si la personne a déclaré utiliser ses mains sans difficultés (BSOU2 = 1)  
ou si elle est trop jeune (BSOU2=7) →→→→→→→→→→→→→→→ **DMATDO**

## • Aides à la manipulation

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 9. Ne sait pas .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 9. Ne sait pas .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 9. Ne sait pas .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

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

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

- |                                      |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |
| 9. Ne sait pas .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

• **Aides pour les traitements**

**DMATDO. Utilisez-vous (utilise-t-il) du matériel à votre domicile 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 → **DAUTEQ**
- 9. Ne sait pas .....  9 → **DAUTEQ**

**Si oui 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 (utilise-t-il), 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)

- 1. ....  1 DEQUIP1
- 2. ....  2 DEQUIP2
- 3. ....  3 DEQUIP3
- 4. ....  4 DEQUIP4
- 5. ....  5 DEQUIP5

## Module L : Questionnement sur les conditions de logement

### • Proximité des équipements

A quelle distance approximative de votre domicile se trouvent.. :

- Coder :**
- 0. Se trouve dans l'immeuble
  - 1. Moins de 500 mètres
  - 2. De 500 mètres à moins de 1 km
  - 3. De 1 à moins de 2 km
  - 4. De 2 à moins de 5 km
  - 5. A 5 km et plus
  - 9. Ne sait pas

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| a) La poste ? .....   | <input type="checkbox"/> IPOSTE |
| b) L'arrêt de transport en commun le plus proche (bus, train, métro...) .....   | <input type="checkbox"/> IBUS   |
| c) La gare SNCF la plus proche .....  | <input type="checkbox"/> ISNCF  |
| d) Le magasin d'alimentation générale le plus proche .....                      | <input type="checkbox"/> IEPIC  |
| e) Le supermarché le plus proche .....  | <input type="checkbox"/> ISUPER |
| f) L'espace vert public le plus proche (parc, square, promenade, bois...) ..... | <input type="checkbox"/> IPARC  |
| g) L'école maternelle ou primaire la plus proche .....                          | <input type="checkbox"/> IECOLE |
| h) L'école possédant une classe spéciale la plus proche .....                   | <input type="checkbox"/> ISPECI |
| i) La pharmacie la plus proche .....  | <input type="checkbox"/> IPHARM |
| j) Le café le plus proche .....   | <input type="checkbox"/> ICAFE  |

### • Conditions de logement

**LPROPR. Votre ménage est-il...**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. ...Propriétaire de son logement .....    | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. ...Locataire de son logement .....       | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. ...Occupant à titre gratuit .....        | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ...Logé par la famille ou des amis ..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Ne veut pas répondre .....               | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                        | <input type="checkbox"/> 9 |

**LCHPLO. Avez-vous dû (vous ou votre ménage) changer de logement pour des raisons liées à votre santé ?**

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 |

**LCHGLO. Envisagez-vous (vous ou votre ménage) de changer de logement pour des raisons liées à votre santé ?**

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

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

- 1. ... dans un domicile ordinaire indépendant ? .....  1
- 2. ... dans le domicile des enfants ? .....  2
- 3. ... dans le domicile des parents ? .....  3
- 4. ... dans le domicile de proches (*autres parents, amis...*) ? .....  4
- 5. ... dans une institution ou établissement spécialisé ? .....  5
- 7. ... dans une famille d'accueil ? .....  7
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

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

**LCHSOU. Souhaitez-vous ce changement ?**

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

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

- 1. Très satisfaisantes ? .....  1
- 2. Satisfaisantes ? .....  2
- 3. Acceptables ? .....  3
- 4. Insuffisantes ? .....  4
- 5. Très insuffisantes ? .....  5
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

## Module T : Questionnement sur les déplacements

(→ *Filtre : sans objet pour les moins de 6 ans, passer au module S*)

→ *Filtre : Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) →→→→→→→→→→→→ TPERM*

### • Module TD (déplacements hors du domicile: non compris le parc ou le jardin)

**TGENE. Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné(e) du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?**

- |  |   |
|--|---|
| 0. Sans objet : Non autorisé à sortir .....                              | <input type="checkbox"/> 0 → <b>TPERM</b> |
| 1. Pas de gêne .....   | <input type="checkbox"/> 1                |
| 2. Gêné(e), mais peut se déplacer seul(e) sur tous itinéraires .....     | <input type="checkbox"/> 2                |
| 3. Gêné(e), mais peut se déplacer seul(e) sur certains itinéraires ..... | <input type="checkbox"/> 3                |
| 4. Ne peut se déplacer seul(e) .....                                     | <input type="checkbox"/> 4                |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9                |

**TGIG. Disposez-vous d'un macaron spécial, du type GIC ou GIG ?**

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

**THIER. notez ici quel jour de la semaine on était hier** (1 : Dimanche, 2: Lundi, 3 : Mardi, 4: Mercredi, 5 : Jeudi, 6 : Vendredi, 7 : Samedi)

**TDEP1. Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile, à partir de 4 h. du matin et jusqu'à ce matin 4 h. ?**  
(si l'interview se déroule un Lundi, on interroge la personne sur ses déplacements du Samedi [Tdep1] et du Dimanche [Tdep2])

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. Oui .....                  | <input type="checkbox"/> 1 → <b>TMotif[i]</b> |
| 2. Non .....                  | <input type="checkbox"/> 2                    |
| 8. Ne veut pas répondre ..... | <input type="checkbox"/> 8 → <b>TPERM</b>     |
| 9. Ne sait pas .....          | <input type="checkbox"/> 9 → <b>TPERM</b>     |

