

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 2001

Second passage auprès des personnes vivant à domicile

Dossier d'interview partie 2

(Questionnaire individuel)

| | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| RGES. | Région de gestion | | | | | | |
| NENQ. | Identifiant de l'enquêteur | | | | | | |
| NUMFA. | N° fiche-adresse | | | | | | |
| EC. | N° de logement éclaté | | | | | | |
| DATENQ. | Date de l'interview | | | | | | |
| NBPERS. | Nombre de personnes du ménage | | | | | | |
| NUMIND. | Numéro (issu du Tcm) de la personne concernée par HID | | | | | | |

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2001 X 717 EC du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2001.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au département de la démographie 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

| | |
|---|----|
| Module A : Relevé de la nature et de l'origine des problèmes de santé - <i>Evolution depuis le premier passage HID99</i> | 4 |
| Module B : Description des incapacités - <i>Evolution depuis le premier passage HID99</i> | 6 |
| Module C : Environnement socio-familial | 23 |
| Module D : Accessibilité du logement - Aides techniques | 31 |
| Module L : Conditions de logement | 43 |
| Module T : Déplacements et transports | 45 |
| Module S : Scolarité et diplômes | 48 |
| Module E : Emploi | 52 |
| EA : Activité professionnelle actuelle | 53 |
| EB : Recherche d'emploi | 57 |
| EC : Activité professionnelle antérieure | 59 |
| ET : Activité de l'établissement employeur | 61 |
| Module R : Revenus, situation administrative et juridique | 62 |
| Module G : Loisirs, vacances, culture, qualité de vie | 69 |

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

· Maladies chroniques, déficiences, handicaps

AHNOUV. Comment ça va depuis 1999 : si vous aviez des problèmes dus à votre santé se sont-ils arrangés ou aggravés ? ou avez-vous dû en supporter de nouveaux ?

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

| colonne 1 | colonne 2 | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--------------|-------|-------------|--------|-------|-------------|--------|-------|-------------|--------|---|
| <p><i>S'il y a eu des changements depuis 1999 : Pouvez-vous nous décrire ces changements ?</i></p> | <p>Nature (cf. carte 1)</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>- Rappel : LES PROBLEMES DE 1999 : (<i>affichage des problèmes déclarés lors de l'interview effectuée en 1999</i>)</p> <p>ADEF01 ----- ANAT01 </p> <p>ADEF02 ----- ANAT02 </p> <p>ADEF(i) ----- ANAT(i) </p> <p>ADEF10 ----- ANAT10 </p> <p>ADEF11 ----- ANAT11 </p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>- LES NOUVEAUX PROBLÈMES : <i>si la personne déclare des problèmes de santé non mentionnés dans la liste de 1999 ci-dessus, notez les en clair ci-dessous, sans rien y modifier</i></p> <p>ADECRI1 ----- ANATN1 </p> <p>ADECRIj ----- ANATNj </p> <p>ADECRI7 ----- ANATN7 </p> | <p>Nature (cf. carte 1)</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>- LES ÉVOLUTIONS DES PROBLÈMES DE 1999 : <i>en cas d'améliorations, aggravations ou disparitions des problèmes de santé figurant dans la liste de 1999 ci-dessus, notez le numéro du problème concerné, la nature en clair de l'évolution et codez-la</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Numéro de 1999</th> <th style="width: 50%;">Nature en clair</th> <th style="width: 30%;">Nature codée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANEV1 </td> <td>AEVO1 -----</td> <td>ANATE1 </td> </tr> <tr> <td>ANEVi </td> <td>AEVOi -----</td> <td>ANATEi </td> </tr> <tr> <td>ANEV6 </td> <td>AEVO6 -----</td> <td>ANATE6 </td> </tr> </tbody> </table> | Numéro de 1999 | Nature en clair | Nature codée | ANEV1 | AEVO1 ----- | ANATE1 | ANEVi | AEVOi ----- | ANATEi | ANEV6 | AEVO6 ----- | ANATE6 | <p>Nature (cf. carte 1bis)</p> |
| Numéro de 1999 | Nature en clair | Nature codée | | | | | | | | | | | |
| ANEV1 | AEVO1 ----- | ANATE1 | | | | | | | | | | | |
| ANEVi | AEVOi ----- | ANATEi | | | | | | | | | | | |
| ANEV6 | AEVO6 ----- | ANATE6 | | | | | | | | | | | |

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

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

- les lignes "problèmes de 1999" vous rappellent ce qui avait alors été déclaré par le répondant et chiffré.
- les lignes "nouveaux problèmes" sont à remplir par vous. Les colonnes 1 et 3 (remplies en premier) doivent contenir le texte en clair des réponses de la personne interviewée. Ce texte vous servira à repérer les causes d'incapacités que vous relèverez dans le reste du questionnaire. Il sera d'autre part utilisé pour le chiffrage qui sera effectué ultérieurement, selon les nomenclatures internationales, par des codificateurs spécialisés. les colonnes 2 et 4 devront être chiffrées par vous
- les lignes "évolutions des problèmes de 1999" sont à remplir de la même façon. N'oubliez pas de noter le numéro de la déficience dans la liste qui vous est rappelée.

· Origine des problèmes cités

| colonne 3 | colonne 4 |
|---|---|
| Pouvez-vous indiquer, pour chacun des troubles que vous venez d'indiquer, son origine ? | Origine (cf. carte 2) |
| <p>- Rappel : <u>ORIGINES DES PROBLEMES DE 1999</u> : <i>(affichage des réponses fournies par la personne interviewée en 1999)</i></p> <p>AOR01 -----</p> <p>AOR02 -----</p> <p>AOR(i) -----</p> <p>AOR10 -----</p> <p>AOR11 -----</p> | <p>ACOD01 </p> <p>ACOD02 </p> <p>ACOD(i) </p> <p>ACOD10 </p> <p>ACOD11 </p> |
| <p>- <u>ORIGINE DES NOUVEAUTES</u> : <i>si la personne déclare, maintenant ou plus tard des maladies ou autres problèmes de santé non mentionnés dans la liste de 1999 ci-contre en haut, notez-en l'origine en clair ci-dessous, sans rien y modifier</i></p> <p>AORN1 -----</p> <p>AORNj -----</p> <p>AORN7 -----</p> | <p>Origine (cf. carte 2)</p> <p>ACODN1 </p> <p>ACODNj </p> <p>ACODN7 </p> |
| <p>- <u>ORIGINE DES EVOLUTIONS</u> : <i>notez ci-dessous en clair et chiffrez ci-contre à droite l'origine ou les circonstances des évolutions mentionnées dans la page ci-contre à gauche</i></p> <p style="text-align: center;">Origine en clair</p> <p>AOEV1 -----</p> <p>AOEV(i) -----</p> <p>AOEV6 -----</p> | <p>Origine (cf. carte 2)</p> <p>Origine codée</p> <p>ACOEV1 </p> <p>ACOEVi </p> <p>ACOEV6 </p> |

Module B : Description des incapacités

® Dans ce module, la plupart des réponses sont affectées d'un "niveau de difficulté", de "A" (aucune difficulté) à "D" (incapacité à faire sans aide). A la fin de chacun des sept chapitres, le programme compare ces niveaux à ceux des réponses enregistrées en 1999. Pour chaque réponse différant d'au moins deux degrés, il ouvre un questionnement de confirmation et description des améliorations et/ou détériorations repérées.

