

III. Évolution en 10 ans

A. Évolution médicale :

6. Êtes-vous régulièrement suivi(e) par ? (plusieurs réponses possibles)

- Un médecin généraliste Une équipe de soins à domicile
 Un médecin spécialiste en rééducation Une (ou des) infirmière(s)
 Un urologue Un kinésithérapeute
 Un autre spécialiste lequel ? _____

7. Ces dix dernières années avez-vous eu :

- . Une ou des escarres: Non, jamais Oui, une fois Oui, entre 2 et 10 fois Plus de 10 fois (soit 1 fois par an)
 . Des problèmes urinaires (infections...) Non, jamais Oui, une fois Oui, entre 2 et 10 fois Plus de 10 fois (soit 1 fois par an)
 . Des problèmes respiratoires Non, jamais Oui, une fois Oui, entre 2 et 10 fois Plus de 10 fois (soit 1 fois par an)

8. Ces dix dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non

- Escarre(s) Contractures
Si oui, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)
 Problème respiratoire Problème digestif
 Problème urinaire Simple bilan
 Douleurs Autres, précisez _____
 Intervention(s) chirurgicale(s) : laquelle (lesquelles) _____

9. Ces dix dernières années, avez-vous été opéré(e), dans le but d'améliorer votre autonomie ? Oui Non

Si oui : de quoi ? La vessie Membres supérieurs Autre, précisez _____

10. Globalement, cette (ou ces) opération(s) a (ont)-t-elle(s) permis une réelle amélioration ?

- Oui, très importante Oui, légère Non, ça n'a rien changé

B. Évolution de l'entourage

1. Ces dix dernières années une (ou des) personne(s) qui vous aidai(en)t régulièrement a-(ont)-elle(s) arrêté de le faire ?

- Oui Non

A. Si oui, il s'agit de :

a. Votre conjoint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	d. Un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Votre père et/ou mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	e. Un ami	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. Un enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	f. Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

B. Si oui, cela a-t-il provoqué un changement important pour vous ?

- Oui, un placement dans un centre spécialisé Non, quelqu'un l'a remplacé
 Oui, une perte importante d'autonomie Autre, précisez _____

2. Ces dix dernières années, une (ou des) personne(s) qui ne vous aidai(en)t pas régulièrement s'est-elle (se sont-elles) mise(s) à le faire ?

- Oui Non

A. Si oui, il s'agit de :

a. Votre conjoint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	d. Autre membre de la famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Votre père et/ou mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	e. Un ami	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. Un enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	f. Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

B. Si oui, pour quelle raison ?

- J'ai eu besoin d'une aide supplémentaire Elle a eu envie de le faire
 Pour remplacer quelqu'un Autre précisez _____

C. Si oui, cela a-t-il provoqué un changement important pour vous ?

- Oui, un maintien (ou un retour) à domicile Autre, précisez _____
 Oui, un gain important d'autonomie

I. Situation personnelle

1. Sexe Masculin Féminin 2. date de naissance / /

A. Situation familiale

3. Vivez-vous actuellement en couple ? Oui Non

Si oui, depuis quelle année ?

Si non, avez-vous déjà vécu en couple depuis votre accident ? Oui Non

4. Quelle est votre situation maritale légale ? Célibataire Marié ou pacsé Veuf Divorcé

Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e), en quelle année a eu lieu votre séparation effective ?

Si vous êtes veuf (ou veuve), en quelle année est décédé votre conjoint ?

Si vous êtes séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve), combien d'années a duré votre dernière union ?

B. Lieu de vie

5. Où habitez-vous habituellement ?

- Logement individuel (appartement/maison)
 Hôpital ou centre de rééducation
 Foyer d'hébergement (MAS, foyer de vie...)
 Etablissement pour personnes âgées

Si vous vivez en institution, depuis quelle année ?

6. Habitez-vous le même logement qu'en 1995 ? Oui Non

Si vous habitez dans un logement individuel, combien de personnes (y compris vous même) vivent dans ce logement (si vous vivez seul(e) mettez **01**) ?

C. Situation médicale actuelle :

7. Avez-vous une paralysie complète sous le niveau de la lésion ? Oui Non

8. Avez-vous une perte de sensibilité complète ? Oui Non

9. Avez-vous une trachéotomie ? Oui Non

Si oui, depuis quelle année ?