**TNODEP1. Si non : Pour quelle raison ?**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Pas besoin de me déplacer .....  | <input type="checkbox"/> 1 → <b>TPERM</b> |
| 2. Pas envie de sortir .....  | <input type="checkbox"/> 2 → <b>TPERM</b> |
| 3. J'étais provisoirement incapable de me déplacer ( <i>maladie personnelle, maternité...</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> 3 → <b>TPERM</b> |
| 4. Je suis tout à fait incapable de me déplacer .....   | <input type="checkbox"/> 4 → <b>TPERM</b> |
| 5. Nécessité de rester sur place .....  | <input type="checkbox"/> 5 → <b>TPERM</b> |
| 6. Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible .....                              | <input type="checkbox"/> 6 → <b>TPERM</b> |
| 7. Il n'y avait personne pour m'accompagner .....   | <input type="checkbox"/> 7 → <b>TPERM</b> |
| 8. Autre .....  | <input type="checkbox"/> 8 → <b>TPERM</b> |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9 → <b>TPERM</b> |

Parlons de votre... → → → → → → → → → →

**TMOTIF[i]. Quel était le motif de ce déplacement ?**  
 (si c'était pour accompagner quelqu'un, motif de la personne accompagnée)

• Carte n° 3 sur les déplacements, code M

**TTR[j]. Quels moyens de transport successifs avez-vous utilisés ?**

• Carte n° 3 sur les déplacements, code T

1er moyen .....

2ème moyen .....

3ème moyen .....

4ème moyen .....

	<i>Premier déplacement</i>	<i>Deuxième déplacement</i>	<i>Troisième déplacement</i>	<i>Quatrième déplacement</i>	<i>Cinquième déplacement</i>	<i>Sixième déplacement</i>
	TMOTIF1 □□□	TMOTIF2 □□□	TMOTIF3 □□□	TMOTIF4 □□□	TMOTIF5 □□□	TMOTIF6 □□□
1er moyen .....	□□□ TTR11	□□□ TTR21	□□□ TTR31	□□□ TTR41	□□□ TTR51	□□□ TTR61
2ème moyen .....	□□□ TTR12	□□□ TTR22	□□□ TTR32	□□□ TTR42	□□□ TTR52	□□□ TTR62
3ème moyen .....	□□□ TTR13	□□□ TTR23	□□□ TTR33	□□□ TTR43	□□□ TTR53	□□□ TTR63
4ème moyen .....	□□□ TTR14	□□□ TTR24	□□□ TTR34	□□□ TTR44	□□□ TTR54	□□□ TTR64



**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 du domicile (BMOB1<=3) →→ mod. S*

**• Module TS : difficultés et usages particuliers**

**TTRSPE. Avez-vous (a-t-il) 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 (peut-il) accéder aux transports en commun ordinaires ?**

- 1. Oui, sans difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec difficulté .....  2
- 3. Non, ils sont trop éloignés .....  3
- 4. Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile .....  4
- 9. Ne sait pas .....  9

→ *Filtres : Si ce n'est pas la personne concernée qui répond OU si la personne n'est pas autorisée à sortir (TGENE=0), ou est trop jeune (TGENE=7) →→→→→ TACCES*

**TDPLUS. Voudriez-vous pouvoir sortir plus souvent ?**

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

**TWCDIF. Vous arrive-t-il de vous trouver dans un endroit où les WC vous sont difficilement accessibles, ou malcommodes ?**

- 1. Oui, souvent .....  1
- 2. Oui, parfois .....  2
- 3. Non, je ne fréquente que les endroits où les wc me sont accessibles.....  3 → *mod. S*
- 4. Non .....  4 → *mod. S*
- 9. Ne sait pas .....  9 → *mod. S*

**TWCSOR. Y a-t-il des sorties que vous évitez pour cette raison ?**

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

**TACCES. Au cours des trois derniers mois, y a-t-il des endroits auxquels vous n'avez (il n'a) pas pu accéder en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?**

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

**Si oui, lesquels ?***(notez en clair ci-dessous les endroits mentionnés)*

- |          |                            |       |
|----------|----------------------------|-------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> 1 | TACC1 |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> 2 | TACC2 |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> 3 | TACC3 |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> 4 | TACC4 |
| 5. _____ | <input type="checkbox"/> 5 | TACC5 |

## Module S : Questionnement sur la scolarité et les diplômes

**SETUDE. Suivez-vous actuellement des études dans une école, un collège, un lycée, une université ? (y compris enseignement spécial, IMP, IMPRO, activités d'éveil, enseignement par correspondance, enseignement à domicile)**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Oui (y compris classes d'éducation spéciale, IMP, IMPRO) ..... | <input type="checkbox"/> 1                 |
| 2. Non, études terminées .....                                    | <input type="checkbox"/> 2 → <b>SINTER</b> |
| 3. Non, enfant pas encore en âge d'être scolarisé .....           | <input type="checkbox"/> 3 → <b>mod. E</b> |
| 4. Non, jamais scolarisé .....                                    | <input type="checkbox"/> 4 → <b>SLIRE</b>  |
| 8. Ne veut pas répondre. ....                                     | <input type="checkbox"/> 8                 |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9                 |

**SETU2. Si oui, est-ce...**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. ...une formation initiale .....                               | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. ...une formation après une interruption de plus d'un an ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9 |

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

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

**SNIVEC. Type des études en cours (→ voir carte 4. Scolarité, code EC)**

→ **SPENS**

Uniquement si SCLASS=5 :

**STYPET. Précisez la spécialité de l'établissement fréquenté :**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Etablissement pour déficients intellectuels ..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Institut de rééducation .....                     | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Etablissements pour infirmes moteurs .....        | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Etablissements pour déficients visuels.....       | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Etablissements pour déficients auditifs.....      | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Etablissements pour polyhandicapés .....          | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Autre établissement spécialisé .....              | <input type="checkbox"/> 7 |

**Précisez :**

.....