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

• Toilette (concerne l'hygiène corporelle)

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

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

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

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

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

· **Alimentation : manger les aliments préparés**

BALI1. Coupez-vous votre nourriture sans aide ?

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

BALI2. Vous servez-vous à boire sans aide ?

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

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

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

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

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

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

- | | |
|--|---|
| 1. Les réponses fournies indiquent une détérioration depuis 1999 | <input type="checkbox"/> 1 ® BDECFAI |
| 2. Les réponses fournies indiquent un amélioration depuis 1999 | <input type="checkbox"/> 2 ® BAMCFAI |
| 3. Pas de changement repéré | <input type="checkbox"/> 3 ® BELII |

BDECFA1. Vous avez maintenant besoin d'aide pour

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

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

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

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

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

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

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

- | | | | |
|----------------------|--|--|---------|
| Cause numéro 1 | | | BDEORA1 |
| Cause numéro 2 | | | BDEORA2 |
| Cause numéro 3 | | | BDEORA3 |
| Cause numéro 4 | | | BDEORA4 |
| Cause numéro 5 | | | BDEORA5 |

BAMCFA1. Vous n'avez maintenant plus besoin d'aide pour

*[Affichage des actes que la personne fait maintenant sans aide]
alors que ce n'était pas le cas il y a deux ans.*

Pouvez-vous me confirmer cette amélioration ?

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

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

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

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

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

| | | | |
|----------------------|--|--|---------|
| Cause numéro 1 | | | BAMORA1 |
| Cause numéro 2 | | | BAMORA2 |
| Cause numéro 3 | | | BAMORA3 |
| Cause numéro 4 | | | BAMORA4 |
| Cause numéro 5 | | | BAMORA5 |

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

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

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

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

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

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

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

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

... **Confirmation et description des évolutions de difficultés d'élimination**

BCHG2 ® *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 7 à 9).*

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

• **Mobilité** : introduction et filtrage

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

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

→ **Filtres** : Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) → → → → → → → → → **BCHG3**
 Pour les enfants de moins de 5 ans → → → → → → (BCHG3) puis → → → → **BCOH3**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BDPE1. Sortez-vous de votre domicile sans aide ?

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

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

| | | **m**

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

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

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

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

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

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

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

BCHG3 ® *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 7 à 9).*

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

→ **Filtres** : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→→ **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 | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les prépare, mais je pourrais le faire en cas de besoin | <input type="checkbox"/> 4 | A |
| 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les prépare, sinon je ne pourrais pas le faire ou très difficilement | <input type="checkbox"/> 5 | C |
| 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 | <input type="checkbox"/> 6 | A |
| 7. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...) sinon je ne pourrais pas le faire ou très difficilement | <input type="checkbox"/> 7 | C |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

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

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | <input type="checkbox"/> 2 | A |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés | <input type="checkbox"/> 3 | B |
| 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les fait, mais je pourrais le faire en cas de besoin | <input type="checkbox"/> 4 | A |
| 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui les fait, sinon je ne pourrais pas les faire ou très difficilement | <input type="checkbox"/> 5 | C |
| 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 | <input type="checkbox"/> 6 | A |
| 7. Quelqu'un d'autre le fait pour moi (service d'aide ménagère, femme de ménage...) sinon je ne pourrais pas le faire ou très difficilement | <input type="checkbox"/> 7 | C |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

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 **A**
- 2. Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin 4 **A**
- 5. C'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe sinon je ne pourrais pas le faire ou très difficilement 5 **C**
- 6. Quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...) 6 **D**
- 9. Ne sait pas 9

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 sort pas 0 **D**
- 1. Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin 4 **A**
- 5. Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant sinon je ne pourrais pas le faire ou très difficilement 5 **C**
- 6. Non, je ne sors qu'en ambulance 6 **D**
- 9. Ne sait pas 9

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

- 0. Sans objet : ne prend pas de médicaments 0 **A**
- 1. Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 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 **A**
- 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 **D**
- 9. Ne sait pas 9

... Confirmation et description des évolutions de difficultés à réaliser des tâches ménagères.

BCHG4 ® Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 7 à 9).

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

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

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

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

BALARM. Disposez-vous d'une télalarme ?

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

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

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

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

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

BCOH1. En dehors de problèmes liés à la surdité, la personne communique-t-elle avec son entourage sans l'aide de quelqu'un ?

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

BCOH3. Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger (risque de vous blesser...) ?

- 1. Non, jamais 1 **A**
- 2. Oui, parfois 2 **B**
- 3. Oui, souvent 3 **C**
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

- 1. Non, jamais 1 **A**
- 2. Oui, parfois 2 **B**
- 3. Oui, souvent 3 **C**
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

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

· Orientation : se repérer dans le temps et dans les lieux

→ *Filtre : Pour les enfants de moins de 5 ans* → → → → → → → → → → → → → → → **BCHG5**

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

- 1. Non, jamais 1 **A**
- 2. Oui, parfois 2 **B**
- 3. Oui, toujours 3 **C**
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 9. Ne sait pas 9

→ *Filtre : Si la personne est confinée à l'intérieur du domicile (BMOB1 <=3)* → → **BCHG5**

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

- 0. Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique 0
- 1. Non, jamais 1 **A**
- 2. Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s) 2 **B**
- 3. Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide 3 **C**
- 4. Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider 4 **D**
- 7. Sans objet : trop jeune 7

9. Ne sait pas

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

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

BCHG5 ® *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillage ou l'alimentation (p. 7 à 9).*

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

· Vue, ouïe, parole

→ Filtre : *Si la personne est devenue aveugle depuis 1999 (ANATN[i]=2.1) → → → BVUE*

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

- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **B**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **C**
- 4. Non 4 **D**
- 5. Sans objet. La personne était déjà aveugle en 1999 et n'a pas déclaré d'amélioration en 2001 5 **® BVUE**
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **B**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **C**
- 4. Non 4 **D**
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

→ Filtre : *Si la personne n'a pas déclaré de difficultés de vision aux questions précédentes (BSEN1 <3 et BSEN2 <3) → → → → → → → → → → → → → BVUE3*

BVUE. Etes-vous ...

