

***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

auprès des personnes vivant en institution

## Dossier d'interview

**RGES.** Région de gestion ..... [ ][ ]

**NUMENQ.** Identifiant de l'enquêteur ..... [ ][ ][ ][ ]

**NUMFA.** N° fiche-adresse ..... [ ][ ][ ][ ]

**DATENQ.** Date de l'interview ..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**NOMET.** Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TYPET.** Type d'établissement (cf carte de code 0 pour classification) ..... [ ][ ] . [ ][ ]

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



• **Questions posées au personnel de l'établissement**

*Effectifs de l'établissement*

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

*Uniquement pour les Institutions pour personnes âgées:*

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

*Proximité des équipements*

**A quelle distance approximative de l'institution se trouvent ... :**

**Coder :**

- 0. Se trouve dans l'institution
- 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 ? .....
- b) L'arrêt de transport en commun le plus proche (bus, train, métro,...) .....
- c) La gare SNCF la plus proche .....
- d) Le magasin d'alimentation générale le plus proche .....
- e) Le supermarché le plus proche .....
- f) L'espace vert public le plus proche (parc, square, promenade, bois ...) .....
- g) L'école maternelle ou primaire la plus proche .....
- h) L'école possédant une classe spéciale la plus proche .....
- i) La pharmacie la plus proche .....
- j) Le café le plus proche .....

IPOSTE

IBUS

ISNCF

IEPIC

ISUPER

IPARC

IECOLE

ISPECI

IPHARM

ICAFE

*Personne concernée par l'interview*

**INOM. Nom** \_\_\_\_\_

**IPRENOM. Prénom** \_\_\_\_\_

**ISEXE . Sexe** .....  \_\_\_\_\_

**IDANAI. Date de naissance** .....

**IENTRE. Date d'entrée dans cette institution** .....

**IMOTIF. Cette personne est-elle entrée en institution pour raisons de santé ?**

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

*Uniquement dans les Institutions pour personnes âgées:*

**IMEDIC. Est-elle en section de cure médicale ? :**

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

**IINVAL. Lui a -t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité ?**

*(accordé par la sécurité sociale, les COTOREP ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...)*

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

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

	1. Oui → → 2. Non 9. Ne sait pas	A quel taux (ou catégorie) ?	Depuis quelle année ?
- Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale (1°, 2° ou 3°).....	<input type="checkbox"/> <b>ICADR1</b>	<input type="checkbox"/> <b>ITAUX1</b>	19____ <b>IDATE1</b>
- Taux d'incapacité lié à un accident du travail .....	<input type="checkbox"/> <b>ICADR2</b>	<input type="checkbox"/> <b>ITAUX2</b>	19____ <b>IDATE2</b>
- Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES.....	<input type="checkbox"/> <b>ICADR3</b>	<input type="checkbox"/> <b>ITAUX3</b>	19____ <b>IDATE3</b>
- Taux lié à une pension militaire d'invalidité .....	<input type="checkbox"/> <b>ICADR4</b>	<input type="checkbox"/> <b>ITAUX4</b>	19____ <b>IDATE4</b>
- Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance .....	<input type="checkbox"/> <b>ICADR5</b>	<input type="checkbox"/> <b>ITAUX5</b>	19____ <b>IDATE5</b>

→ **Filtre : si la personne a moins de 16 ans, →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→****REPQ1**  
et dans ce cas c'est un tiers qui doit répondre au questionnaire (*personnel soignant, éducateur, parent*)

Si la personne a 16 ans ou davantage:

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

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

**• Questions à la personne concernée:**

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

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

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

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

**REPQ1. POUR L'ENQUETEUR : l'interview individuelle est maintenant commencée. Indiquez qui répond au questionnaire:**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. La personne répond seule (ou un interprète traduit ses réponses)..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. La personne répond avec l'aide de quelqu'un d'autre .....             | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Quelqu'un d'autre .....   | <input type="checkbox"/> 3 |

## Module A : Cause et origine des incapacités

### • Maladies chroniques, déficiences, handicaps

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

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

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

## Module A : Cause et origine des incapacités

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

- les colonnes 1 et 3 (remplies en premier) doivent contenir le texte en clair des réponses de la personne interviewée. Le texte de ces deux réponses vous servira d'une part à repérer les causes d'incapacités que vous relèverez dans le reste du questionnaire. Il sera d'autre part utilisé pour le chiffrage qui sera effectué ultérieurement, selon les nomenclatures internationales, par des codificateurs spécialisés.
- les colonnes 2 et 4 devront être chiffrées par vous. La colonne 2 à l'aide de la carte "1" relative aux "déficiences", nomenclature en 21 postes. La colonne 4 à l'aide de la carte "2" relative aux "origines et causes", nomenclature en 17 postes.

### • Origine des problèmes cités

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

## Module B : Description des incapacités

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

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

#### BTOI1. Faites-vous (le pensionnaire fait-il) habituellement votre (sa) 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 |          |
| 2. Oui, sans aide mais avec quelques difficultés .....   | <input type="checkbox"/> 2 |          |
| 3. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés en raison de mes difficultés physiques .....   | <input type="checkbox"/> 3 | <b>S</b> |
| 4. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés pour des raisons psychologiques ( <i>phobie de l'eau, adolescent en opposition</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> 4 | <b>S</b> |
| 5. Non, j'ai besoin d'une aide partielle (par exemple pour les pieds, les jambes, le bas du dos...) .....                                      | <input type="checkbox"/> 5 | <b>S</b> |
| 6. Non, j'ai besoin d'aide pour tout .....   | <input type="checkbox"/> 6 | <b>S</b> |
| 8. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> 8 |          |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9 |          |

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

|\_|\_| | ans

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

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

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



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

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

• **Alimentation : manger les aliments préparés**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**••• Cause et origine des difficultés de toilette, d’habillage, ou d’alimentation**

**BDIF1 → Enquêteur :** Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **btoi1** à **bali3** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **beli1**.