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 9. Ne sait pas ..... | <input type="checkbox"/> 9 |
|----------------------|----------------------------|

SAUTYP

→ **Filtre : pour les personnes scolarisées à domicile (SCLASS=0)** →→→→→→→→ **SMATSP**

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

- |                               |                          |   |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 1. ...Interne.....            | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. ...Demi-pensionnaire ..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. ...Externe .....           | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 9. Ne sait pas .....          | <input type="checkbox"/> | 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) ..... | <input type="checkbox"/> | 0 → <b>STRFIN</b> |
| 1. Oui, fourni par l'école .....  | <input type="checkbox"/> | 1                 |
| 2. Oui, mais non fourni par l'école.....                                  | <input type="checkbox"/> | 2                 |
| 3. Non .....  | <input type="checkbox"/> | 3 → <b>STRFIN</b> |
| 8. Ne veut pas répondre .....   | <input type="checkbox"/> | 8 → <b>STRFIN</b> |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> | 9 → <b>STRFIN</b> |

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

- |  |                          |   |       |
|--|--------------------------|---|-------|
| 1. Des répétiteurs .....                                     | <input type="checkbox"/> | 1 | SMAT1 |
| 2. Des lecteurs .....  | <input type="checkbox"/> | 2 | SMAT2 |
| 3. Une aide personnelle .....                                | <input type="checkbox"/> | 3 | SMAT3 |
| 4. Du matériel spécial .....                                 | <input type="checkbox"/> | 4 | SMAT4 |
| 5. SESSAD, SSESD, ou autres services d'aides à domicile..... | <input type="checkbox"/> | 5 | SMAT5 |
| 6. Autres .....  | <input type="checkbox"/> | 6 | SMAT6 |

→ **Filtre : pour les personnes scolarisées à domicile (SCLASS=0)** →→→→→→→→ **SINTER**

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

- |                               |                          |   |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 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 |

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

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

**SINTER. Avez-vous du interrompre vos études pour des raisons médicales (non compris grossesse normale)**

- |   |                          |                  |
|---|--------------------------|------------------|
| 1. Oui, de façon définitive .....                     | <input type="checkbox"/> | 1 → <b>SLIRE</b> |
| 2. Oui, pendant au moins trois mois consécutifs ..... | <input type="checkbox"/> | 2 → <b>SLIRE</b> |
| 3. Non .....  | <input type="checkbox"/> | 3                |

9. Ne sait pas .....  9

**SPERTU. Si non, Votre scolarité a-t-elle été perturbée en raison d'un handicap ou de problèmes de santé ?**

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

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

**SLIRE. Savez-vous (sait-il) 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 (sait-il) 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 (sait-il) 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

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

**SDIPLO. Avez-vous obtenu un diplôme ?**

1. Oui .....  1  
 2. Non .....  2 → **SNIVEA**  
 9. Ne sait pas .....  9 → **SNIVEA**

**Quels sont les diplômes les plus élevés obtenus ? (carte 4. 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 actuellement scolarisées (SETUDE=1)  
 ou ayant obtenu un diplôme (SDIPLO=1) →→→→→→→→→→→→→→→→ **Mod. E**

Si aucun diplôme et pas d'études en cours (SDIPLO ≠ 1 et SETUDE ≠ 1):

**SNIVEA. Niveau d'études atteint** (voir carte 4. code EA).....

**Modules E, EA, EB, EC, EO : Questionnement sur l'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 → **EAPROF**

**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
- 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**

## • Module EA (activité professionnelle)

### EAPROF. Quelle est votre profession principale ? (*intitulé précis*)

-----  
-----

### EAPRTG. Est ce un emploi protégé ou réservé ?

- |  |  |
|--|--|
| 1. Non, c'est un emploi ordinaire .....  | <input type="checkbox"/> 1                 |
| 2. Oui, je suis employé de la fonction publique ou des collectivités locales au titre des <i>emplois réservés</i> .....            | <input type="checkbox"/> 2                 |
| 3. Oui, je suis employé d'une autre entreprise, avec le bénéfice de la <i>Garantie de ressources</i> .....                         | <input type="checkbox"/> 3                 |
| 4. Oui, c'est un emploi dans un <i>Centre d'aide par le travail</i> (CAT) .....  | <input type="checkbox"/> 4 → <b>EATROU</b> |
| 5. Oui, c'est un emploi dans un <i>Atelier protégé</i> (AP) ou un <i>Centre de distribution de travail à domicile</i> (CDTD) ..... | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 6. Oui, c'est un <i>autre emploi protégé</i> .....   | <input type="checkbox"/> 6                 |

### EASTAT. Etes-vous...

- |  |  |
|--|--|
| 1. Indépendant ou salarié mais chef de votre entreprise .....  | <input type="checkbox"/> 1 → <b>EATROU</b> |
| 2. Salarié de l'Etat ou des collectivités locales ( <i>y.c. PTT</i> ) .....  | <input type="checkbox"/> 2                 |
| 3. Salarié d'une entreprise publique ou nationale ( <i>EDF-GDF, SNCF, RATP, Banque de France...</i> ) ou salarié de la <i>sécurité sociale</i> ..... | <input type="checkbox"/> 3                 |
| 4. Autre salarié du commerce ou de l'industrie .....   | <input type="checkbox"/> 4                 |
| 5. Aide un membre de sa famille dans son travail sans être salarié .....   | <input type="checkbox"/> 5 → <b>EAFORM</b> |
| 6. Autre travailleur ne percevant pas de salaire .....   | <input type="checkbox"/> 6 → <b>EAFORM</b> |
| 7. Autres cas .....  | <input type="checkbox"/> 7 → <b>EATROU</b> |

### EAPOSI. Quelle est la position professionnelle de votre emploi actuel ?

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 01. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) .....  | <input type="checkbox"/> 01 |
| 02. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) .....   | <input type="checkbox"/> 02 |
| 03. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale .....  | <input type="checkbox"/> 03 |
| 04. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise .  | <input type="checkbox"/> 04 |
| 05. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre) .....  | <input type="checkbox"/> 05 |
| 06. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique .....  | <input type="checkbox"/> 06 |
| 07. 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) ..... | <input type="checkbox"/> 07 |
| 08. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique .....  | <input type="checkbox"/> 08 |
| 09. 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 .....                                    | <input type="checkbox"/> 09 |
| 10. Autre cas : .....   | <input type="checkbox"/> 10 |
- Précisez** (coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique, etc.):
- 

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

**EAPOSx**

→ **Filtres** : 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°5)**

□ □ □

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

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

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

- 1. A temps complet ? .....  1
- 2. A temps partiel ? .....  2
- 9. Ne sait pas .....  9