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

→ **Filtre** : Si la personne est devenue totalement sourde depuis 1999 (ANATN[i]=3.1) → **BSEN4**

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

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans difficulté, même s'il y a plusieurs personnes | <input type="checkbox"/> 1 | A |
| 2. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement | <input type="checkbox"/> 2 | B |
| 3. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort | <input type="checkbox"/> 3 | C |
| 4. Non | <input type="checkbox"/> 4 | D |
| 5. Sans objet. La personne était déjà totalement sourde en 1999 et n'a pas déclaré d'amélioration en 2001 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

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

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

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

BCHG6 ® Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (p. 7 à 9).

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

· **Souplesse, manipulation ²**

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

- 0. Sans objet : n'a plus de pieds 0
- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. Non 4 **D**
- 5. Sans objet : tétraplégique 5 [®] **BGENER**
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

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

→ **Filtre** : Si la personne est confinée au lit (BMOB1=1) → → → → → → → → → → → →
BCHG7

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

- 0. Sans objet : ne peut se tenir debout 0
- 1. Oui, sans aucune difficulté 1 **A**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés 2 **A**
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés 3 **B**
- 4. Non, il me faut une aide 4 **D**
- 5. Sans objet : paraplégique 5
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 9. Ne sait pas 9

² Les questions de ce chapitre sont désormais posées à tous (hormis la question BSOU4, filtrée pour les confinés au lit). Dans les trois précédents questionnaires (HID98, HID99 et HID00), ce chapitre n'était pas posé aux personnes ayant auparavant déclaré une « déficience des quatre membres », et la question BSOU4 n'était pas posée aux « déficients des deux membres inférieurs ».

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

BCHG7 ® *Ce module est identique à celui concernant la confirmation et la description des évolutions de difficultés pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation.*

Les noms des variables sont identiques, à ceci près que le "1" final est remplacé par un "7", et les noms des causes (BDEORA1 à 5 et BAMORA1 à 5) deviennent BDEORA31 à 35 et BAMORA31 à 35

· Consommation médicale

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté³...

BGENER. ...un médecin généraliste ?

- 1. Oui, une fois 1
- 2. Oui, deux ou trois fois 2
- 3. Oui, plus de trois fois 3
- 4. Non..... 4
- 9. Ne sait pas 9

BSPECI. ...un médecin spécialiste ?

- 1. Oui, une fois 1
- 2. Oui, deux ou trois fois 2
- 3. Oui, plus de trois fois 3
- 4. Non..... 4
- 9. Ne sait pas 9

BPARAM. ...un auxiliaire médical (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure...)?

- 1. Oui, une fois 1
- 2. Oui, deux ou trois fois 2
- 3. Oui, plus de trois fois 3
- 4. Non..... 4 ® **BMEDIC**
- 9. Ne sait pas 9 ® **BMEDIC**

Si oui, quel type d'auxiliaire médical ?

(possibilité de réponses simultanées)

- 1. Infirmière 1 BPARA1
- 2. Kinésithérapeute 2 BPARA2
- 3. Orthophoniste 3 BPARA3
- 4. Pédicure, podologue..... 4 BPARA4
- 5. Orthoptiste..... 5 BPARA5
- 6. Autres professions paramédicales 6 BPARA6

³ Les questions BGENER à BMEDIC sont nouvelles. Il s'agit de la reprise de questions posées dans le volet « santé » de l'enquête PCV de mai 2001.

BMEDIC. Avez-vous été obligé de consommer des médicaments sur une longue période (au moins un mois) au cours des 12 derniers mois ?

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

BMED4. Avez-vous, au cours des 3 derniers mois, consulté pour un problème d'ordre psychologique, affectif ou mental ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 ® **BALCO1**
- 8. Ne veut pas répondre 8 ® **BALCO1**
- 9. Ne sait pas 9 ® **BALCO1**

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

- 1. Un médecin généraliste 1 BMED41
- 2. Un médecin psychiatre 2 BMED42
- 3. Un autre médecin 3 BMED43
- 4. Un psychologue ou autre spécialiste non médecin 4 BMED44
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

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

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

Alcool⁴

BALCO. Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- 1. Régulièrement 1
- 2. Occasionnellement 2
- 3. Jamais 3 ® **BSOU1**
- 8. Ne veut pas répondre 8 ® **BSOU1**
- 9. Ne sait pas 9 ® **BSOU1**

⁴ Les questions BALCO à BALCO4 n'étaient pas posées lors du premier passage de l'enquête HID99 en ménages. Cette série de questions est extraite de l'enquête « baromètre santé » réalisée par le CFES.

BALCO1. Ressentez-vous parfois le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

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

BALCO2. Votre entourage vous fait-il parfois des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

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

BALCO3. Avez-vous parfois l'impression que vous buvez trop ?

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

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

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

• **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 relevé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 [®] *mod. C*

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

- 10. Une déficience motrice 10 BAUT10
- 20. Une déficience de vision 20 BAUT20
- 30. Une déficience d'audition 30 BAUT30
- 70. Une déficience mentale, intellectuelle ou psychologique 70 BAUT70
- 90. Une (ou plusieurs) autre(s) déficience(s) 90 BAUT90

Module C : Environnement socio-familial

→ **Filtres** : pour les personnes de 85 ans et plus →→→→→→→→→→→→→→→→ **CFRERE**
 pour les personnes dont la mère n'était déjà plus en vie en 1999 →→→→ **CPERVI**

CMERVI. Votre mère est-elle en vie ?

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

→ **Filtre** : pour les personnes dont le père n'était déjà plus en vie en 1999 →→→→→ **CFRERE**

CPERVI. Votre père est-il en vie ?

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

CFRERE. Combien de frères vivants avez-vous aujourd'hui ?
 (y compris les demi-frères)

| |

CSOEUR. Combien de soeurs vivantes avez-vous aujourd'hui ?
 (y compris les demi-sœurs)

| |

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

CFILS. Combien de fils vivants avez-vous aujourd'hui ?
 (y compris les enfants adoptés)

| |

CFILLE. Combien de filles vivantes avez-vous aujourd'hui ?
 (y compris les enfants adoptés)

| |

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

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

· Relations familiales.

