

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 en prison

Dossier d'interview

RGES.	Région de gestion						
NENQ.	Identifiant de l'enquêteur						
QDATE.	Date de l'interview						
HDEB.	Heure de début						
HFIN.	Heure de fin						
NOMET.	Nom de l'établissement	_____					

TYPET.	Type d'établissement (cf carte de code 0 pour classification)				
N° VQS.						
SEXE .	Sexe						
IDANAI.	Date de naissance						

Vu l'avis favorable du Conseil National de L'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.

Label n° 2001 X 701 EC du Conseil National de L'Information Statistique, valable pour l'année 2001.

Questionnaire confidentiel destiné à l'INSEE.

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

Module A : Cause et origine des incapacités

· Maladies chroniques, déficiences, handicaps

AHAND. Avez-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 ® MOD. B |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 ® MOD. B |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 ® MOD. B |

colonne 1	colonne 2
<p>De quelle(s) maladie(s), infirmité(s) ou autre(s) problème(s) de santé s'agit-il ? (indiquez ci-dessous et notez en clair, sans rien modifier, les réponses de la personne interviewée)</p> <p>ADEF1 -----</p> <p>ADEF2 -----</p> <p>ADEF3 -----</p> <p>ADEF4 -----</p> <p>ADEF5 -----</p> <p>ADEF6 -----</p> <p>ADEF7 -----</p> <p>ADEF8 -----</p> <p>ADEF9 -----</p> <p>ADEF10 -----</p> <p>ADEF11 -----</p> <p>- LES OUBLIS : 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> <p>ADEF12 -----</p> <p>ADEF13 -----</p> <p>ADEF14 -----</p> <p>ADEF15 -----</p> <p>ADEF16 -----</p> <p>ADEF17 -----</p>	<p style="text-align: center;">Nature (cf. carte 1)</p> <p>ANAT1 </p> <p>ANAT2 </p> <p>ANAT3 </p> <p>ANAT4 </p> <p>ANAT5 </p> <p>ANAT6 </p> <p>ANAT7 </p> <p>ANAT8 </p> <p>ANAT9 </p> <p>ANAT10 </p> <p>ANAT11 </p> <p>ANAT12 </p> <p>ANAT13 </p> <p>ANAT14 </p> <p>ANAT15 </p> <p>ANAT16 </p> <p>ANAT17 </p>

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>- Pouvez-vous indiquer, pour chacun des troubles que vous venez d'indiquer, son origine ? (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 donc 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>Origine (cf. carte 2)</p>
AOR1 -----	ACOD1
AOR2 -----	ACOD2
AOR3 -----	ACOD3
AOR4 -----	ACOD4
AOR5 -----	ACOD5
AOR6 -----	ACOD6
AOR7 -----	ACOD7
AOR8 -----	ACOD8
AOR9 -----	ACOD9
AOR10 -----	ACOD10
AOR11 -----	ACOD11
<p>- LES OUBLIS : 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
AOR13 -----	ACOD13
AOR14 -----	ACOD14
AOR15 -----	ACOD15
AOR16 -----	ACOD16
AOR17 -----	ACOD17

Module B : Description des incapacités

® **Enquêteur** : Dans toute cette partie, lorsque vous cocherez 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.

Nous allons maintenant parler des difficultés que vous rencontrez peut-être dans la vie quotidienne en raison d'un problème de santé.

· Toilette (concerne l'hygiène corporelle)

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

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : ne se lave pas | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 1. Oui, sans aide et sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 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 | S |
| 4. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés pour des raisons psychologiques (ex : <i>phobie de l'eau</i>)..... | <input type="checkbox"/> 4 | S |
| 5. Non, j'ai besoin d'une aide partielle (par exemple pour les pieds, les jambes, le bas du dos...) | <input type="checkbox"/> 5 | S |
| 6. Non, j'ai besoin d'aide pour tout | <input type="checkbox"/> 6 | S |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 | |

BTOI1a. 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

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

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

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

BHAB1a. 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

· **Alimentation : manger les aliments préparés**

BALI1. Coupez-vous votre 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 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 de la difficulté que vous venez de signaler pour vous 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 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 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
2. Aucune difficulté signalée

- 1 ® **BCOZ1**
- 2 ® **BELI1**

BCOZ1. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?

(plusieurs réponses possibles) ® Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 2 : si la réponse figure page 2, 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 2, puis reportez le chiffre ("12", "13", "14" ...) dans le bac de droite.

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

- | | | |
|--|--|-------|
| | | BCOZ1 |
| | | BCOZ2 |
| | | BCOZ3 |
| | | BCOZ4 |
| | | BCOZ5 |

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

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

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

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 0 | S |
| <input type="checkbox"/> | 1 | |
| <input type="checkbox"/> | 2 | |
| <input type="checkbox"/> | 3 | S |
| <input type="checkbox"/> | 4 | S |
| <input type="checkbox"/> | 5 | S |
| <input type="checkbox"/> | 8 | |
| <input type="checkbox"/> | 9 | |

BELI1a. 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
--	--	--	-----

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

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

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

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

| | | ans

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

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

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

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

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

BDIF2® Enquêteur : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **beli1** à **beli3** précédentes, c'est-à-dire si vous avez du entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à **btra1**.