**EACESS. Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous du cesser de travailler au moins 6 mois consécutifs pour raisons médicales ? (non compris grossesses normales)**

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

**EACHPR. Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous du changer de profession pour raisons médicales ?**

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

- 1 → **EALIMI**
- 2
- 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 .....
2. Oui, vers un emploi en C.D.D .....
3. Oui, vers un emploi en C.D.I. ....
4. Non .....
8. Ne veut pas répondre .....
9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 8
- 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 .....
2. Non .....
9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 9

**EAFINA. En raison d'un handicap ou problème de santé, votre emploi a-t-il bénéficié d'un financement de l'AGEFIPH ?**

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

- 1 → **EAMNG**
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 → **EAMNG**
- 8 → **EAMNG**
- 9 → **EAMNG**

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

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

- 1
- 2
- 9

→ **Filtre** : pour les personnes travaillant dans un C.A.T. (EAPRTG=3) →→→→→→ **EOPRPE**

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

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

- 1
- 2 → **EPORPE**
- 9 → **EOPRPE**

**Si oui, Comment ? (Lire la liste. Possibilité de réponses simultanées)**

- 1. Aide de quelqu'un .....
- 2. Matériel spécial ou adaptation du poste de travail .....
- 3. Horaire ou calendrier adapté .....
- 4. Transport ou stationnement spécial ou gratuit .....
- 5. Affectation à un emploi plus proche de votre domicile .....
- 6. Bénéfice d'une formation professionnelle spécifique .....
- 7. Fonctions modifiées ou différentes .....
- 8. Possibilité de travailler à votre domicile .....
- 9. Autres .....

- 1 EAAM1
- 2 EAAM2
- 3 EAAM3
- 4 EAAM4
- 5 EAAM5
- 6 EAAM6
- 7 EAAM7
- 8 EAAM8
- 9 EAAM9

**Précisez :** ..... **EAAMX**

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

**• Module EB (recherche d'un emploi)**

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

- 01. J'ai terminé ou termine mes études .....
- 02. J'ai terminé ou termine mon service national .....
- 03. J'ai terminé un stage .....
- 04. J'ai quitté ou perdu un emploi d'intérim .....
- 05. J'ai quitté ou perdu un emploi à durée limitée .....
- 06. J'ai quitté ou perdu un emploi occasionnel .....
- 07. J'ai perdu mon emploi : licenciement collectif ou suppression d'emploi ....
- 08. J'ai perdu mon emploi : licenciement individuel .....
- 09. J'ai démissionné (y compris pour suivre ou se rapprocher de son conjoint, pour d'autres raisons familiales ou de santé) .....
- 10. J'ai pris ma retraite .....
- 11. Cessation d'activité suite à un accident.....
- 12. Cessation d'activité pour autres raisons de santé .....
- 13. Cessation d'activité pour raisons personnelles .....
- 14. Je n'avais jamais travaillé .....
- 15. Autre cas .....
- 98. Ne veut pas répondre .....
- 99. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 → **ECANT**
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 98
- 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, Etait-ce...**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. Un accident du travail ( <i>n.c. accident de trajet</i> ) ? .....      | <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 .....               | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. 3 mois à moins de 6 mois .....      | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. 6 mois à moins de 1 an .....        | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. 1 an à moins de 1 an et demi .....  | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. 1 an et demi à moins de 2 ans ..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. 2 ans à moins de 3 ans .....        | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. 3 ans et plus .....                 | <input type="checkbox"/> 7 |
| 8. Ne veut pas répondre .....          | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                   | <input type="checkbox"/> 9 |

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

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

**Si oui, Lesquelles ? (possibilité réponses simultanées)**

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



**ECPROF. Dernière profession exercée ? (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.

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

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

- 1 → **ECCIRC**
- 2
- 3
- 4
- 5 → **ECCIRC**
- 6 → **ECCIRC**
- 7
- 9

**ECPOSI. Quelle était la position professionnelle de votre (son) emploi antérieur ?**

01. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) .....
02. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) .....
03. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale .....
04. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise .
05. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre) .....
06. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique .....
07. 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) .....
08. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique .....
09. 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 .....
10. Autre cas : .....

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10

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

-----

99. Ne sait pas .....

**ECPOSx**

- 
- 99

→ **Filtres** : - pour les femmes n'ayant jamais travaillé →→→→→→→→→→ **EOPRPE**  
 - pour les personnes ayant répondu au module EB →→→→→→→→→→ **EOPRPE**

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

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

→ **Filtre** : si la cessation d'activité n'est pas due à un accident (ECCIRC ≠ 06) →→ **EOPRPE**

*Si la cause est un accident :*

**ECACCI. Etait-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 |

→ **Filtre** : si l'interviewé est l'enfant de la personne de référence du ménage (LIEN=3) →**Mod. R**

## • Module EO (origine sociale)

### EOPRPE. Votre (son) père exerce t-il (a-t-il exercé) une activité professionnelle ?

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

- 1
- 2 → *mod. R*
- 8 → *mod. R*
- 9 → *mod. R*

### EOPROF. Dernière profession exercée ? (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. Travaille-t-il (travaillait-il) comme...

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

- 1 → *mod. R*
- 2
- 3
- 4
- 5 → *mod. R*
- 6 → *mod. R*
- 7
- 9

### EOPOSI. Quelle est (était) la position professionnelle de son emploi ?

01. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) .....
02. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.) .....
03. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale .....
04. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise .
05. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre) .....
06. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique .....
07. 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) .....
08. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique .....
09. 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 .....
10. Autre cas : .....