Ce tableau doit être rempli colonne par colonne

COHAB[i]. Habite-t-il (elle) 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

| Père col ① | Mère col ② | Enfants⁵ col ③ et ④ | Frères, soeurs⁵ col ⑤ et ⑥ |
|---|---|---|---|
| <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 | ans | ans | ans |
| <input type="checkbox"/> 1® col 2 | <input type="checkbox"/> 1® col + 1 | <input type="checkbox"/> 1® col + 1 | <input type="checkbox"/> 1® CPTENF |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8® CPTENF |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1® col 2 | <input type="checkbox"/> 1® col + 1 | <input type="checkbox"/> 1® col + 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 9 |

⁵ Dans le cas où le nombre d'enfants (resp. frères et soeurs) est supérieur à 2, le questionnaire porte sur les 2 enfants (resp. 2 frères et soeurs) que la personne voit le plus souvent

CRELSX⁶. Avez-vous parfois des relations sexuelles ?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 0. Sans objet : l'enquêteur n'a pas souhaité poser la question | <input type="checkbox"/> 0 |
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 ® CAIDKI |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 ® CAIDKI |

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

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

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

⁶ Les questions CRELSX et CPRESER n'étaient pas posées dans le questionnaire HID99.

· Questions concernant les aides et les personnes qui aident

CAIDKI. Recevez-vous l'aide régulière d'un proche ou d'un professionnel pour 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 "7" ou sa qualité professionnelle en vous référant à la carte "8").

- 1 Oui
- 2 Non

si non® CAIDF

| | | | | |
|-------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|
| CPRQP1. Premier aidant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP2. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP3. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP4. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP5. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP6. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP7. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |
| CPRQP8. Aidant suivant | | sexe | lien | prof |

Si oui, recevez-vous une aide pour...

(LISEZ UNE A 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)

| | Tâche | Aidants | | | |
|---|-----------------------------|----------------|--|--|--|
| CAIKOA1. ...les soins personnels (toilette, habillage, repas...) | <input type="checkbox"/> 01 | | | | |
| CAIKOA2. ...vous (se) déplacer dans le logement | <input type="checkbox"/> 02 | | | | |
| CAIKOA3. ...sortir de votre (son) logement | <input type="checkbox"/> 03 | | | | |
| CAIKOA4. ...la défense de vos (ses) droits et intérêts | <input type="checkbox"/> 04 | | | | |
| CAIKOA5. ...aller voir le médecin, s'occuper de vos (ses) problèmes de santé | <input type="checkbox"/> 05 | | | | |
| CAIKOA6. ...gérer votre (son) budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives | <input type="checkbox"/> 06 | | | | |
| CAIKOA7. ...faire les courses, acheter les médicaments | <input type="checkbox"/> 07 | | | | |
| CAIKOA8. ...les tâches ménagères (faire le ménage, faire la lessive, le repassage, préparer les repas) | <input type="checkbox"/> 08 | | | | |
| CAIKOA9. ...assurer une présence, une compagnie | <input type="checkbox"/> 09 | | | | |
| CAIKOA10. ...autres activités (lecture pour les aveugles, traduction pour les sourds...) | <input type="checkbox"/> 10 | | | | |

CAIDME. Bénéficiez-vous d'une aide ménagère rémunérée par le département (au titre de l'aide sociale départementale) ?

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

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

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

- | CAIPAYa1
- | CAIPAYa2
- | CAIPAYa3
- | CAIPAYa4

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

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

→ **Filtre** : si la personne ne vit pas seule ou pas seulement avec son conjoint → → CEVEN1

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

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

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

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

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

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

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

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

- 01. Maladie, handicap ou accident grave du père 01 CEVEN1
- 02. Maladie, handicap ou accident grave de la mère 02 CEVEN2
- 03. Décès du père 03 CEVEN3
- 04. Décès de la mère 04 CEVEN4
- 05. Décès d'un frère ou d'une sœur 05 CEVEN5
- 06. Séparation ou divorce des parents 06 CEVEN6
- 07. Graves disputes ou mésentente des parents 07 CEVEN7
- 08. Placement dans une institution ou une famille d'accueil 08 CEVEN8
- 09. Mauvais traitements, violences subies 09 CEVEN9
- 10. La guerre 10 CEVEN10
- 11. Un autre événement 11 CEVEN11

Précisez : -----

CEVAUT

- 12. Aucun événement marquant dans l'enfance 12 CEVEN12
- 98. Ne veut pas répondre 98
- 99. Ne sait pas 99

CEVHEU. Au cours des deux dernières années, avez-vous vécu un événement heureux qui vous ait beaucoup marqué ? (mariage, naissance,...)

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

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

- 1. Mariage (ou mise en couple) de la personne concernée..... 1 CEVRH1
- 2. Paternité, maternité de la personne concernée 2 CEVRH2
- 3. Départ à la retraite de la personne concernée..... 3 CEVRH3
- 4. Naissance dans la famille proche 4 CEVRH4
- 5. Mariage dans la famille proche 5 CEVRH5
- 6. Reprise de relation avec des membres de la famille proche..... 6 CEVRH6
- 7. Autres 7 CEVRH7

Précisez : -----

CEVRAH

CEVMAL. Au cours des deux dernières années, avez-vous vécu un événement malheureux qui vous ait beaucoup marqué ? (comme le décès d'un proche, le chômage, des difficultés d'argent...)

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

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

- 01. Divorce, séparation de la personne concernée.. 01 CEVRM1
- 02. Décès d'un proche 02 CEVRM2
- 03. Départ à la retraite de la personne concernée..... 03 CEVRM3
- 04. Chômage de la personne concernée 04 CEVRM4
- 05. Maladie, blessure grave de la personne concernée..... 05 CEVRM5
- 06. Difficultés d'argent 06 CEVRM6
- 07. Maladie, handicap ou accident grave d'un proche 07 CEVRM7
- 08. Chômage d'un proche 08 CEVRM8
- 09. Rupture de relation avec des membres de la famille proche..... 09 CEVRM9
- 10. Autres 10 CEVRM10

Précisez : -----

CEVRAM

Module D : Accessibilité et aménagements du logement - Aides techniques

· Accessibilité du logement

DTYPLO. Dans quel type de logement vivez-vous ?