1. Au moins une difficulté signalée .....  1  
 2. Aucune difficulté signalée .....  2 →**BELI1**

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

Cause numéro 1 .....  BCOZ1  
 Cause numéro 2 .....  BCOZ2  
 Cause numéro 3 .....  BCOZ3  
 Cause numéro 4 .....  BCOZ4  
 Cause numéro 5 .....  BCOZ5

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

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

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

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

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

ans

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

- |   |                            |                |
|---|----------------------------|----------------|
| 0. Sans objet: anus artificiel et sonde vésicale .....            | <input type="checkbox"/> 0 | S              |
| 1. Non, jamais .....  | <input type="checkbox"/> 1 | → <b>BDIF2</b> |
| 2. Oui, parfois, mais seulement les urines .....                  | <input type="checkbox"/> 2 |                |
| 3. Oui, souvent ou assez souvent, mais seulement les urines ..... | <input type="checkbox"/> 3 | S              |
| 4. Oui, mais seulement les selles .....                           | <input type="checkbox"/> 4 | S              |
| 5. Oui, les selles et les urines .....                            | <input type="checkbox"/> 5 | S              |
| 8. Ne veut pas répondre .....                                     | <input type="checkbox"/> 8 | → <b>BDIF2</b> |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9 | → <b>BDIF2</b> |

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

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

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

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

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

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

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

- |   |                            |                |
|---|----------------------------|----------------|
| 1. Au moins une difficulté signalée ..... | <input type="checkbox"/> 1 |                |
| 2. Aucune difficulté signalée .....       | <input type="checkbox"/> 2 | → <b>BMOB1</b> |

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

- |                      |                          |        |
|----------------------|--------------------------|--------|
| Cause numéro 1 ..... | <input type="checkbox"/> | BCOZ6  |
| Cause numéro 2 ..... | <input type="checkbox"/> | BCOZ7  |
| Cause numéro 3 ..... | <input type="checkbox"/> | BCOZ8  |
| Cause numéro 4 ..... | <input type="checkbox"/> | BCOZ9  |
| Cause numéro 5 ..... | <input type="checkbox"/> | BCOZ10 |

## • Mobilité : introduction et filtrage

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

- |  |                          |   |   |
|--|--------------------------|---|---|
| 1. Au lit .....                                    | <input type="checkbox"/> | 1 | S |
| 2. Dans votre chambre .....                        | <input type="checkbox"/> | 2 | S |
| 3. A l'intérieur du bâtiment de l'institution..... | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, je peux sortir .....                       | <input type="checkbox"/> | 4 |   |
| 8. Ne veut pas répondre .....                      | <input type="checkbox"/> | 8 |   |
| 9. Ne sait pas.....                                | <input type="checkbox"/> | 9 |   |

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

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

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

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

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

- |   |                          |   |   |
|---|--------------------------|---|---|
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |   |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, il me faut une aide .....               | <input type="checkbox"/> | 4 | S |
| 8. Ne veut pas répondre .....                   | <input type="checkbox"/> | 8 |   |
| 9. Ne sait pas.....                             | <input type="checkbox"/> | 9 |   |

### BTRA2. Vous asseyez-vous et vous levez-vous de votre (s'asseoit-il et se lève-t-il de son) siège sans aide ?

- |   |                          |   |   |
|---|--------------------------|---|---|
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |   |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| 4. Non, il me faut une aide .....               | <input type="checkbox"/> | 4 | S |
| 8. Ne veut pas répondre .....                   | <input type="checkbox"/> | 8 |   |
| 9. Ne sait pas.....                             | <input type="checkbox"/> | 9 |   |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 0. Sans objet : n'en a jamais l'occasion (pas d'étage, ascenseur...)
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....
- 4. Non, il me faut l'aide de quelqu'un .....
- 5. Non, je ne me déplace qu'en fauteuil roulant .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas.....

- 0
- 1
- 2
- 3      **S**
- 4      **S**
- 5      **S**
- 8
- 9

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

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

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

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

- 0
- 1
- 2
- 3      **S**
- 4      **S**
- 8
- 9

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

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

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

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

**BDPE1. Sortez-vous (sort-il) de l'institution sans aide ?**

- 1. Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide .....  1
- 2. Oui, mais je ne sors que rarement .....  2
- 3. Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de l'institution .....  3 **S**
- 4. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un , en raison de mes difficultés physiques .....  4 **S**
- 5. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un, en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles .....  5 **S**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

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

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

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

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| m

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

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

**BACH1. Est-ce vous (lui) qui faites (fait) tous vos (ses) achats ?**

- 1. Oui, je le fais sans aide et sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, je le fais sans aide mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, je le fais sans aide mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non, je ne m'occupe que d'une partie de mes achats .....  4 **S**
- 5. Non, je ne m'en occupe pas du tout .....  5 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	2	→ <b>BALE1</b>

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

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

	BCOZ11
	BCOZ12
	BCOZ13
	BCOZ14
	BCOZ15

**• Communication à distance (utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, dans un but d'alerter)**

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

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

- 0 → **BCOHI**
- 1
- 2
- 3 → **BCOHI**
- 4 → **BCOHI**
- 9 → **BCOHI**

**BALE1a. Si oui, quel moyen utilisez-vous ?**

- 1. Une sonnette, une alarme ou un interphone .....
- 2. Un téléphone normal .....
- 3. Une téléalarme ou un téléphone portable .....
- 4. Je crie ou fais du bruit pour appeler .....
- 9. Ne sait pas .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 9

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

**BCOH1. Communiquez-vous (communique-t-il) avec votre (ou son) entourage sans l'aide de quelqu'un ?**

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

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

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

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

**→ Filtre : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→→→→→→→→→→BCOH3**

**BCOH2. Est-ce que, de temps en temps, on critique votre (sa) façon de faire ?**

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

- 1 → **BORII**
- 2 → **BORII**
- 3 **S** → **BORII**
- 8 → **BORII**
- 9 → **BORII**



**BCOH3. Lui arrive-t-il, par son comportement, de se mettre en danger ?**

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

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

**BCOH4. Diriez-vous qu'il présente un comportement anormalement agressif ou impulsif ?**

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

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

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

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

- 1. Non, jamais .....
- 2. Oui, parfois .....
- 3. Oui, toujours .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

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

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

\_\_\_\_ ans

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

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

- 0. Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique .....
- 1. Non, jamais .....
- 2. Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s) .....
- 3. Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide .....
- 4. Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider .....
- 8. Ne veut pas répondre .....
- 9. Ne sait pas .....