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10

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

-----

99. Ne sait pas .....

- EOPOSx**
- 99

## Module R : Questionnement sur les revenus, la situation administrative

● **Revenus**

**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 .....                  | <input type="checkbox"/> 1               |
| 2. Non .....                  | <input type="checkbox"/> 2 → <b>R100</b> |
| 8. Ne veut pas répondre ..... | <input type="checkbox"/> 8 → <b>R100</b> |
| 9. Ne sait pas .....          | <input type="checkbox"/> 9 → <b>R100</b> |

**RALLOL.** Si oui, Lesquels ?

*(lisez la liste. Cochez les cases correspondantes)*

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

**RMALLO.** Actuellement, quel est le montant total de ces allocations?

*(présentez la carte 13 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)*

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 00 à 16. Tranche de revenus ..... | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 98. Ne veut pas répondre .....    | <input type="checkbox"/> 98                             |
| 99. Ne sait pas .....             | <input type="checkbox"/> 99                             |

**R100.** Pour les personnes âgées de 100 ans et plus : Avez vous perçu un don de votre caisse de retraite à l'occasion de vos 100 ans ?

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

**RTOTAL. Actuellement, quel est le montant total des revenus de votre ménage (y compris les allocations et pensions...) ?**

(présentez la carte 13 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)

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

**RCAPIT. Au cours de votre vie, 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**

**RCAPAN. En quelle année avez-vous perçu ce capital ?** ..... 19

**• 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. Ne veut pas 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. Ne veut pas 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 → **RAMAL**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8 → **RAMAL**
- 9. Ne sait pas .....  9 → **RAMAL**

**RPROJU. Si oui, lequel ?**

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

*Uniquement si la personne est sous tutelle (RPROJU= 4 ou 5)  
et si elle a été déclarée absente (IAPTE=0) :*

**RINAP. Si la personne concernée avait été présente, aurait-elle été apte à répondre au questionnaire ?**

- 1. Oui, seule ou avec de l'aide .....  1 → **RAMAL**
- 2. Non, inapte .....  2
- 9. Ne sait pas.....  9 → **RAMAL**

*Uniquement si la personne est sous tutelle (RPROJU= 4 ou 5)  
et si elle a été déclarée inapte à répondre (IAPTE=3 ou RINAP=2):*

**RTUTPR. Le tuteur de la personne assiste-t-il à l'interview ?**

- 1. Oui .....  1 → **RAMAL**
- 2. Non .....  2

*Dans le cas d'une personne sous tutelle et inapte à répondre, l'INSEE est tenu par la loi d'informer le tuteur de son droit à s'opposer à l'exploitation des données concernant son protégé. Dans ce cas l'INSEE détruira toutes les informations recueillies lors de la présente interview. C'est pourquoi nous vous demandons les coordonnées du tuteur :*

**TUTNOM. Nom** \_\_\_\_\_

**TUTPR. Prénom** \_\_\_\_\_

**TUTADR. Adresse** \_\_\_\_\_

**TUTCOM. Commune** .....

**TUTDEP. Département** .....

**RAMAL. De quel régime de sécurité sociale (assurance-maladie) bénéficiez-vous (bénéficie-t-il) ?** (voir carte de codes n° 7) .....

--	--	--

→ **Filtre** : si la personne n'est pas couverte par la sécurité sociale (RAMAL=0) → → **RETRAI**

**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 .....           | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, pour une partie seulement de mes soins ..... | <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 |

**RAMAC. Bénéficiez-vous d'un régime maladie complémentaire (mutuelle, assurance...) ?**

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

**Si oui, Auprès de quelle mutuelle ou assurance ?**  
(possibilité de 2 réponses simultanées)

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 1. AGF.....  | <input type="checkbox"/> 1  |
| 2. AXA-UAP.....  | <input type="checkbox"/> 2  |
| 3. CNPO/CNRO (Caisse Nationale de Prévoyance des Ouvriers du Bâtiment) ..                  | <input type="checkbox"/> 3  |
| 4. GAN.....  | <input type="checkbox"/> 4  |
| 5. GROUPAMA.....   | <input type="checkbox"/> 5  |
| 6. LLOYD.....  | <input type="checkbox"/> 6  |
| 7. MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) .....                                 | <input type="checkbox"/> 7  |
| 8. MGPCCL (Mutuelle Générale du Personnel des Collectivités Locales) .....                 | <input type="checkbox"/> 8  |
| 9. MGPTT (Mutuelle Générale des PTT).....  | <input type="checkbox"/> 9  |
| 10. MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de la santé publique) ..... | <input type="checkbox"/> 10 |
| 11. MSA (Mutualité Sociale Agricole).....  | <input type="checkbox"/> 11 |
| 12. MUTUELLE INTEGRANCE (mutuelle des handicapés) .....                                    | <input type="checkbox"/> 12 |
| 13. Autres organismes .....  | <input type="checkbox"/> 13 |
| 99. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 99 |

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

**RETRAI. De quels régimes obligatoires d'assurance-vieillesse dépendez-vous ?**  
(les réponses 1 et 2 peuvent coexister)

- |   |  |
|---|--|
| 0. Sans objet: ne cotise pas (ou pas encore)..... | <input type="checkbox"/> 0 → <b>RCOTOR</b> |
| 1. Régimes de base des salariés .....             | <input type="checkbox"/> 1                 |
| 2. Régimes des non-salariés.....                  | <input type="checkbox"/> 2                 |



**RCOTOR. Avez-vous déjà déposé (ou a-t-on déposé pour vous) un dossier devant la COTOREP ?**

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

**RCOT. Quelle décision a été rendue la dernière fois que le dossier est passé en COTOREP ? (possibilité de réponses simultanées)**

0. La décision n'a pas encore été rendue .....  0 RCOT0  
 1. Reconnaissance comme travailleur handicapé.....  1 RCOT1  
 2. Reconnaissance d'un taux d'incapacité.....  2 RCOT2  
 3. Attribution d'allocations.....  3 RCOT3  
 4. Orientation vers un établissement de travail protégé (CAT, AP) .....  4 RCOT4  
 5. Orientation vers une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, EPSR) .....  5 RCOT5  
 6. Orientation vers une structure d'hébergement (foyer, MAS) .....  6 RCOT6  
 7. Orientation vers une structure occupationnelle de jour (ATO...) .....  7 RCOT7  
 8. Aucune aide accordée .....  8 RCOT8  
 9. Autre .....  9 RCOT9  
 Précisez : -----  
 99. Ne sait pas.....  99 **RCOTOA**