- 1. Une maison individuelle..... 1
- 2. Un logement dans un immeuble collectif 2
- 3. Un logement-foyer pour personnes âgées 3
- 4. Autre (logement précaire, habitation mobile...) 4

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

- 1. Oui..... 1
- 2. Oui, mais il n'est pas facilement accessible 2
- 3. Non 3
- 9. Ne sait pas 9

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

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

- 1. De plain-pied 1 DACCR1
- 2. Par une rampe d'accès 2 DACCR2
- 3. Par un escalier 3 DACCR3
- 4. Par un ascenseur 4 DACCR4
- 9. Ne sait pas 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..... 1
- 2. Non 2 ® **DETAG**
- 7. Sans objet : trop jeune 7 ® **DETAG**
- 9. Ne sait pas..... 9 ® **DETAG**

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

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

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

DETAG. A quel étage habitez-vous ?

0. Au rez-de-chaussée 0
1. A l'entresol ou au premier étage 1
2. Au second 2
3. Au troisième 3
4. Au quatrième 4
5. Au cinquième ou plus 5

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

(possibilité de réponses simultanées)

1. De plain-pied 1 DACCE1
2. Par une rampe d'accès 2 DACCE2
3. Par un escalier 3 DACCE3
4. Par un ascenseur 4 DACCE4
9. Ne sait pas 9

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

1. Oui 1
2. Non 2 ® **DROOM**
7. Sans objet : trop jeune 7 ® **DROOM**
9. Ne sait pas 9 ® **DROOM**

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

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

DIBAID. 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 1
2. Non 2
7. Sans objet : trop jeune 7
9. Ne sait pas 9

→ **Filtre** : Si la personne est confinée à l'intérieur de sa chambre (BMOB1<=2) → → **DADAPT**

· Aménagements et adaptations du logement

DROOM. Eprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à toutes les pièces de votre logement ?

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

Si oui, 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 | DCUISE |
| 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 comporte-t-il plusieurs niveaux ?

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

Si oui, comment passe-t-on d'un niveau à l'autre ?

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

- | | | |
|--|----------------------------|--------|
| 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. Depuis 2 ans, avez-vous fait équiper votre logement d'équipements spécialement adaptés à votre usage en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités ?

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

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

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------|
| 1. W.C. adaptés (siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui,) | <input type="checkbox"/> | 1 | DADAP1 |
| 2. une baignoire, une douche ou un lavabo adaptés | <input type="checkbox"/> | 2 | DADAP2 |
| 3. une ou des tables adaptées ? (inclinables, réglables, roulantes...)..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DADAP3 |
| 4. 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 (barres d'appui, mains-courantes...)..... | <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:

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

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

Si oui, lesquels ?

(possibilité de réponses simultanées)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---------|
| 1. W.C. adaptés (siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui,) | <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 ? (inclinables, réglables, roulantes...) | <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 (barres d'appui, mains-courantes...)..... | <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 une prothèse ou un appareillage de remplacement d'une partie du corps ?

(y compris prothèses auditives, non compris prothèses dentaires)

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

Si oui ou besoin, lequel (lesquels)⁷ ?

(possibilité de réponses simultanées)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------|
| 1. prothèse des membres supérieurs (<i>doigt, main ou bras artificiel, crochet ...</i>)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | DPSUP |
| 2. prothèse de hanche | <input type="checkbox"/> | 2 | DPHAN |
| 3. prothèse de genou..... | <input type="checkbox"/> | 3 | DPGEN |
| 4. autre prothèse des membres inférieurs (<i> pied ou jambe artificielle,...</i>)..... | <input type="checkbox"/> | 4 | DPINF2 |
| 5. prothèse d'autres parties du corps (<i>œil de verre, prothèse mammaire, auditive, prothèse de nez ...</i>)..... | <input type="checkbox"/> | 5 | DPAUT |

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

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

Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ?

(possibilité de réponses simultanées)

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

⁷ En 1999 on ne distinguait pas les prothèses de hanche et de genou des autres prothèses des membres inférieurs.

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

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

DSONDE. Utilisez-vous un système d'évacuation de l'urine ?

(sonde, collecteur d'urines...)

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

DANUS. Utilisez-vous un anus artificiel ?

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

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

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

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

Si oui ou besoin, lesquelles ?

(possibilité de réponses simultanées)

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

· **Aides pour la mobilité personnelle**

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

DAMOBL. Utilisez-vous des aides techniques ou animales pour marcher ou pour vous déplacer, y compris pour utiliser un véhicule?

(cannes, fauteuil roulant, véhicule adapté, chien-guide...)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3 ® **DTOUR**
- 7. Sans objet : trop jeune 7 ® **DTOUR**
- 8. Ne veut pas répondre 8 ® **DTOUR**
- 9. Ne sait pas 9 ® **DTOUR**

Si oui ou besoin, lesquelles ?

(possibilité de réponses simultanées)

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

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

Si la personne a répondu Oui à DAMOBL :

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

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

Si oui, lesquelles ? (possibilité de réponses simultanées)

- | | | | |
|---|--------------------------|----|---------|
| 1. Cannes ou béquilles | <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 des aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil ou pour vous 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 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 des interfaces ordinateurs ?*(reconnaissance vocale, écran tactile, synthèse vocale...)*

1. Oui 1
2. Non mais j'en aurais besoin 2
3. Non, je n'en ai pas besoin 3
7. Sans objet : trop jeune 7
9. Ne sait pas 9

DECRT. Utilisez-vous 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..... 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

DMAGN. Utilisez-vous, pour votre correspondance, un magnétophone ?

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

DAPBRA. Avez-vous 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 le braille pour la lecture ?

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

DECBRA. Pratiquez-vous l'écriture du braille ?

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

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

DVOIX. Utilisez-vous une aide pour parler ?

(générateurs ou amplificateurs de voix...)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 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 une aide pour entendre ?

(appareil auditif, boucle magnétique...)

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

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

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

- 1. Oui, je l'utilise 1
- 2. Oui, je 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 du matériel audiovisuel adapté pour les malentendants ? (décodeur "CEEFAX", minitel pour sourd...)

- 1. Oui 1
- 2. Non mais j'en aurais besoin 2
- 3. Non, je n'en ai pas besoin 3
- 7. Sans objet : trop jeune 7
- 9. Ne sait pas 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 des aides pour saisir ou manipuler à distance ?
(commande à distance, automatismes, pinces, télémanipulateur, station robotisée...)

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

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

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

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

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

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

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

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

• **Aides pour les traitements**

DMATDO. Utilisez-vous du matériel 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, 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

LPROPR. Votre ménage est-il...