<input type="checkbox"/>	0	S
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	2	S
<input type="checkbox"/>	3	S
<input type="checkbox"/>	4	S
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

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

\_\_\_\_ ans



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

- |   |                          |   |          |
|---|--------------------------|---|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |          |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....    | <input type="checkbox"/> | 2 |          |
| 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b> |
| 4. Non .....                                    | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b> |
| 9. Ne sait pas .....                            | <input type="checkbox"/> | 9 |          |

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

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

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

**BVUE. Etes-vous ...**

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

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

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

- |   |                          |   |          |
|---|--------------------------|---|----------|
| 1. Oui, sans difficulté, même s'il y a plusieurs personnes .....          | <input type="checkbox"/> | 1 |          |
| 2. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement .....      | <input type="checkbox"/> | 2 | <b>S</b> |
| 3. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort ..... | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b> |
| 4. Non .....  | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b> |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> | 9 |          |

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

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

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

- |   |                          |   |          |
|---|--------------------------|---|----------|
| 0. Sans objet : muet(te) .....                                | <input type="checkbox"/> | 0 | <b>S</b> |
| 1. Non, pas du tout .....                                     | <input type="checkbox"/> | 1 |          |
| 2. Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | <b>S</b> |
| 3. Oui, beaucoup de difficultés .....                         | <input type="checkbox"/> | 3 | <b>S</b> |
| 4. Ne parle pas <i>(autiste,...)</i> .....                    | <input type="checkbox"/> | 4 | <b>S</b> |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> | 9 |          |

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

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

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

<p><b>BDIF5</b> → <b>Enquêteur</b> : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions <b>bsen1</b> à <b>bsen4</b> précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question <b>bmed</b>.</p> <p>1. Au moins une difficulté signalée .....</p> <p>2. Aucune difficulté signalée .....</p> <p><b>Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?</b> (possibilité de réponses simultanées) → Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 4 : si la réponse figure page 4, mettez le chiffre correspondant ("1", "2", "3" ...) dans le bac de droite ; si elle n'y figure pas, notez la dans la partie "oublis" de la page 4, puis reportez le chiffre («12», «13», «14» ...) dans le bac de droite.</p> <p>Cause numéro 1 .....</p> <p>Cause numéro 2 .....</p> <p>Cause numéro 3 .....</p> <p>Cause numéro 4 .....</p> <p>Cause numéro 5 .....</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2 → <b>BMEDI</b></p> <p><input type="checkbox"/> BCOZ21</p> <p><input type="checkbox"/> BCOZ22</p> <p><input type="checkbox"/> BCOZ23</p> <p><input type="checkbox"/> BCOZ24</p> <p><input type="checkbox"/> BCOZ25</p>
--	--

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

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

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

1

2

9

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

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

1

2

9

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

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

1

2

9

• **Souplesse, manipulation**

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

- 0. Sans objet : n'a plus de pieds .....  0 **S**
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non .....  4 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BSOU1a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté**

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

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

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

- 0. Sans objet : n'a plus de mains .....  0 **S** →**BSOU2a**  
puis → **BSOU4**
- 1. Oui, sans aucune difficulté .....  1 → **BSOU4**
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés .....  2
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés .....  3 **S**
- 4. Non .....  4 **S**
- 9. Ne sait pas .....  9

**BSOU2a. Depuis quel âge souffrez-vous (souffre-t-il) de la difficulté**

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

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

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

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

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

**BSOU32. ...Manipuler les robinets :**

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

**BSOU33. ...Boutonner un vêtement :**

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

**BSOU34. ...Utiliser un crayon :**

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

- 1
- 2
- 9

**BSOU35. ...Utiliser des ciseaux :**

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

- 1
- 2
- 9

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

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

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

- 0      **S**
- 1
- 2
- 3      **S**
- 4      **S**
- 9

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

    |    |    |    | **ans**

**••• Cause et origine des difficultés de souplesse et de manipulation**

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

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

- 1
- 2 → **BAVIS**

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

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

- BCOZ26
- BCOZ27
- BCOZ28
- BCOZ29
- BCOZ30

**• Questions à l'enquêteur :**

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

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

- 1
- 2 → *mod. c*

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

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

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

**BREM. Pouvez -vous préciser vos remarques ? :**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

## Module C : Environnement socio-familial

**CPAYSN. Quel est votre pays de naissance ? (cf classification) .....**

**CDPNAI. Si né en France (y.c. DOM-TOM): Département de naissance .....**

**CCONAI. Si né en France (y.c. DOM-TOM): Commune de naissance .....**

**CPAYSR. Avant votre (son) entrée en institution, dans quel pays résidiez-vous (résidait-il) ? .....**

**CDPRES. Si né en France (y.c. DOM-TOM): Quel était votre (son) dernier département de résidence avant l'entrée en institution ? .....**

**CFRA. Si né à l'étranger: En quelle année êtes-vous (est-il) arrivé en France ? .....** 19

### • Couple et famille

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

**CMATRI. Quel est votre état matrimonial légal (ou quel est l'état matrimonial légal du pensionnaire) ?**

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

**CDATMA. En quelle année a eu lieu votre (son) mariage ? (le dernier mariage, si la personne est mariée plusieurs fois) .....** 19  → **CCOUPPL**

**CDATDC. En quelle année est décédé votre (son) conjoint ? .....** 19  → **CCOUPPL**

**CDATSE. En quelle année a eu lieu votre (sa) séparation effective ? .....** 19

**CCOUPPL. Actuellement, vivez-vous en couple (vit-il en couple)?**

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



**CDATCO. Depuis quelle année vivez-vous ensemble (vit-il avec son conjoint) ?** .....

19     
→ **CMERVI**

**CCOUAV. Avez-vous (a t-il) déjà vécu en couple dans le passé ?**

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

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

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

**CPERVI. Votre père (son père) est-il en vie ?**

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

**CFRERE. Combien de frères vivants avez-vous (a-t-il) aujourd'hui ?**  
(y compris les demi-frères) .....

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

→ **Filtre : pour les personnes de moins de 12 ans** →→→→→→→→→→→→→→→ **CGDPAR**

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

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

→ **Filtre : pour les personnes de moins de 24 ans** →→→→→→→→→→→→→→→ **CGDPAR**

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

→ **Filtre : pour les personnes de plus de 80 ans** →→→→→ **Tableau des relations familiales**