10. Avez-vous des contractures gênantes ? Oui Parfois Non

11. Avez-vous une ou des escarre(s) ? Oui Non

Si oui, depuis quelle année ?

12. Avez-vous d'autre(s) complication(s) ? Oui Non

Si oui, laquelle (lesquelles) ? _____

13. Avez-vous des douleurs ? Oui Parfois Non

Si oui, de quelle intensité ? (Entourez, le chiffre correspondant à votre situation sur l'échelle suivante) exemple 56

pas de douleur 012345678910 douleurs intolérables

Ne rien inscrire dans cette case

D. Situation fonctionnelle actuelle :

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

- Oui, sans aucune difficulté Non, il me faut une aide
 Oui, mais avec des difficultés Je suis nourri(e) par sonde

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

- Oui, sans aide et sans aucune difficulté Non, j'ai besoin d'une aide partielle (pour les pieds, le bas du dos...)
 Oui, sans aide mais avec quelques difficultés. Non, j'ai besoin d'aide pour tout.
 Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés.

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

- Oui, je me débrouille sans aide et sans aucune difficulté Non, quelqu'un prépare les habits que je dois mettre
 Oui, je me débrouille sans aide mais avec des difficultés Non, j'ai besoin d'une aide pour tout
 Non, quelqu'un m'aide pour les choses difficiles ou les fermetures (boutons...)

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

- Oui, sans aucune difficulté Non, il faut que quelqu'un m'aide
 Oui, mais avec des difficultés Je ne me sers pas des toilettes

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

- Oui, seulement les urines Oui, seulement les selles Oui, les selles et les urines
 Anus artificiel et sonde vésicale Non, jamais

19. Utilisez-vous un système d'évacuation de l'urine? Oui Non

- Si oui*, lequel ? Sonde à demeure Collecteur d'urines
 Sondages intermittents Autres, précisez _____

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

- Oui, sans aucune difficulté. Non, il me faut une aide uniquement technique
 Oui, mais avec des difficultés. Non, il me faut une aide humaine (ou une aide humaine et technique)

21. Pouvez-vous (seul(e)) ? (plusieurs réponses possibles)

- Tenir debout Marcher sur un terrain accidenté
 Effectuer quelques pas Monter un escalier
 Marcher sur un terrain plat Rien de tout cela

22. Si vous utilisez un fauteuil roulant, effectuez-vous vos transferts (lit, douche, WC, voiture...) sans aide ?

- Oui, sans aucune difficulté. Non, il me faut une aide uniquement technique
 Oui, mais avec des difficultés Non, il me faut une aide humaine (ou une aide humaine et technique).
 Je n'utilise pas de fauteuil roulant

23. Pouvez-vous effectuer les gestes suivants ?

- a. Ouvrir ou fermer une porte Oui, sans aucune difficulté Oui, mais avec des difficultés Non, c'est impossible
b. Utiliser un crayon Oui, sans aucune difficulté Oui, mais avec des difficultés Non, c'est impossible
c. Boutonner un vêtement Oui, sans aucune difficulté Oui, mais avec des difficultés Non, c'est impossible

24. Pouvez-vous vous déplacer avec un fauteuil manuel ?

- Oui, sans difficulté Non, il me faut (ou faudrait) une aide
 Oui, sans difficulté mais sur une courte distance (dans votre logement par exemple) Je n'utilise pas de fauteuil roulant
 Oui, mais avec des difficultés

62. Utilisez-vous à votre domicile un matériel de prévention ou de compensation ? (Assistance respiratoire, Matériel anti-escarres...)

- Oui Non, mais j'en aurais besoin Non, je n'en ai pas besoin

Si oui, lequel (lesquels) ?

- Assistance respiratoire (respirateur, aspirateur, oxygénothérapie)
 Stimulateur électrique anti-douleurs
 Matériel anti-escarres (coussins, matelas...)
 Aides techniques de rééducation : verticalisateur...
 Lève-malade
 Aides techniques pour les activités sexuelles

63. Utilisez-vous des aides techniques pour marcher ou pour vous déplacer?

- Oui Non, mais j'en aurais besoin Non, je n'en ai pas besoin

Si oui, laquelle (lesquelles)?