- 1. ...Propriétaire de son logement..... 1
- 2. ...Locataire de son logement..... 2
- 3. ...Occupant à titre gratuit 3
- 4. ...Logé par la famille ou des amis 4
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

LCHDLO. Depuis 2 ans, avez-vous (vous ou votre ménage) changé de logement ?

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 ® *LCHGLO*
- 9. Ne sait pas 9 ® *LCHGLO*

LCHPLO. Si oui, est-ce pour des raisons liées à votre santé ?

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

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

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
- 6. ... dans un logement-foyer ? 6
- 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 (REPQ1=3) → → → → → 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 : Déplacements et transports
 (→ *Filtre : sans objet pour les moins de 6 ans et pour les personnes confinées au lit, passer au module S*)

• **Déplacements hors du domicile (non compris 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® Mod. S |
| 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 |

• **Pratique de la conduite**

→ *Filtre : si la personne a moins de 18 ans ou si elle est confinée à l'intérieur de son logement (BMOB1 <=3) → → → TAMNG*

TCONDU. Conduisez-vous une automobile ?

- | | |
|--|--|
| 0. Sans objet : aveugle ou déficience des quatre membres | <input type="checkbox"/> 0 ® TAMNG |
| 1. Oui, régulièrement * | <input type="checkbox"/> 1* ® TAMNG |
| 2. Oui, occasionnellement * | <input type="checkbox"/> 2* ® TAMNG |
| 3. Non | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 ® TAMNG |

**le programme demande confirmation si la réponse de 1999 était négative*

Pourquoi ne conduisez-vous pas (ou plus) ?

(possibilité de réponses simultanées)

- | | | |
|--|----------------------------|-------|
| 0. Ne possède pas (plus) de permis de conduire | <input type="checkbox"/> 0 | TCOZ0 |
| 1. Ne peut plus conduire (<i>maladie, handicap, accident, ...</i>) | <input type="checkbox"/> 1 | TCOZ1 |
| 2. Trop âgé | <input type="checkbox"/> 2 | TCOZ2 |
| 3. Peur de conduire | <input type="checkbox"/> 3 | TCOZ3 |
| 4. N'aime pas conduire | <input type="checkbox"/> 4 | TCOZ4 |
| 5. N'a pas l'occasion de conduire (<i>autre conducteur, ...</i>) | <input type="checkbox"/> 5 | TCOZ5 |
| 6. Trop cher d'avoir une voiture (<i>achat, entretien, ...</i>) | <input type="checkbox"/> 6 | TCOZ6 |
| 7. Préfère conduire un deux-roues | <input type="checkbox"/> 7 | TCOZ7 |
| 8. Autre | <input type="checkbox"/> 8 | TCOZ8 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

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

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

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

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

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

TTROR1. Quel est le transport en commun le plus proche ou le plus accessible de votre domicile ?

- 1. Bus, trolleybus 1
- 2. Tramway 2
- 3. Métro 3
- 4. Train 4
- 9. Ne sait pas 9

TTROR2. Pouvez-vous accéder sans aide à ce moyen de transport ?

- 1. Oui, sans difficulté 1
- 2. Oui, mais avec difficulté 2
- 3. Non, j'ai besoin d'aide car c'est trop loin 3
- 4. Non, j'ai besoin d'aide car l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile 4
- 5. Non, je ne peux pas, même avec une aide, car c'est trop loin 5
- 6. Non, je ne peux pas, même avec une aide, car l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile 6
- 9. Ne sait pas 9

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

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2 ® **TNOSOR**
- 9. Ne sait pas 9 ® **TNOSOR**

Si oui, lesquels ?

(notez en clair ci-dessous les endroits mentionnés)

- 1. _____ 1 TACC1
- 2. _____ 2 TACC2
- 3. _____ 3 TACC3
- 4. _____ 4 TACC4
- 5. _____ 5 TACC5

TNOSOR. Y a-t-il des endroits dans lesquels vous avez renoncé d'aller en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?

- 1. Oui 1
- 2. Non..... 2 ® **Mod. S**
- 9. Ne sait pas 9 ® **Mod. S**

Si oui, lesquels ?

(notez en clair ci-dessous les endroits mentionnés)

- 1. _____ 1 TNOS1
- 2. _____ 2 TNOS2
- 3. _____ 3 TNOS2
- 4. _____ 4 TNOS2
- 5. _____ 5 TNOS2

Module S : Scolarité et diplômes

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

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

SETU2. Si oui, est-ce...

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

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

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

SNIVEC. Niveau des études en cours ([®] voir carte 3. Scolarité, code EC) | | [®] *SPENS*

STYPET. Précisez la spécialité de l'établissement fréquenté :

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

Précisez : SAUTYP

- 9. Ne sait pas 9

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

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

- 1. ...Interne ou pensionnaire..... 1
- 2. ...Demi-pensionnaire 2
- 3. ...Externe 3
- 9. Ne sait pas 9

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

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

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

- 1. Des répétiteurs 1 SMAT1
- 2. Des lecteurs 2 SMAT2
- 3. Une aide personnelle 3 SMAT3
- 4. Du matériel spécial 4 SMAT4
- 5. SESSAD, SSESAD, ou autres services d'aides à domicile..... 5 SMAT5
- 6. Autres..... 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 1
- 2. Non 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

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

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

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

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

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

→ **Filtre : pour les enfants de moins de 6 ans** →→→→→→→→→→→→→→→ **Module R**

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

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

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

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

SCOMPT. Savez-vous compter ?

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

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

SDIPL0. Au cours des deux dernières années, avez-vous obtenu un diplôme ?

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

-Si oui, quels sont les diplômes les plus élevés obtenus ?
 (® voir carte 3. Scolarité, code ED)

- SGENED.** Dans l'enseignement général (primaire, secondaire)..... | |
- STECED.** Dans l'enseignement technique ou professionnel | |
- SSUPED.** Dans l'enseignement supérieur (y.c. technique supérieur) | |

→ **Filtres : pour les personnes ayant obtenu un diplôme (SDIPL0=1) → → → → → → → → Mod. E**

Si aucun diplôme (SDIPL0 <> 1):

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

EASTAT. Etes-vous ...