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

**RTRAV. Dans quelle catégorie de travailleur handicapé vous a-t-on classé ?**

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

*Si orientation vers une structure pour adultes handicapés (RCOT=4,5,6,7):*

**RCORES. Avez-vous pu en profiter ?**

1. Oui .....  1 → **RCDES**  
 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 → **RCDES**  
 9. Ne sait pas.....  9 → **RCDES**

**RCOATT. Depuis combien de temps attendez-vous (avez-vous dû attendre) pour en bénéficier ?**

1. Moins de 1 an .....  1  
 2. De 1 à 5 ans .....  2  
 3. 5 ans et plus .....  3  
 9. Ne sait pas.....  9

*Si une décision positive a été rendue (RCOT= 1 à 7):*

**RCODAT. En quelle année avez-vous bénéficié pour la première fois d'une aide ou d'une reconnaissance de la part de la COTOREP ? .....**

19|\_|\_|

*Si la personne ne sait pas:*

**RCODA2. Vous souvenez vous depuis quand au moins vous bénéficiez d'une aide ou d'une reconnaissance de la part de la COTOREP ? .....**

19|\_|\_|

**RCDES. Avez-vous déjà déposé (ou a-t-on déposé pour vous) un dossier devant la CDES ?**

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

**RCD. Quelle décision a été rendue la dernière fois que le dossier est passé devant la CDES ? (possibilité de réponses simultanées)**

- 0. La décision n'a pas encore été rendue .....  0 RCD0
- 1. Reconnaissance d'un taux d'incapacité.....  1 RCD1
- 2. Attribution d'allocation d'éducation spéciale .....  2 RCD2
- 3. Orientation vers un établissement médico-éducatif .....  3 RCD3
- 4. Attribution 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 →→→→→→RCDDAT**

*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.....

<input type="checkbox"/> 9
----------------------------

Si une décision positive a été rendue (RCD=1 à 5) :

**RCDDAT. En quelle année avez-vous bénéficié pour la première fois d'une aide ou d'une reconnaissance de la part de la CDES ? .....**

19|\_|\_|\_|

Si la personne ne sait pas:

**RCDDA2. Vous souvenez vous depuis quand au moins vous bénéficiez d'une aide ou d'une reconnaissance de la part de la CDES ? .....**

19|\_|\_|\_|

**RINVAL. Vous a -t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité ?**  
(accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)

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

- 1
- 2 → **RCARTE**
- 8 → **RCARTE**
- 9 → **RCARTE**

**- Si oui, Dans quel cadre ?**

	1. Oui → → 2. Non 9. Ne sait pas	A quel taux (ou catégorie) ?	Depuis quelle année ?
- Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°).....	<input type="checkbox"/> <b>RCADR1</b>	<input type="checkbox"/> <b>RTAUX1</b>	19 _ _ _  <b>RDATE1</b>
- Taux d'incapacité lié à un accident du travail .....	<input type="checkbox"/> <b>RCADR2</b>	<input type="checkbox"/> <b>RTAUX2</b>	19 _ _ _  <b>RDATE2</b>
- Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES.....	<input type="checkbox"/> <b>RCADR3</b>	<input type="checkbox"/> <b>RTAUX3</b>	19 _ _ _  <b>RDATE3</b>
- Taux lié à une pension militaire d'invalidité .....	<input type="checkbox"/> <b>RCADR4</b>	<input type="checkbox"/> <b>RTAUX4</b>	19 _ _ _  <b>RDATE4</b>
- Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance .....	<input type="checkbox"/> <b>RCADR5</b>	<input type="checkbox"/> <b>RTAUX5</b>	19 _ _ _  <b>RDATE5</b>

**RCARTE. Avez-vous une carte d'invalidité ?**

(possibilité de réponses simultanées)

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

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 9

## Module G : Questionnement sur les loisirs, vacances, culture

### • Vacances

#### GVAC. Partez vous en vacances..

- |  |  |
|--|--|
| 1. Plusieurs fois par an .....         | <input type="checkbox"/> 1 → <b>GFAM</b> |
| 2. Chaque année ou presque .....       | <input type="checkbox"/> 2 → <b>GFAM</b> |
| 3. A peu près une année sur deux ..... | <input type="checkbox"/> 3 → <b>GFAM</b> |
| 4. Plus rarement .....                 | <input type="checkbox"/> 4 → <b>GFAM</b> |
| 5. Presque jamais .....                | <input type="checkbox"/> 5               |
| 6. Jamais .....                        | <input type="checkbox"/> 6               |
| 8. Ne veut pas répondre .....          | <input type="checkbox"/> 8 → <b>GFAM</b> |
| 9. Ne sait pas .....                   | <input type="checkbox"/> 9 → <b>GFAM</b> |

#### 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 .....              | <input type="checkbox"/> 1 GNOVA1 |
| 2. votre travail professionnel vous en empêche .....        | <input type="checkbox"/> 2 GNOVA2 |
| 3. vous trouvez ça trop coûteux .....                       | <input type="checkbox"/> 3 GNOVA3 |
| 4. vos problèmes de santé vous en empêchent .....           | <input type="checkbox"/> 4 GNOVA4 |
| 5. vous ne pouvez partir seul(e) .....                      | <input type="checkbox"/> 5 GNOVA5 |
| 6. vous ne pouvez arrêter l'aide apportée à un proche ..... | <input type="checkbox"/> 6 GNOVA6 |
| 8. autre raison .....                                       | <input type="checkbox"/> 8 GNOVA8 |
| <b>Précisez :</b> .....                                     | <b>GNOVAU</b>                     |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9        |

### • Spectacles

#### Actuellement, allez-vous voir les spectacles suivants ?

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

- parc d'attractions .....	<input type="checkbox"/> GSOUIN9	<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 .....
- 7. Sans objet : trop jeune .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 → <b>GSPRAT</b>
<input type="checkbox"/> 7 → <b>GSPRAT</b>
<input type="checkbox"/> 8 → <b>GSPRAT</b>
<input type="checkbox"/> 9 → <b>GSPRAT</b>

**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
- 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

• **Activités sportives**

**GSPRAT. Pratiquez-vous régulièrement un ou plusieurs sports ?**

- 1. Oui.....
- 2. Non, je ne peux pas, pour des raisons de santé, handicap .....
- 3. Non, je ne peux pas, par manque de temps, de partenaires... ..
- 4. Non, je n'en éprouve pas le besoin et ça ne me manque pas .....
- 5. Non, je suis trop âgé .....
- 7. Sans objet : trop jeune .....
- 9. Ne sait pas .....