- Cannes ou béquilles
 Appareillage (orthèse) des membres inférieurs
 Déambulateur
 Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant manuel avec assistance à la propulsion
 Fauteuil roulant électrique
 Autres, précisez _____

64. Disposez-vous d'une téléalarme ? Oui Non, mais j'en aurais besoin Non, je n'en ai pas besoin

D. Aides humaines

65. Y a-t-il une ou des personnes qui vous aident régulièrement à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne ?

- Oui Non

Si oui,

A. Recevez-vous une aide pour ?

- a. Les soins personnels (toilette, habillage, repas...) Oui Non
b. Les tâches ménagères (ménage, lessive, repassage...) Oui Non
c. Faire les courses, acheter les médicaments Oui Non
d. Sortir de votre logement Oui Non
e. Assurer une présence, une compagnie Oui Non
f. Autres activités, précisez _____

B. Quelles sont les personnes qui vous fournissent fréquemment de l'aide ?

- a. Un professionnel rémunéré Oui Non
b. Votre conjoint Oui Non
c. Vos parents Oui Non
d. Vos enfants Oui Non
e. Un voisin Oui Non
f. Un autre membre de la famille Oui Non
g. Un ami Oui Non
h. Autre, précisez _____

C. Parmi les personnes professionnelles qui vous aident, certaines sont-elles rémunérées par vous ?

- Oui Non Pas d'aide de professionnel

D. Vous arrive-t-il de rémunérer des membres de votre famille pour l'aide qu'ils vous apportent ?

- Oui Non Pas d'aide de la famille

56. Disposez-vous des aménagements spécialement adaptés suivants :

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| a. W.C. adaptés (siège percé, élévateur, barre d'appui...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| b. Baignoire, douche ou lavabo adaptés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| c. Table adaptée (inclinable, réglable, roulante...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| d. Cuisine adaptée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| e. Siège adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| f. Lit adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| g. Dispositifs de soutiens (barres d'appui, mains-courantes) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| h. Dispositifs pour ouvrir, fermer (portes, fenêtres...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| i. Téléphone adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| j. Elargissements de portes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| k. Elévateur d'escalier | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| l. Monte-charge, ascenseur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| m. Aménagement de l'accès d'un véhicule automobile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
| n. Aménagement de la conduite d'un véhicule automobile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, mais j'en aurais besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |

57. A quelle période les principaux aménagements ont-ils été réalisés ?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avant ma sortie du centre de rééducation | <input type="checkbox"/> Il y a moins de 5 ans |
| <input type="checkbox"/> L'année suivant ma sortie du centre de rééducation | <input type="checkbox"/> Au fur et à mesure, sans date précise |
| <input type="checkbox"/> Il y a entre 5 et 10 ans | <input type="checkbox"/> Aucun aménagement réalisé |

58. Avez-vous dû attendre une indemnisation pour réaliser ces aménagements ?

- Oui Oui, en partie Non Pas d'indemnisation

59. Avez-vous bénéficié de financements extérieurs pour ces aménagements ? Oui Non

Si oui, de quelle provenance ? (plusieurs réponses possibles)

- de l'Etat
- d'associations
- d'une mutuelle
- de collectivités locales
- de la Sécurité Sociale
- Autre, lesquelles ? _____

C. Aides techniques

60. Utilisez-vous des aides pour saisir ou manipuler à distance ? (commande à distance, automatismes, pinces...)

- Oui Non, mais j'en aurais besoin Non, je n'en ai pas besoin

Si oui, laquelle (lesquelles) ?

- Commande à distance Pinces Télémanipulateur Station robotisée Automatismes

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

- Oui Non, mais j'en aurais besoin Non, je n'en ai pas besoin

Si oui, lequel (lesquels) ?