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

EAPOSL. [®]Enquêteur Indiquez la position professionnelle de cet emploi :

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

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

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

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 [®] **EATROU**
- 9. Ne sait pas 9 [®] **EATROU**

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

| |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | | | |
|---|--------------------------|----|---------|
| 1. Ne sait pas ce qu'est l'AGEFIPH | <input type="checkbox"/> | 1 | ® EAMNG |
| 2. Oui, pour étude et aménagement de poste | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 3. Oui, pour une formation | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| 4. Oui, pour l'aménagement des accès (<i>rampes, ascenseur, portes,...</i>) ou circulations | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 5. Oui, une prime à l'embauche | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 6. Oui, autre | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| 7. Non, mais j'en aurais eu besoin | <input type="checkbox"/> | 7 | ® EAMNG |
| 8. Non, je n'en ai pas eu besoin | <input type="checkbox"/> | 8 | ® EAMNG |
| 98. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 98 | |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 99 | |

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

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Oui, je l'ai perçue directement | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non, elle a été versée à mon employeur | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

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

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

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

Si oui, Comment ?

(LIRE LA LISTE, cochez tous les aménagements effectués)

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

Précisez : **EAAMX**

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

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

EBPREC. La personne était-elle déjà sans emploi en 1999 ?

(réponse fournie automatiquement par l'ordinateur de collecte)

- 1. Oui 1
- 2. Non 2® **EBCIRC**

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

- 1. Oui 1® **ECDATE**
- 2. Non 2

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

- 1. Oui 1
- 2. Non 2® **mod. R**

EBFORX. Si oui, Nature du dernier stage ou contrat

(® voir carte de codes n°4) | |

→ **Filtre** : pour les personnes sans emploi depuis 1999 →→→→→→→→→→ → **Module R**

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

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

→ **Filtres** : pour une cessation d'activité due à la retraite (EBCIRC=10) → → → → → **ECPREC**
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 (n.c. accident de trajet) ? 1
- 2. Un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ? 2
- 3. Un autre accident de la circulation..... 3
- 4. Un autre accident 4
- 9. Ne sait pas 9

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 1
- 2. Oui, d'une autre façon 2
- 3. Non 3
- 9. Ne sait pas 9

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

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

8. Ne veut pas répondre

9. Ne sait pas

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 8 ® <i>mod. R</i> |
| <input type="checkbox"/> 9 ® <i>mod. R</i> |

ECDATE. A quelle date avez-vous cessé d'exercer votre dernière activité professionnelle ?

| ECMS | ECAN |
|------|-------|
| | |
| Mois | Année |

ECDMS. Combien de mois avez-vous travaillé au cours des deux dernières années?

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

ECPROF. Quelle est la dernière profession que vous avez exercé ?

- 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 comme...

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

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

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

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

- 99. Ne sait pas 99

ECPOSx

→ **Filtre** : pour les personnes ayant répondu au module EB → → → → → → → → → → **ETSAL**

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

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

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

ECACCI. Si la cause est un accident, Etait-ce...

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

• **Module ET (activité de l'établissement employeur)**

ETSAL. La personne exerce-t-elle un emploi salarié (pour les chômeurs, ont-ils été salariés au cours des deux dernières années) ?
(réponse fournie automatiquement par l'ordinateur de collecte)

- 1. Oui 1
- 2. Non 2 [®] **Mod. R**

ETAPE. Quelle est l'activité principale de l'établissement employeur ?

- Il faut être à la fois précis et concis, sans mots inutiles. Ne donnez pas ici d'adresse ou de nom d'entreprise. La zone a une longueur maximum de 50 caractères. Lorsqu'un établissement a plusieurs activités, indiquez seulement la principale.
- Efforcez-vous de bien distinguer production et vente, commerce de détail et de gros. Pour boulangerie, boucherie ou charcuterie, précisez "industrielle" ou "artisanale"

ETEFF. Cet établissement emploie-t-il au moins 20 salariés ?

- 1. Oui, l'établissement compte 20 salariés ou davantage 1
- 2. Non, l'établissement compte moins de 20 salariés 2

9. Ne sait pas.....

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

Module R : Revenus, situation juridique et administrative

· Revenus, allocations

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

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

- 1
- 2 * ® **R100**
- 8 ® **R100**
- 9 ® **R100**

le programme demande confirmation si la réponse de 1999 était positive

RALLOL. Si oui, lesquels ?

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

- 01. Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)
- 02. Allocation compensatrices (pour Tierce Personne ou pour frais professionnels)...
- 03. Garantie de Ressources
- 04. Allocation d'Education Spéciale (AES).....
- 05. Allocations Logement pour raisons de santé: Allocation Logement Social (ALS), Allocation de logement à caractère familial.....
- 06. Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.)
- 07. Pension d'invalidité versée par la caisse maladie (ou pension de substitution après 60 ans, versée par la caisse retraite), pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne
- 08. Rente d'incapacité liée à un accident du travail
- 09. Indemnités journalières de la Sécurité sociale
- 10. Rente versée par une assurance ou une mutuelle
- 11. Pension militaire d'invalidité (ou pension « d'ayant-cause »).....
- 12. Autres

- 01 RAAH
- 02 RACTP
- 03 RGR
- 04 RAES
- 05 RALS
- 06 RPSD
- 07 RINVAL
- 08 RACCI
- 09 RIJSS
- 10 RASSUR
- 11 RMILIT
- 12 RAUTR

Précisez :

RLEKEL

Pour chaque allocation ci-dessus de 01 à 11, le programme examine l'évolution depuis 1999.

- 1. Réponses identiques à celles de 1999
- 2. Réponse différente de celle de 1999

- 1 ® **R100**
- 2

Pour chaque allocation supplémentaire perçue depuis 1999 :

RALLON. Vous percevez maintenant ...

[affichage des allocations déclarées en 2001]

alors que vous ne la touchiez pas il y a deux ans. Était-ce un oubli à l'époque, ou s'agit-il bien d'une allocation supplémentaire ?

- 1. Allocation supplémentaire 1
- 2. Erreur de déclaration en 1999 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

Pour chaque allocation de moins qu'en 1999 :

RALLOV. Il y a deux ans vous perceviez ...

[affichage des allocations déclarées en 1999]

S'agit-il simplement d'un oubli ou vous l'a-t-on supprimée ?

- 1. Allocation supprimée 1
- 2. Erreur de déclaration en 1999 2
- 8. Ne veut pas répondre 8
- 9. Ne sait pas 9

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

(présentez la carte 9 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)

- 00 à 16. Tranche de revenus | |
- 98. Refus de répondre 98
- 99. Ne sait pas 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..... 1
- 2. Non 2
- 9. Ne sait pas 9

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

(présentez la carte 9 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)

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

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

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

· **Situation juridique et administrative**

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

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

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

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

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

RPJUR. Etes-vous placé sous un régime de protection juridique ?