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

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

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

- 1
- 2 → CFAM
- 8 → CFAM
- 9 → CFAM

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

*Le tableau ci-dessous (pages 24-25) doit être rempli colonne par colonne.*

	Père col ①	Mère col ②
<b>CSEXE[i]. Quel est son sexe ?</b> .....		
<b>CAGE[i]. Quel âge a-t-il (elle) ?</b> .....	_ _ _  ans	_ _ _  ans
<b>CDOM[i]. Habite-t-il (elle) dans ...</b>		
1. La même institution .....	<input type="checkbox"/> 1 → col 2	<input type="checkbox"/> 1 → col 3
2. La même ville ou ses environs .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. La même région .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Plus loin, en France .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. A l'étranger .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
8. Ne veut pas répondre .....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>CVISIT[i]. A quelle fréquence le (la) voyez-vous ?</b>		
1. Au moins une fois par jour .....	<input type="checkbox"/> 1 → col 2	<input type="checkbox"/> 1 → col 3
2. Au moins une fois par semaine .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Au moins une fois par mois .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Plusieurs fois par an .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Une fois par an .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Moins souvent .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Jamais .....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
9. Ne sait pas .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<b>CTEL[i]. Echangez-vous des nouvelles, par lettre ou par téléphone...</b>		
1. Au moins une fois par jour .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Au moins une fois par semaine .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Au moins une fois par mois .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Plusieurs fois par an .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Une fois par an .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Moins souvent .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Jamais .....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

---

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

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

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

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

Conjoint col ③	Enfants col ④ et ⑤	Frères, soeurs col ⑥ et ⑦	Petits-enfants col ⑧ et ⑨	Grands-parents col ⑩ et 11
	<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin	<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin	<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin	<input type="checkbox"/> 1. masculin <input type="checkbox"/> 2. féminin
□□□□ ans	□□□□ ans	□□□□ ans	□□□□ ans	□□□□ ans
<input type="checkbox"/> 1→ col 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ c13 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 1→ col 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 7 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ col 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1→ CAUTRL <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9

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

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

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

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

• **Autres relations familiales ou amicales**

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

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

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

- 1. Autre(s) membre(s) de la famille : homme(s) .....  1 CRL1
- 2. Autre(s) membre(s) de la famille : femme(s) .....  2 CRL2
- 3. Membre(s) de la famille d'accueil .....  3 CRL3
- 4. Voisin(s) : homme(s) .....  4 CRL4
- 5. Voisine(s) : femme(s) .....  5 CRL5
- 6. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : homme(s) .....  6 CRL6
- 7. Collègue(s) ou ancien(s) collègue(s) : femme(s) .....  7 CRL7
- 8. Partenaire(s) (*conjoint, fiancé, copain, petit ami*) .....  8 CRL8
- 9. Autre(s) ami(s) : homme(s) .....  9 CRL9
- 10. Autre(s) amie(s) : femme(s) .....  10 CRL10
- 99. Ne sait pas.....  99

**CAUTPE. Avez-vous (a-t-il) ou vous êtes-vous (s'est-il) fait des amis dans l'institution ?**

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

**CNBPE. Si oui, combien ?** .....

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

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

 1  
 2  
 8  
 9

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

**CCOPIN. Avez-vous (a-t-il) actuellement un fiancé, copain, petit-ami, partenaire ?**

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

 1  
 2  
 8  
 9

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

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

 1  
 2 → *mod. D*  
 8 → *mod. D*  
 9 → *mod. D*

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

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

 1 CAIDFA1  
 2 CAIDFA2  
 3 CAIDFA3  
 4 CAIDFA4  
 5 CAIDFA5  
 6 CAIDFA6  
 7 CAIDFA7  
 8  
 9

## Module D : aides techniques, aménagements du bâtiment

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

• **Accessibilité du bâtiment**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**• Aménagements et adaptations du bâtiment****DADAPT. Disposez-vous (dispose-t-il) de meubles ou d'équipements du bâtiment spécialement adaptés à votre (son) usage en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités ?**

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

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

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

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

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



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

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

- 1 DPSUP
- 2 DPINF
- 3 DPAUT

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

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

- 1
- 2
- 3 → **DSONDE**
- 8 → **DSONDE**
- 9 → **DSONDE**

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

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

- 1 DSCOLO
- 2 DSSUP
- 3 DSINF
- 4 DSAUT

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

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

**DSONDE. Utilisez-vous (utilise-t-il) un système d'évacuation de l'urine (sonde, collecteur d'urines, ...)?**

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

- 1
- 2
- 3
- 8
- 9

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

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

- 1
- 2
- 3
- 8
- 9

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

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

- 1
- 2
- 3
- 8

9. Ne sait pas.....

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

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

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

- 1
- 2
- 3 → **DAMOBL**
- 8 → **DAMOBL**
- 9 → **DAMOBL**

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

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

- 1 DSOIN1
- 2 DSOIN2
- 3 DSOIN3
- 4 DSOIN4
- 5 DSOIN5

**• Aides pour la mobilité personnelle**

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

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

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

- 1
- 2
- 3 → **DTOUR**
- 8 → **DTOUR**
- 9 → **DTOUR**

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

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

- 1 DAMO1
- 2 DAMO2
- 3 DAMO3
- 4 DAMO4
- 5 DAMO5
- 6 DAMO6
- 7 DAMO7
- 8 DAMO8
- 9 DAMO9
- 10 DAMO10

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

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

- 1  
 2  
 3 → **DOPTIQ**  
 9 → **DOPTIQ**

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

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

- 1 DTLIT1  
 2 DTLIT2  
 3 DTLIT3  
 4 DTLIT4

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

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

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

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

- 1  
 2  
 3  
 9

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

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

- 1  
 2  
 3  
 9

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

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

- 1  
 2  
 3  
 9

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

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

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

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

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

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

**DECBRA. Pratiquez-vous (pratique-t-il) l'écriture du braille ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

**DSIGNE. Comprenez-vous ou utilisez-vous (comprend-il ou utilise-t-il) la langue des signes ?**

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

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

**DAUDIO. Utilisez-vous (utilise-t-il) du matériel audio-visuel adapté pour les mal-entendants?** (décodeur "CEEFAX", minitel pour sourd ...)