- Préhension Licorne Baguette buccale Couverts adaptés Attelle pour écrire

E. Occupations :

25. Vous êtes ? En activité professionnelle En formation professionnelle Au chômage En retraite Autre

A. Si vous avez une activité, depuis quelle année ? _____

B. Si vous ne travaillez pas actuellement, avez-vous eu une activité professionnelle depuis votre accident ? Oui Non

C. Si vous avez déjà travaillé depuis votre accident combien d'années au total ? _____

D. Emploi actuel ou dernier emploi occupé _____

26. Faites-vous partie d'une association de personnes handicapées ?

- Oui, en tant que responsable Oui, en tant que simple adhérent(e) Non

Si oui, pour quelle raison avez vous adhéré (plusieurs réponses possibles)

- Pour rencontrer des personnes qui me ressemblent Pour défendre une cause, être utile
- Pour pratiquer une activité Pour faire respecter mes droits.
- Pour avoir accès à des renseignements ou des services

27. Faites-vous partie d'une association d'une autre nature ? Oui Non

Si oui, laquelle (lesquelles) _____

28. Pratiquez-vous régulièrement une (ou plusieurs) des activité(s) suivante(s) ?

- Lecture Sorties culturelles
- Voir ou recevoir des amis, de la famille Spectacles (cinéma, théâtre)
- Télévision Jeux
- Sport Autres, précisez _____
- Voyages

29. Avez-vous accès à un ordinateur ? Oui, j'en possède un Oui, occasionnellement Non

30. Avez-vous accès à l'Internet ? Oui Non

Si oui, d'où avez-vous accès à l'Internet ? (plusieurs réponses possibles)

- De chez moi D'un cyber café Au travail De chez des amis ou de la famille D'une association

Si vous avez un accès régulier à Internet, cela a-t-il une influence sur votre quotidien ? (plusieurs réponses possibles) :

- Oui j'ai un meilleur accès à l'information Autre influence, précisez _____
- Oui, je peux discuter avec d'autres personnes (forum, rencontre...)
- Oui, cela me permet de faire des achats Non, aucune influence

F. Procréation et sexualité :

31. Combien d'enfants vivants avez-vous aujourd'hui (qu'ils habitent ou non avec vous), y compris les enfants adoptés? _____

32. Combien d'enfants avez-vous eu *avant* l'accident ? _____ 33. Combien d'enfants avez-vous eu *après* l'accident ? _____

Si vous n'avez pas eu d'enfant depuis votre accident, voulez (ou vouliez) vous en avoir ? Oui Non

Si vous avez eu un (ou des) enfant(s) après votre accident, avez-vous eu recours à ?

1. Une aide médicale Oui Non
2. Une adoption Oui Non
3. Autre, précisez _____

34. Avez-vous des relations sexuelles ? Oui Non

35. En êtes-vous satisfait(e) ? Oui Non

36. Sur ce sujet, avez-vous obtenu les informations souhaitées ? Oui Non

Si oui, par qui ? Médecin Infirmière, personnel soignant autres, précisez _____

G. Bien-être et handicap :

37. L'expérience du handicap a-t-elle (ou a-t-elle eu) des conséquences sur votre :

- | | | | | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| a. Vie professionnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>si oui</i> | <input type="checkbox"/> négatives | <input type="checkbox"/> positives | <input type="checkbox"/> les deux |
| b. Vie familiale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>si oui</i> | <input type="checkbox"/> négatives | <input type="checkbox"/> positives | <input type="checkbox"/> les deux |
| c. Vie affective | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>si oui</i> | <input type="checkbox"/> négatives | <input type="checkbox"/> positives | <input type="checkbox"/> les deux |
| d. Façon de voir les choses, personnalité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>si oui</i> | <input type="checkbox"/> négatives | <input type="checkbox"/> positives | <input type="checkbox"/> les deux |
| e. Relation avec les autres | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>si oui</i> | <input type="checkbox"/> négatives | <input type="checkbox"/> positives | <input type="checkbox"/> les deux |

38. Comment vous sentez-vous ? Très mal Mal Plutôt mal Plutôt bien Bien Très bien

39. Votre bien-être actuel S'améliore Reste stable Se dégrade

40. Vous estimez-vous ? Relativement peu handicapé Moyennement handicapé
 Lourdemment handicapé Très lourdement handicapé

H. Reconnaissance du handicap

41. Avez-vous déjà déposé un dossier devant la COTOREP ? Oui Non

A. *Si oui*, quelle décision a été rendue la dernière fois que le dossier est passé en COTOREP ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La décision n'a pas encore été rendue | <input type="checkbox"/> Orientation vers une structure d'hébergement (foyer, MAS) |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance comme travailleur handicapé | <input type="checkbox"/> Orientation vers une structure occupationnelle de jour (ATO...) |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance d'un taux d'incapacité | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Attribution d'allocations | <input type="checkbox"/> Aucune aide accordée |
| <input type="checkbox"/> Orientation vers un établissement de travail protégé (CAT, AP) | |
| <input type="checkbox"/> Orientation vers une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation prof., de pré-orientation...) | |

B *Si on vous a reconnu la qualité de travailleur handicapé*, dans quelle catégorie vous a-t-on classé(e) ?