(*tutelle, curatelle, sauvegarde de justice...*)

- 1. Oui..... 1
- 2. Non 2 [®] **RCMU**
- 8. Ne veut pas répondre 8 [®] **RCMU**
- 9. Ne sait pas 9 [®] **RCMU**

RPROJU. Si oui, lequel ?

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

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 [®] **RCMU**
- 2. Non, inapte 2

9. Ne sait pas.....

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 9 ® <i>RCMU</i> |
|--|

*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 [®] **RCMU**
- 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 | |

RCMU. Bénéficiez-vous de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?

- 1. Oui, pour la protection de base et la protection complémentaire 1 [®] **RCOTOR2**
- 2. Oui, seulement pour la protection complémentaire 2
- 3. Non 3
- 9. Ne sait pas 9

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

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

→ Filtres : pour les personnes de moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→ **RCDES2**
 pour les personnes de 63 ans et plus →→→→→→→→→→→→→→ **RINVALI**

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

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

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

(LIRE LA LISTE et cocher les cases correspondantes aux décisions rendues)

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

RCOTOA

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

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

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

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

RCORES. Avez-vous pu en profiter ?

- 1. Oui 1 ® **RCDES2**
- 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 ® **RCDES2**
- 9. Ne sait pas..... 9 ® **RCDES2**

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

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

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

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

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

(LIRE LA LISTE et cocher les cases correspondantes aux décisions rendues)

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

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

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

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

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

RCDRES. Avez-vous pu en profiter ?

- 1. Oui 1 ® **RINVALI**
- 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 ® **RINVALI**
- 9. Ne sait pas 9 ® **RINVALI**

RCDATT. 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.....

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

• **Taux d'invalidité ou d'incapacité**

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

Est-ce toujours le cas ?

| [Affichage des taux relevés en 1999] | | 1. Oui 2. Non, la situation a évolué ® ® ® 3. Erreur de déclaration en 1999 ® ® 8. Ne veut pas répondre 9. Ne sait pas | Taux actuel <i>(notez '0' si la personne n'a pas ou n'a plus de taux d'incapacité)</i> |
|--|--|--|--|
| - Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°) | | RINVAL1 | RTAUX1 |
| - Taux d'incapacité lié à un accident du travail..... | | RINVAL2 | RTAUX2 |
| - Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES | | RINVAL3 | RTAUX3 |
| - Taux lié à une pension militaire d'invalidité..... | | RINVAL4 | RTAUX4 |
| - Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance. | | RINVAL5 | RTAUX5 |

RCARTE. Avez-vous une carte d'invalidité ?

(possibilité de réponses simultanées)

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

**le programme demande confirmation si la réponse de 1999 était positive*

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

• *Vacances*

GVAC. Depuis deux ans, êtes vous parti(e) en vacances ...

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1. Plusieurs fois chaque année..... | <input type="checkbox"/> | 1 ® GSLECT |
| 2. Une ou deux fois chaque année | <input type="checkbox"/> | 2 ® GSLECT |
| 3. Une fois seulement en deux ans | <input type="checkbox"/> | 3 ® GSLECT |
| 4. Seulement quelques sorties le week-end | <input type="checkbox"/> | 4 ® GSLECT |
| 5. Jamais | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 8. Refus de répondre | <input type="checkbox"/> | 8 ® GSLECT |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 ® GSLECT |

Si vous n'êtes pas parti(e), 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 |
| 8. autre raison | <input type="checkbox"/> | 8 GNOVA8 |
| Précisez : | | GNOVAU |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 |

• *Lecture*

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

(possibilité de répondre 1 et 2 simultanément)

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------|
| 1. ...un article d'un journal, d'une revue, d'un périodique..... | <input type="checkbox"/> | 1 ® GASSOC |
| 2. ...quelques pages d'un livre (y.c. encyclopédie ou livre pratique)..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. N'a rien lu | <input type="checkbox"/> | 3 ® GASSOC |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 9 ® GASSOC |

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

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

• *Associations et activités bénévoles*

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

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. Oui..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> | 2 ® GSLOIS |
| 8. Refus de répondre | <input type="checkbox"/> | 8 ® GSLOIS |

9. Ne sait pas

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 9 ® <i>GSLOIS</i> |
|--|

Si oui, A quels types d'associations ?

(interroger ligne par ligne)

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

GSLOIS. Avez-vous des loisirs ou activités dont nous n'avons pas parlé ?

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

- 1
- 2 (R) **GSOMM**
- 9 (R) **GSOMM**

Si oui, lesquels ?

(à l'aide de la carte de codes n° 6, indiquez ci-dessous dans l'ordre où elles sont citées les codes des activités mentionnées par la personne)

- 1. première activité mentionnée par la personne
- 2. deuxième activité mentionnée par la personne
- 3. troisième activité mentionnée par la personne
- 4. quatrième activité mentionnée par la personne
- 5. cinquième activité mentionnée par la personne

- | | GLOISI1
- | | GLOISI2
- | | GLOISI3
- | | GLOISI4
- | | GLOISI5

GSOMM. Votre sommeil est-il souvent interrompu ?

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

- 0 (R) **GESTIM**
- 1
- 2 (R) **GESTIM**
- 9 (R) **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 état de santé ?

(possibilité de réponses simultanées)

- 0. Sans objet : n'a aucun besoin d'aide 0
- 1. Oui, tout à fait 1
- 2. Oui, pour l'essentiel 2
- 3. Non, je manque d'équipements 3
- 4. Non, je manque de moyens financiers 4
- 5. Non, je manque d'aide humaine 5
- 9. Ne sait pas 9

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

Les premiers résultats de l'enquête seront publiés par l'INSEE au cours du premier semestre 2002. Souhaitez-vous les recevoir ?

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

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

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

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

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

POUR L'ENQUETEUR : Conditions de l'entretien

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 individuel :

| _PERSONNE[i]_ Numéro d'ordre individuel | _ ASSIST _ A assisté à l'entretien 1. Oui (R) (R) (R) (R) 2. Non ↓ | _REPQ2_ A participé activement à l'entretien 1. Oui 2. Non |
|---|--|--|
| 01 | | |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |
| 05 | | |
| 06 | | |
| 07 | | |
| 08 | | |
| 09 | | |
| 10 | | |

QUALIT. Indiquez votre jugement global sur la qualité des réponses recueillies

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Réponses de très bonne qualité | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Réponses de qualité correcte | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Réponses de qualité incertaine | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Réponses de qualité médiocre | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Nombreuses réponses non obtenues (ne sait pas, refus, omissions...)..... | <input type="checkbox"/> 5 |