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

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

• **Aides à la manipulation**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• **Aides pour les traitements**

**DMATDO. Utilisez-vous (utilisez-t-il) du matériel pour le traitement d'une maladie de longue durée ou d'un handicap ? (matériel de dialyse, matériel d'injection, pacemaker, matériel anti-escarres...)**

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

**Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ? (lire la liste ci-dessous, cocher les matériels ou aides utilisés)**

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

• **Autres aides**

**DAUTEQ. Utilisez-vous (utilisez-t-il), pour un problème de santé, invalidité ou handicap, d'autres équipements spéciaux, aides techniques..., non cités précédemment?**

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

**Si oui ou besoin, lequel (lesquels) ? (notez en clair ci-dessous les équipements ou aides mentionnés)**

- |          |                            |         |
|----------|----------------------------|---------|
| 1. ----- | <input type="checkbox"/> 1 | DEQUIP1 |
| 2. ----- | <input type="checkbox"/> 2 | DEQUIP2 |
| 3. ----- | <input type="checkbox"/> 3 | DEQUIP3 |
| 4. ----- | <input type="checkbox"/> 4 | DEQUIP4 |
| 5. ----- | <input type="checkbox"/> 5 | DEQUIP5 |

## Module L : Questionnement sur les conditions de logement

### LDOMPR. Où viviez-vous avant d'entrer dans cette institution ?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1. Dans un domicile ordinaire indépendant .....                         | <input type="checkbox"/> | 1  |
| 2. Dans le domicile de mes enfants .....                                | <input type="checkbox"/> | 2  |
| 3. Dans le domicile de mes parents .....                                | <input type="checkbox"/> | 3  |
| 4. Dans le domicile de proches ( <i>autres parents, amis...</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> | 4  |
| 5. Dans une famille d'accueil .....                                     | <input type="checkbox"/> | 5  |
| 6. Dans une autre institution .....                                     | <input type="checkbox"/> | 6  |
| 7. J'ai toujours vécu dans cette institution .....                      | <input type="checkbox"/> | 7  |
| 8. Autre .....  | <input type="checkbox"/> | 8  |
| 98. Ne veut pas répondre .....  | <input type="checkbox"/> | 98 |
| 99. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> | 99 |

→ **Filtre** : si la personne ne vivait pas auparavant en institution (LDOMPR <> 6 → → LTYPLO)

### LTYPIN. Dans quel type d'institution ? (cf carte de code 0) .....

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

### LTEMPS. Depuis combien de temps vivez-vous en institution ?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1. Moins d'1 an .....                   | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. 1 an à moins de 2 ans .....          | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. 2 ans à moins de 5 ans .....         | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. 5 ans et plus .....                  | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. A toujours vécu en institution ..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 8. Ne veut pas répondre .....           | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Ne sait pas .....                    | <input type="checkbox"/> | 9 |

### LTYPLO. Dans quel type de logement êtes-vous ?

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

### Disposez-vous des équipements suivants dans votre chambre (ou votre logement) ? (lire la liste ci-dessous, cocher les équipements présents)

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



6. Aucun de ces équipements .....

<input type="checkbox"/> 6
----------------------------

**Pouvez-vous recevoir des amis ou des proches dans votre logement...****LAMJOU. ...Dans la journée ?**

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

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

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

**LAMNUI. ...La nuit pour dormir ?**

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

→ **Filtre : pour les personnes de moins de 15 ans** →→→→→→→→→→→→→→ **Mod. T**

**LAMCOP. Pouvez-vous vous (peut-il s') isoler avec votre partenaire (conjoint, copain, petit ami) ?**

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

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

**Opinion sur le logement actuel et changement de logement****LOPIN. Estimez-vous que vos conditions actuelles de logement sont :**

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

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

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

- 1
- 2 → *mod. T*
- 9 → *mod. T*

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

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

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

## Module T : Questionnement sur les déplacements

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

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

### • Module TD (déplacements hors de l'établissement : non compris le parc ou le jardin)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Ne sait pas... ..

<input type="checkbox"/> 9 → <i><b>TPERM</b></i>
--

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

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

• *Carte n° 3 sur les déplacements, code M*

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

• *Carte n° 3 sur les déplacements, code T*

1er moyen .....

2ème moyen .....

3ème moyen .....

4ème moyen .....

**Premier  
déplacement**

TMOTIF1

TTR11

TTR12

TTR13

TTR14

<i>Deuxième déplacement</i>	<i>Troisième déplacement</i>	<i>Quatrième déplacement</i>	<i>Cinquième déplacement</i>	<i>Sixième déplacement</i>
TMOTIF2 	TMOTIF3 	TMOTIF4 	TMOTIF5 	TMOTIF6 
TTR21	TTR31	TTR41	TTR51	TTR61
TTR22	TTR32	TTR42	TTR52	TTR62
TTR23	TTR33	TTR43	TTR53	TTR63
TTR24	TTR34	TTR44	TTR54	TTR64

• **Module TP (permis de conduire et pratique de la conduite)**

➔ *Filtres : si la personne a moins de 18 ans ou si elle est devenue aveugle avant l'âge de 18 ans* →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **TAMNG**

**TPERM. Possédez-vous un permis "voiture"?**

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

- 1 → **TADAPT**
- 2
- 9 → **TCONDU**

**TNOPER. Si non, Est-ce en raison d'un problème de santé ?**

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

- 1 → **TAMNG**
- 2 → **TAMNG**
- 9 → **TAMNG**

**TADAPT. Si oui, Est-ce un permis "adapté" en raison d'un handicap ou problème de santé ?**

- 1. Oui (permis de type F) .....
- 2. Non .....
- 9. Ne sait pas. ....