<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 → <b>GSOMM</b>
<input type="checkbox"/> 3 → <b>GSOMM</b>
<input type="checkbox"/> 4 → <b>GSOMM</b>
<input type="checkbox"/> 5 → <b>GSOMM</b>
<input type="checkbox"/> 7 → <b>GSOMM</b>
<input type="checkbox"/> 9 → <b>GSOMM</b>
<input type="text"/>

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

(• Carte de codes n° 9 sur les sports ) .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

- 1. En individuel .....  1
- 2. Avec une association (*autre qu'une association de handicapés*) .....  2
- 3. Dans un club d'entreprise .....  3
- 4. Dans un club scolaire ou universitaire .....  4
- 5. Avec une association de handicapés .....  5
- 9. Ne sait pas .....  9

• **Lecture**

**GSLECT. Depuis un an, avez-vous lu (y.c. en braille)...**  
(lire les modalités, cocher si la réponse est positive)

- 1. ...un article d'un journal, d'une revue, d'un magazine .....  1 GSLECT1
- 2. ...quelques pages d'un livre (y.c. encyclopédie ou livre pratique) .....  2 GSLECT2
- 9. Ne sait pas .....  9

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

• **Qualité de vie**

**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 →→→→→→→→→ **GAIDE**

**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 (son) état de santé ?**

(possibilité de réponses simultanées)

- |   |                            |        |
|---|----------------------------|--------|
| 0. Sans objet : n'a aucun besoin d'aide ..... | <input type="checkbox"/> 0 |        |
| 1. Oui, tout à fait .....                     | <input type="checkbox"/> 1 | GAIDE1 |
| 2. Oui, pour l'essentiel .....                | <input type="checkbox"/> 2 | GAIDE2 |
| 3. Non, je manque d'équipements .....         | <input type="checkbox"/> 3 | GAIDE3 |
| 4. Non, je manque de moyens financiers .....  | <input type="checkbox"/> 4 | GAIDE4 |
| 5. Non, je manque d'aide humaine .....        | <input type="checkbox"/> 5 | GAIDE5 |
| 9. Ne sait pas .....                          | <input type="checkbox"/> 9 |        |

**• Détermination de l'aidant principal**

→ **Filtre** : Si la personne ne reçoit aucune aide humaine (CAIDKI=non)

ou si elle ne reçoit d'aide que de professionnels →→→→→→→→→→→→→→→ **REFADI**

**GAIDKI. Parmi les personnes (non professionnelles) qui vous aident, qui considérez-vous comme votre aide le plus proche ? (voir tableau des aidants page 31 et reporter ici le numéro de l'aidant principal.....)**

--	--

**Questions à l'enquêteur :**

**GAIDPR. L'aidant principal est-il présent ?**

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

**GAIDPA. Jugez-vous possible de l'interroger maintenant ?**

- |  |                            |                 |
|--|----------------------------|-----------------|
| 1. Oui .....   | <input type="checkbox"/> 1 | → <b>Mod. W</b> |
| 2. Non, je laisse un questionnaire-papier à remplir..... | <input type="checkbox"/> 2 | → <b>GAFFIC</b> |

**GAIDAD. Voici un questionnaire court et anonyme destiné à [prénom de l'aidant principal]. Pouvez vous lui transmettre quand vous le verrez ?**

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

## Module W : Questions à l'aidant principal

*Les questions qui suivent ne sont posées que s'il existe un "aidant principal". Dans plusieurs cas, il n'y aura pas lieu de poser cette partie, soit parce que la personne n'a pas besoin d'aide, qu'elle n'est pas aidée, ou que l'aide est fournie par des professionnels.*

*L'interrogation de l'aidant principal sera réalisée soit informatiquement par l'enquêteur, s'il le juge possible, soit sur un questionnaire-papier que l'aidant remplira lui-même et renverra à la direction régionale de l'INSEE.*

**WDAC. Acceptez-vous de répondre à un questionnaire court portant sur les conséquences de votre rôle d'aidant**

- 1. Oui .....
- 2. Non.....

- 1
- 2 → **REFADI**

**WAGE. Quel est votre âge? .....**

**WDUREE. Depuis combien de temps apportez-vous une aide à la personne concernée par l'enquête HID ? .....**

WDAN	WDMS
<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
ans	mois

**Quelles conséquences a votre rôle d'aidant sur les activités suivantes...**

**WJOUR. ...sortir pendant la journée**

- 1. Pas de changement .....
- 2. Changement minime .....
- 3. Vous ne pouvez sortir que s'il y a quelqu'un pour vous remplacer.....
- 4. Vous ne pouvez sortir qu'avec la personne que vous aidez.....
- 5. Vous ne pouvez plus sortir pendant la journée .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 8
- 9

**WSOIR. ...sortir le soir**

- 1. Pas de changement .....
- 2. Changement minime .....
- 3. Vous ne pouvez sortir que s'il y a quelqu'un pour vous remplacer .....
- 4. Vous ne pouvez sortir qu'avec la personne que vous aidez .....
- 5. Vous ne pouvez plus sortir le soir .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 8
- 9

**WPART. ...partir quelques jours (par exemple en week-end...)**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Pas de changement .....   | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Changement minime .....   | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Vous ne pouvez partir que s'il y a quelqu'un pour vous remplacer..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Vous ne pouvez partir qu'avec la personne que vous aidez .....        | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Vous ne pouvez plus partir quelque jours .....                        | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9 |