- Catégorie A (léger) Catégorie B (modéré) Catégorie C (grave)

42. Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité ? (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP assurances....) Oui Non

Si oui, dans quel cadre ? (plusieurs réponses possibles)

- Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°)....
 Taux d'incapacité lié à un accident du travail
 Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP
 Taux lié à une pension militaire d'invalidité
 Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance

II. Environnement

A. Relations familiales et sociales :

43. Votre père habite-t-il dans le même logement que vous ? Oui Non

A. *Si non* :

- | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un logement proche de chez vous | <input type="checkbox"/> Plus loin en France |
| <input type="checkbox"/> La même ville ou ses environs | <input type="checkbox"/> A l'étranger |
| <input type="checkbox"/> La même région | <input type="checkbox"/> Père décédé |

B. A quelle fréquence le voyez-vous ?

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour | <input type="checkbox"/> Une fois par an ou moins |
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par an | |

4

44. Votre mère habite-t-elle dans le même logement que vous ? Oui Non

A. *Si non* :

- | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un logement proche de chez vous | <input type="checkbox"/> Plus loin en France |
| <input type="checkbox"/> La même ville ou ses environs | <input type="checkbox"/> A l'étranger |
| <input type="checkbox"/> La même région | <input type="checkbox"/> Mère décédée |

B. A quelle fréquence la voyez-vous ?

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour | <input type="checkbox"/> Une fois par an ou moins |
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par an | |

45. *Si vous avez des enfants*, combien habitent dans le même logement que vous ?

46. *Si vous avez des enfants qui vivent dans un autre logement*, le plus proche géographiquement habite :

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un logement proche de chez vous | <input type="checkbox"/> Plus loin en France |
| <input type="checkbox"/> La même ville ou ses environs | <input type="checkbox"/> A l'étranger |
| <input type="checkbox"/> La même région | <input type="checkbox"/> Pas d'autre enfant dans un autre logement |

A quelle fréquence le voyez-vous ?

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour | <input type="checkbox"/> Une fois par an ou moins |
| <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par an | |

47. Avez-vous au moins un frère (ou une sœur) vivant(e) ? Oui Non

48. Avez-vous au moins un de vos grands parents vivant ? Oui Non

49. Avez-vous au moins un petit enfant vivant ? Oui Non

50. Avez-vous des contacts fréquents (une fois par semaine) avec les personnes suivantes ?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Petits-enfants | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 5. Voisin(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Grands-parents | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 6. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Frère(s)/sœur(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 7. Ami(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Autre(s) membre(s) de la famille | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 8. Partenaire(s) (copain, petit ami) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

B. Accessibilité

51. Comment accédez-vous à votre logement à partir de la rue ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> De plain-pied | <input type="checkbox"/> Par une rampe d'accès | <input type="checkbox"/> Par un ascenseur |
| <input type="checkbox"/> Par un élévateur | <input type="checkbox"/> Par un escalier ou quelques marches | |

52. Eprenez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à l'entrée de votre logement depuis la rue ? Oui Non

53. Avez-vous besoin d'aide pour aller de la rue jusqu'à votre logement ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, pour entrer dans l'immeuble (ou la maison) | <input type="checkbox"/> Oui, du hall à l'entrée de mon logement |
| <input type="checkbox"/> Non, je n'ai pas besoin d'aide | |

54. Pouvez-vous accéder sans difficulté à toutes les pièces de votre logement ? Oui Non

55. Quelle(s) pièce(s) sont difficiles d'accès ? (plusieurs réponses possibles)

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Votre chambre |
| <input type="checkbox"/> La salle de séjour (ou la salle à manger, ou le salon) |
| <input type="checkbox"/> La cuisine |
| <input type="checkbox"/> La salle de bains |
| <input type="checkbox"/> Les W.C. |
| <input type="checkbox"/> Le grenier, la cave, d'autres pièces |
| <input type="checkbox"/> Aucune difficulté |

ne rien inscrire dans cette case

5

Recommandations pour remplir le questionnaire

Vous devez répondre personnellement aux questions posées, avec l'aide d'un tiers si nécessaire.