- 1
- 2
- 9

→ **Filtres** : si la personne est confinée à l'intérieur de l'institution (BMOB1 <=3) → **TAMNG**  
 si la personne est aveugle ou tétraplégique (ANAT[i]=21 ou =12) →→→ **TTEMPS**

**TCONDU. Conduisez-vous une automobile ?**

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. Oui, régulièrement .....     | <input type="checkbox"/> 1 → <b>TAMNG</b> |
| 2. Oui, occasionnellement ..... | <input type="checkbox"/> 2 → <b>TAMNG</b> |
| 3. Non, plus maintenant .....   | <input type="checkbox"/> 3                |
| 9. Ne sait pas .....            | <input type="checkbox"/> 9 → <b>TAMNG</b> |

**TTEMPS. Depuis quel âge ne conduisez-vous plus ?**

**ans**

**Pourquoi ne conduisez-vous plus ?** (possibilité de réponses simultanées)

- |   |                            |       |
|---|----------------------------|-------|
| 1. Ne peut plus conduire (maladie, handicap, accident, ...) ..... | <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 (autre conducteur, ...) .....   | <input type="checkbox"/> 5 | TCOZ5 |
| 6. Trop cher d'avoir une voiture (achat, entretien, ...) .....    | <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 ..... | <input type="checkbox"/> 0 |
| 1. Oui, pour la conduite .....                 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, pour le transport .....                | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non, mais j'en aurais besoin .....          | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4 Non, je n'en ai pas besoin .....             | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Ne sait pas .....                           | <input type="checkbox"/> 9 |

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

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

**TTRSPE. Avez-vous (a-t-il) accès à un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ?**

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



**TTRORD. Pouvez-vous (peut-il) accéder aux transports en commun ordinaires ?**

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

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

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

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

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

- 1. Oui, souvent .....  1
- 2. Oui, parfois .....  2
- 3. Non .....  3 → *mod. S*
- 9. Ne sait pas .....  9 → *mod. S*

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

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

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

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

**TQUELS. 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

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

**SETUDE. Suivez-vous actuellement des études initiales 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) ..... | <input type="checkbox"/> 1                 |
| 2. Non, études terminées .....                                    | <input type="checkbox"/> 2 → <b>SINTER</b> |
| 3. Non, enfant pas encore en âge d'être scolarisé .....           | <input type="checkbox"/> 3 → <b>mod. E</b> |
| 4. Non, jamais scolarisé .....                                    | <input type="checkbox"/> 4 → <b>SLIRE</b>  |
| 8. Ne veut pas répondre. ....                                     | <input type="checkbox"/> 8                 |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 9                 |

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

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

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

--	--	--

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

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

**Précisez :**

-----

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

SAUTYP

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

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Interne ou pensionnaire (scolarisé dans le cadre de l'institution)..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Demi-pensionnaire .....   | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Externe .....   | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> 9 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui, couramment .....            | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, mais avec difficultés ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non .....                        | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ne veut pas répondre .....       | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                | <input type="checkbox"/> 9 |

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

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Oui, sans difficulté .....                | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non .....                                 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ne veut pas répondre .....                | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                         | <input type="checkbox"/> 9 |

**SCOMPT. Savez-vous (sait-il) compter ? :**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Oui, sans difficulté .....                | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non .....                                 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ne veut pas répondre .....                | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....                         | <input type="checkbox"/> 9 |

→ **Filtres : Si la personne a moins de 15 ans →→→→→→→→ Mod. E, question ECPRPE**  
 Si la personne n'a jamais été scolarisée (SETUDE=4) →→→→→→→→ Mod. E

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

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

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

(→ cf carte 4. 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 actuellement scolarisées (SETUDE=1)  
ou ayant obtenu un diplôme (SDIPLO=1) →→→→→→→→→→→→→→→→ **Mod. E**

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

**SNIVEA.** Niveau d'études atteint (→ cf carte 4. Scolarité, code EA).....

## Modules E, EA, EB, EC : Questionnement sur l'emploi

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

### • Module E (introduction et filtrage)

#### EOCCUP. Quelle est votre occupation actuelle ?

**Travaille** 1. Exerce une profession, à son compte ou comme salarié, même à temps partiel.

Aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré.

Est apprenti, stagiaire rémunéré, élève-fonctionnaire, intérimaire, etc.

Est employé dans un C.AT, un Atelier Protégé, un CDTD.

• *Y compris congés de maladie, de maternité, congés annuels, dispenses d'activité, congés de conversion, etc.*

• *Exclure les personnes au service national, en disponibilité, en pré-retraite, en invalidité.*

1 → **EAPROF**

#### Ne travaille pas (ou plus) actuellement

2. Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE) .....

2

3. Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré .....

3

4. Militaire du contingent .....

4

5. Retraité (*ancien salarié*) ou préretraité .....

5

6. Retiré des affaires (*ancien agriculteur, artisan, commerçant, profession libérale, etc.*) .....

6

7. Femme au foyer .....

7

8. Autre inactif (*y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO*) ....

8

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

#### ECHERC. Cherchez-vous un emploi, une situation ?

1. Oui .....

1 → **EBCIRC**

2. Non .....

2

8. Ne veut pas répondre .....

8

9. Ne sait pas .....

9

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

1. J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard .....

1 → **EBCIRC**

2. Je souhaiterais travailler .....

2 → **EBCIRC**

3. Je ne souhaite pas travailler .....

3 → **ECANT**

4. Je suis inapte au travail pour raisons de santé .....

4 → **ECANT**

8. Ne veut pas répondre .....

8 → **ECANT**

9. Je ne sais pas .....

9 → **ECANT**

• **Module EA (activité professionnelle)**

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

-----  
 -----

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

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

**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

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

- 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

**EAPOSx**

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

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

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

- 1
- 2 → **EATROU**
- 9 → **EATROU**

**EAFORX. Nature du stage ou du contrat (→ cf carte de codes n°5)**

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

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

- 01 EATR1
- 02 EATR2
- 03 EATR3
- 04 EATR4
- 05 EATR5
- 06 EATR6
- 07 EATR7
- 08 EATR8
- 09 EATR9
- 10 EATR10
- 11 EATR11
- 12 EATR12
- 13 EATR13
- 14 EATR14
- 15 EATR15
- 98
- 99

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

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

- 1
- 2
- 9

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

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

- 1
- 2
- 9



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

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

- 1 → *EALIMI*
- 2
- 9

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

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

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

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

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

- 1
- 2
- 9

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

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

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

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

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

- 1
- 2
- 9

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

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

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

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

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

→ **Filtre : pour les personnes ayant répondu au module EA →→→→→→→→→ mod. R**

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

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

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

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

**EBACCI. Si la cause est un accident, 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
- 8. Ne veut pas répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