**WVAC. Partez vous en vacances...**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. ...Plusieurs fois par an .....         | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. ...Chaque année ou presque .....       | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. ...A peu près une année sur deux ..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ...Plus rarement .....                 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. ...Presque jamais .....                | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. ....Jamais .....                       | <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Ne veut pas répondre .....             | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                      | <input type="checkbox"/> 9 |

**WSOMM. Votre sommeil est-il souvent interrompu ?**

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

**WSOMA. Si oui, Est-ce à cause de votre activité d'aidant?**

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 |

**WQUOTI. Avez-vous plus de mal à accomplir vos activités quotidiennes habituelles en raison de ces interruptions de sommeil ?**

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 |

**WAMI. Quelles conséquences a votre rôle d'aidant sur les relations avec vos amis ?**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Pas de changement.....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Changement mineur .....   | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Votre cercle d'amis a crû .....   | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Votre cercle d'amis a changé .....  | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Vous avez perdu ou êtes en train de perdre le contact avec des amis actuels | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> 8 |

9. Ne sait pas .....

<input type="checkbox"/> 9
----------------------------

→ **Filtre** : Si l'aidant principal est le conjoint de la personne handicapée →→→→→ **WNEG**

**WCONJ. Votre activité d'aidant a-t-elle changé vos relations avec votre époux(se) ou votre partenaire ?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 0. Sans objet : Vous n'avez ni époux(se) ni partenaire..... | <input type="checkbox"/> 0 |
| 1. Pas de changement .....                                  | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Cela vous a rapproché .....                              | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Vous manquez de moments d'intimité .....                 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Vos relations sont devenues tendues.....                 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Ne veut pas répondre .....                               | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9 |

**WNEG. Vos tâches d'aidant ont-elles eu des conséquences négatives sur votre bien-être physique ou moral ?**

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

**WNEQ. Si oui, Pouvez -vous préciser lesquelles ?**  
(possibilité de réponses simultanées)

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Fatigue morale, anxiété, stress, état dépressif ..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Fatigue physique, surmenage.....                      | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Problèmes de dos .....                                | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Autres conséquences négatives.....                    | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Ne veut pas répondre .....                            | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                                     | <input type="checkbox"/> 9 |

**WPOS. Votre rôle d'aidant a-t-il eu des conséquences positives sur votre bien-être physique ou moral ?**

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

**WPOQ. Si oui, Pouvez -vous préciser lesquelles ?**  
(possibilité de réponses simultanées)

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Vous avez acquis davantage de force de caractère, de patience, de tolérance ... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Vous avez un sentiment de satisfaction, le rôle d'aidant est gratifiant .....   | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Vous vous sentez mieux physiquement .....                                       | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Autres conséquences positives .....   | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9 |

**WOCCUP. Avez vous une activité professionnelle ?**

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

- 1
- 2 → **WARRET**
- 8 → **WARRET**

**WAMENA. Avez vous dû aménager votre activité professionnelle à cause de votre rôle d'aidant ?**

- 0. Sans objet : n'avait pas d'activité professionnelle auparavant .....
- 1. Oui.....
- 2. Non .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 0 → **WSOUHA**
- 1
- 2 → **REFADI**
- 8 → **REFADI**
- 9 → **REFADI**

**Si oui, quels aménagements avez-vous dû apporter ?**  
(possibilité de réponses simultanées)

- 1. Réduction d'horaires .....
- 2. Changement des horaires de travail .....
- 3. Changement de la nature du travail .....
- 4. Changement d'entreprise .....
- 5. Rapprochement du lieu de travail .....
- 6. Travaille maintenant à domicile .....

- 1 WAMEN1
- 2 WAMEN2
- 3 WAMEN3
- 4 WAMEN4
- 5 WAMEN5
- 6 WAMEN6

→ **Filtre** : Si l'aidant principal a un emploi (WOCCUP=1) →→→→→→→→→ **REFADI**

**WARRET. Avez-vous du cesser de travailler en raison de votre activité d'aidant ?**

- 0. Sans objet : n'avait pas d'activité professionnelle auparavant .....
- 1. Oui.....
- 2. Non .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

- 0
- 1
- 2
- 8
- 9

**WSOUHA. Si vous n'aviez pas cette activité d'aidant, souhaiteriez-vous trouver un emploi ?**

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

- 1
- 2
- 8
- 9

## • Personne-relais

*L'INSEE envisage de demander à un enquêteur de revenir vous voir dans environ 2 ans.*

**REFAD1. Acceptez-vous de nous communiquer le nom et l'adresse d'un proche (parent, ami...) susceptible de nous renseigner sur votre (sa) nouvelle adresse au cas, même improbable, où vous déménageriez ?**

1. Oui.....  
 2. Non .....  
 3. C'est le tuteur qui vous renseignera .....  
 9. Ne sait pas .....

- 1  
 2 → *Fin*  
 3 → *Fin*  
 9 → *Fin*

**REFNOM. Nom** \_\_\_\_\_

**REFPR. Prénom** \_\_\_\_\_

**REFADR. Adresse** \_\_\_\_\_

**REFDEP. Département** ..... [ ][ ]

**REFCOM. Commune** ..... [ ][ ][ ][ ]

**REFTEL. Téléphone** ..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

## • Pour l'enquêteur

*Après l'interview, vous indiquerez pour chacun des membres du ménage (1) s'il a assisté à l'interview (2) s'il a activement participé à l'interview, en répondant, même pour partie, au questionnaire :*

<b>_PERSONNE[i]_</b> Numéro d'ordre individuel	<b>_ASSIST_</b> A assisté à l'entretien  1. Oui →→ →→ 2. Non ↓	<b>_REPQ2_</b> A participé activement à l'entretien  1. Oui 2. Non
<b>01</b> .....	[ ]	[ ]
<b>02</b> .....	[ ]	[ ]
<b>03</b> .....	[ ]	[ ]
<b>04</b> .....	[ ]	[ ]
<b>05</b> .....	[ ]	[ ]
<b>06</b> .....	[ ]	[ ]
<b>07</b> .....	[ ]	[ ]
<b>08</b> .....	[ ]	[ ]
<b>09</b> .....	[ ]	[ ]
<b>10</b> .....	[ ]	[ ]