Nous vous remercions par avance de respecter les consignes suivantes au moment de remplir le questionnaire :

La case (ou les cases) correspondant à votre situation doit (ou doivent) être cochée(s) (d'une manière à votre convenance mais en écrivant dans la case), il **ne faut pas entourer les réponses** (sauf lorsque cela est explicitement demandé, par exemple pour la question 73).

Lorsque vous devez écrire une date ou un nombre, inscrivez un seul chiffre par case.

Vous pouvez utiliser un stylo bleu ou un stylo noir (feutre ou bille), n'utilisez pas de crayon à papier.

Si vous faites une erreur, cochez la case qui correspond à la bonne réponse et rayez l'intitulé de la réponse erronée comme ci-dessous :

26. Faites-vous partie d'une association de personnes handicapées ?

Oui, en tant que responsable — Oui, en tant que simple adhérent(e) Non

Si vous avez besoin d'un renseignement complémentaire pour remplir ce questionnaire, vous pouvez vous renseigner auprès de Maude Espagnacq : 01-56-06-22-32

C. Évolution globale

73. Indiquez sur les échelles suivantes les évolutions depuis 10 ans : (Entourez, le chiffre correspondant à votre situation)

A -De la réalisation de vos activités quotidiennes :

exemple

-4	-3
----	----

très dégradée

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---

 très améliorée

B -De vos capacités fonctionnelles :

très dégradée

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---

 très améliorée

C -De la qualité de votre environnement (accessibilité, soutien et attitude de votre entourage) :

très dégradée

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---

 très améliorée

D -De la qualité de votre santé :

très dégradée

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---

 très améliorée

74. Qui a rempli le questionnaire ?

Vous-même seul Quelqu'un sous votre dictée Un tiers sans votre présence

75. Pouvez-vous indiquer, en quelques lignes, ce qui a le plus influencé l'évolution de votre situation générale depuis 10 ans ?

ne rien inscrire dans cette case

Tournez la page SVP.

Ce questionnaire va permettre une nouvelle approche de vos conditions de vie. Afin de préciser certains points et de mieux prendre en compte votre avis et vos souhaits, accepteriez-vous :

De remplir dans quelques mois un petit questionnaire complémentaire ? Oui Non

D'être contacté(e) par un enquêteur en vue d'un entretien a votre domicile ? Oui Non

Si oui, dans l'un ou l'autre des cas merci d'indiquer vos coordonnées (NB : Ces données ne seront pas informatisées mais, le cas échéant, elles permettront de vous contacter) :

NOMPrénom.....

Adresse.....
.....
.....

Code postal

--	--	--	--	--

 Ville

Pays..... Téléphone

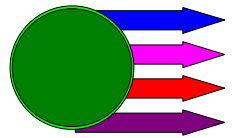
Avez-vous des précisions à apporter sur votre situation, des suggestions ou des propositions à formuler ?

Merci d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire. Pourriez-vous le renvoyer accompagné de l'échelle de qualité de vie dans l'enveloppe "T" ci-jointe sans l'affranchir ?

Dr Jean François Ravaud
IFRH-25 Ined
133, Bd Davout
75980 Paris cedex 20

IFR 25
Institut Fédératif
de Recherche Réseau **H**andicap

TETRAFIGAP



ENQUÊTE SUR LE DEVENIR DES TÉTRAPLÉGIQUES :

SUIVI à 10 ANS

Informatique et liberté : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique (sauf celles concernant vos coordonnées, nom, prénom, adresse et téléphone qui ne sont pas enregistrées) destiné à étudier le devenir à long terme des personnes tétraplégiques. Les destinataires de ces données sont les membres du comité de pilotage de l'enquête Tétrafigap II. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap (IFRH, Dc J-F Ravaud, INED, 133 Bd Davout, 75980 Paris cedex 20).
Ce questionnaire est déclaré à la CNIL, sous le numéro