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

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

**Si oui, Lesquelles ? (possibilité de plusieurs réponses)**

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

**Précisez :** .....

**EBDMAL**



**ECPRPE. Pour les personnes de moins de 15 ans : Son père (ou l'adulte qui a la charge de l'enfant) exerce t-il (a-t-il exercé) une activité professionnelle ?**

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

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

**ECPROF. Dernière profession exercée ? (intitulé précis)**

-----  
 -----

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

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

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

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

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

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) .....
- 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, etc.)....
- 3. Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale .....
- 4. Agent de maîtrise dirigeant des techniciens et d'autres agents de maîtrise .....
- 5. Technicien, dessinateur, VRP (non cadre) .....
- 6. Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catégorie B de la fonction publique .....
- 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) .....
- 8. Professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique.....
- 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 .....
- 10. Autre cas : .....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

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

- 
- 99. Ne sait pas .....

- 99
- ECPOSx**

→ **Filtres** : - pour les personnes ayant répondu au module EB →→  
 - pour les femmes n'ayant jamais travaillé →→→→→→  
 - pour les personnes de moins de 15 ans →→→→→→



**mod. R**

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

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

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

*Si la cause est un accident :*

**ECACCI. Etait-ce...**

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

**Module R : Questionnement sur les revenus**

• **Module RC**

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

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

**RALLOL. Si oui, Lesquels ?** (lisez la liste. Cochez les cases correspondantes)

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

**RMALLO. Actuellement, quel est le montant total de ces allocations ?**  
(présentez la carte 10 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)

- |                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 00 à 16. Tranche de revenus ..... |                             |
| 98. Refus de répondre .....       | <input type="checkbox"/> 98 |
| 99. Ne sait pas .....             | <input type="checkbox"/> 99 |

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

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

**RTOTAL. Actuellement, quel est le montant total de vos revenus (y compris les allocations et pensions...)?** *(présentez la carte 10 sur les tranches de revenus et inscrivez le numéro de la tranche)*

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 00 à 16. Tranche de revenus ..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 98. Refus de répondre .....       | <input type="checkbox"/> 98                       |
| 99. Ne sait pas .....             | <input type="checkbox"/> 99                       |

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

**RESTE. Combien vous reste-t-il après paiement éventuel de vos frais d’hébergement ?** *(présentez la carte 10 sur les tranches de revenus puis inscrivez le numéro de la tranche)*

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 00 à 16. Tranche de revenus ..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 98. Refus de répondre .....       | <input type="checkbox"/> 98                       |
| 99. Ne sait pas .....             | <input type="checkbox"/> 99                       |

**RCAPIT. Au cours de votre vie, avez-vous perçu de la part d’une société d’assurance ou d’une mutuelle un capital indemnisant un accident corporel dont vous avez été la victime?**

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

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

**• Module RJ (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 .....    | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, avec les conseils d’un autre parent .....                               | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Oui, avec les conseils d’un ami .....  | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Oui, avec l’aide d’un tiers ( <i>association, travailleur social</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Oui, avec les conseils de mon tuteur ou juge .....                           | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Non .....  | <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Refus de répondre .....  | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Ne sait pas .....  | <input type="checkbox"/> 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 → **RAMAL**
- 8. Ne veut pas répondre .....  8 → **RAMAL**
- 9. Ne sait pas .....  9 → **RAMAL**

**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

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

--	--	--	--

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

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

- 1. Oui, pour l'ensemble de mes soins .....  1
- 2. Oui, pour une partie seulement de mes soins .....  2
- 3. Non .....  3
- 8. Refus de répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

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

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

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

- |  |                          |   |        |
|--|--------------------------|---|--------|
| 1. AGF (Assurances Générales de France).....   | <input type="checkbox"/> | 1 | RMUTU1 |
| 2. CNPO/CNRO (Caisse Nationale de Prévoyance des Ouvriers du Bâtiment).....              | <input type="checkbox"/> | 2 | RMUTU2 |
| 3. GROUPAMA .....  | <input type="checkbox"/> | 3 | RMUTU3 |
| 4. MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) .....                               | <input type="checkbox"/> | 4 | RMUTU4 |
| 5. MGPTT (Mutuelle Générale des PTT).....  | <input type="checkbox"/> | 5 | RMUTU5 |
| 6. MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de la santé publique)..... | <input type="checkbox"/> | 6 | RMUTU6 |
| 7. MUTUELLE INTEGRANCE (mutuelle des handicapés) .....                                   | <input type="checkbox"/> | 7 | RMUTU7 |
| 8. Autres organismes .....   | <input type="checkbox"/> | 8 | RMUTU8 |
| 9. Ne sait pas .....   | <input type="checkbox"/> | 9 |        |

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

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

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

**RVSAL. Précisez le(s) régime(s) de salariés dont vous dépendez:**  
(possibilité de réponses simultanées. → cf. Carte de codes n° 8)

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| 1. CNAV: régime général (géré en régions par les C.R.A.M.).....        | <input type="checkbox"/> | 1  |
| 2. Fonctionnaires civils et militaires (y compris PTT) .....           | <input type="checkbox"/> | 2  |
| 3. Ouvriers de l'Etat .....  | <input type="checkbox"/> | 3  |
| 4. Entreprises publiques (RATP, SNCF, EDF-GDF) .....                   | <input type="checkbox"/> | 4  |
| 5. Mines .....   | <input type="checkbox"/> | 5  |
| 6. ENIM (marins) .....   | <input type="checkbox"/> | 6  |
| 7. CRPCEN (clercs de notaires) .....                                   | <input type="checkbox"/> | 7  |
| 8. MSA (salariés agricoles) .....                                      | <input type="checkbox"/> | 8  |
| 9. CNRACL (collectivités locales) .....                                | <input type="checkbox"/> | 9  |
| 10. Autres régimes de base des salariés (y compris Banque de France).. | <input type="checkbox"/> | 10 |

**RVNSAL. Précisez le(s) régime(s) de non-salariés dont vous dépendez:**  
(possibilité de réponses simultanées. → cf. Carte de codes n° 8)

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| 11. MSA (exploitants agricoles).....     | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 12. ORGANIC (commerçants) .....          | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 13. CANCAVA (artisans) .....             | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 14. CNAVPL (professions libérales).....  | <input type="checkbox"/> | 14 |
| 15. CNBF (avocats) .....                 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 16. CAMAVIC (régime des cultes) .....    | <input type="checkbox"/> | 16 |
| 17. Autres régimes de non-salariés ..... | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 99. Ne sait pas .....                    | <input type="checkbox"/> | 99 |

→ **Filtre : Si la personne ne dépend pas d'un des régimes de base des salariés (RETRAI > 10) ou si elle dépend du régime des fonctionnaires de l'Etat (RETRAI=2)**  
→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→ **RCOTOR**

*Si la personne dépend d'un des régimes de base des salariés, hormis le régime des fonctionnaires de l'Etat, (RETRAI= 1 ou RETRAI= 3 à 10):*

**RCOSAL. Cotisez-vous à (ou percevez-vous une pension d') un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse?**

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

**RCOMPL. De quel régime complémentaire obligatoire de retraite dépendez-vous? (possibilité de réponses simultanées)**

- 1. AGIRC .....  1
- 2. ARRCO .....  2
- 3. IRCANTEC .....  3
- 4. Autres régimes complémentaires .....  4
- 8. Refus de répondre .....  8
- 9. Ne sait pas .....  9

**RCOTOR. Avez-vous déposé un dossier devant la COTOREP ?**

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

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

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

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

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

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

Si on vous a orienté vers un établissement pour adultes handicapés  
(RCOT=4,5 ou 6):

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

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

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

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

19\_\_|\_|

Si la personne ne sait pas:

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

19\_\_|\_|

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

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

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

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

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

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

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

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

**Précisez :** -----

- 9. Ne sait pas .....  9

**RAUTYP**

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

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

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

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

19|\_|\_|

*Si la personne ne sait pas:*

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

19|\_|\_|

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

*Si c'est la personne concernée qui répond (REPQ1=1 ou 2) :*

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

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

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

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

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

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

## Module G : Questionnement général sur les désavantages

• *Vacances*

**GVAC. Partez vous en vacances ...**

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

**Si vous ne partez jamais (ou presque jamais), c'est parce que ...**

*(possibilité de réponses simultanées)*

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

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

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

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

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

**Spectacles****Actuellement, allez-vous voir les spectacles suivants ?**

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

**Associations et activités bénévoles****GASSOC. Participez-vous à une (ou plusieurs) association(s) ?**

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

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

**Si oui, A quels types d'associations ? (interroger ligne par ligne)**

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



**Activités sportives**

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

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

- 1
- 2 → **GSOMM**
- 3 → **GSOMM**
- 4 → **GSOMM**
- 5 → **GSOMM**
- 6 → **GSOMM**
- 9 → **GSOMM**

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

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

--	--	--

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

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

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 9

**Qualité de vie**

**GSOMM. Votre sommeil est-il souvent interrompu, à cause de votre état de santé ?**

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

- 0
- 1
- 2
- 9

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

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

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

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

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

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

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

## • Personne de référence

*Si on s'adresse à la personne concernée :*

*Cet entretien est maintenant terminé et je vous remercie d'y avoir participé. Nous repasserons peut-être vous voir, si cela ne vous dérange pas, dans environ 2 ans. Si à ce moment là vous avez changé d'établissement ou regagné votre domicile, il nous serait utile de pouvoir contacter un de vos proches afin qu'il nous indique où nous pourrions vous rencontrer.*

**REFAD1. Acceptez-vous de nous communiquer les coordonnées d'un proche (parent, ami...) susceptible de nous renseigner sur votre nouvelle adresse?**

1. Oui .....
2. Non, ou « vous n'aurez qu'à vous adresser à l'institution » .....
9. Ne sait pas .....

- 1 → **REFNOM**
- 2 → **Fin**
- 9 → **Fin**

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

*Le questionnaire est terminé. Je vous remercie d'avoir répondu pour [prénom]. La seconde phase de l'enquête, dans 2 ans, nécessitera, dans la mesure du possible, la réinterrogation de cette personne. Si à ce moment là elle a changé d'établissement ou regagné son domicile, nous aurons besoin de connaître sa nouvelle adresse.*

**REFAD1. Acceptez-vous de nous communiquer les coordonnées d'un proche (parent, ami...) susceptible de nous renseigner sur sa nouvelle adresse?**

1. Oui .....
2. Non, ou « vous n'aurez qu'à vous adresser à l'institution » .....

- 1 → **REFNOM**
- 2 → **Fin**

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

**REFPR. Prénom** \_\_\_\_\_

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

**REFDEP. Département** ..... | | |

**REFCOM. Commune** ..... | | | |

**REFTEL. Téléphone** ..... | | | | | | | | | | | |

**Personnes assistant et répondant à l'entretien  
Sélection des individus pour l'Etude de l'Histoire Familiale**

• *Questions pour l'enquêteur:*

**ASSIST. Quelles étaient les personnes assistant à l'entretien ?** (*possibilité de réponses simultanées*)

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. La personne elle-même .....              | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Un membre de l'administration .....      | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Un personnel soignant ou éducateur ..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Un parent ou un ami .....                | <input type="checkbox"/> 4 |

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

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. La personne elle-même .....              | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Un membre de l'administration .....      | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Un personnel soignant ou éducateur ..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Un parent ou un ami .....                | <input type="checkbox"/> 4 |

Seules sont éligibles pour l'enquête EHF les personnes hébergées dans un **établissement pour personnes âgées** (TYPET=3.x) et qui remplissent les conditions suivantes :

- Être âgé(e) de 18 ans ou davantage
- Être apte à répondre, éventuellement avec une aide
- Avoir participé effectivement à l'entretien

Si la personne remplit ces conditions, vous lui lirez la question suivante tout en montrant le bulletin EHF :

**HISFAM. L'Insee organise en ce moment une étude sur l'histoire familiale. Acceptez-vous de participer à cette étude, en répondant à quelques questions sur votre histoire familiale ?**

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