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

- 1 ® **BCOZ2**
- 2 ® **BTRA1**

BCOZ2. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?

(plusieurs réponses possibles) ® Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 2 : si la réponse figure page 2, 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 2, puis reportez le chiffre ("12", "13", "14" ...) dans le bac de droite.

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

- | | BCOZ6
- | | BCOZ7
- | | BCOZ8
- | | BCOZ9
- | | BCOZ10

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

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

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 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 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 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**

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

BDPI1. Lorsque vous sortez de votre cellule, vous déplacez-vous sans aide à l'étage où vous êtes?

- | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------|
| 1. Oui, je le fais sans aide..... | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2. Oui, mais pas partout..... | <input type="checkbox"/> 2 | S |
| 3. Non, j'ai en général besoin d'aide | <input type="checkbox"/> 3 | S |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |
| 9. Ne sait pas..... | <input type="checkbox"/> 9 | |

BDPI1a. 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**

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

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|
| 0. Sans objet : n'en a jamais l'occasion (pas d'étage, ascenseur...) | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 1. Oui, sans aucune difficulté | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 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 l'aide de quelqu'un | <input type="checkbox"/> 4 | S |
| 5. Non, je ne me déplace qu'en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> 5 | S |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> 8 | |

9. Ne sait pas.....

9

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

| | | ans

BDPI3. Etes-vous capable d'utiliser un ascenseur sans l'aide d'une autre personne ?

- 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

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

BDPI3a. 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

... Cause et origine des difficultés de transferts et de déplacements

BDIF3 ® Enquêteur : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **btra1** à **bdpi3** 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 **bcoh1**.

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

- 1 ® **BCOZ3**
- 2 ® **BCOHI**

BCOZ3. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ? (plusieurs réponses possibles) ® Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 2 : si la réponse figure page 2, 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 2, 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

· Cohérence

BCOH1. En dehors des problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec les personnes que vous rencontrez sans l'aide de quelqu'un ?

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

BCOH1a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ? (... ou ne parlez-vous pas aux gens ? Si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

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

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

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

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

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

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

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

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

BORI1. Vous arrive-t-il de ne plus vous 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

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

BORI1a. 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**

BORI2. Avez-vous des difficultés à trouver ou retrouver votre chemin dans la prison ?

- 0. Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul.....
- 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

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

BORI2a. 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**

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

BDIF4 ® **Enquêteur** : Si la personne a signalé au moins une difficulté à l'une des questions **bcoh1** à **bori2** précédentes, c'est-à-dire si vous avez dû entourer au moins l'un des "S" figurant sur la droite, cochez "1" et posez la question concernant l'origine de la ou des difficultés signalées. Sinon, cochez "2" et passez à la question **bsen1**

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

- 1 ® **BCOZ4**
- 2 ® **BSENI**

BCOZ4. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?

(plusieurs réponses possibles) @ Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 2 : si la réponse figure page 2, 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 2, puis reportez le chiffre ("12", "13", "14" ...) dans le bac de droite.

Cause numéro 1		BCOZ16
Cause numéro 2		BCOZ17
Cause numéro 3		BCOZ17
Cause numéro 4		BCOZ19
Cause numéro 5		BCOZ20

· Vue, ouïe, parole

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

BSEN1. Voyez-vous bien de près ? (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés ... 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	S
4. Non	<input type="checkbox"/>	4	S
9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	9	

BSEN1a. Depuis quel âge souffrez-vous de la difficulté que vous venez de signaler ? (... ou êtes-vous aveugle ? Si c'est depuis la naissance, noter "000" ; si la personne ne sait plus, même approximativement, noter "999")

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

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

BSEN2. Reconnaissez-vous 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	S
4. Non	<input type="checkbox"/>	4	S
9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	9	

BSEN2a. 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 n'a pas déclaré de difficultés de vision aux questions précédentes (BSEN1 <3 et BSEN2 <3) → → → → → → → → → → → → → **BSEN3**

BVUE. Etes-vous ...

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

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

- 0. Sans objet : surdité complète 0 **S**
- 1. Oui, sans difficulté, même s'il y a plusieurs personnes 1
- 2. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement 2 **S**
- 3. Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort 3 **S**
- 9. Ne sait pas 9

BSEN3a. Depuis quel âge souffrez-vous 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 ? (*dans sa langue maternelle si la personne parle mal le français*) (*y compris pour raison de bégaiement*)

- 0. Sans objet : muet(te) 0 **S**
- 1. Non, pas du tout 1
- 2. Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien 2 **S**
- 3. Oui, beaucoup de difficultés 3 **S**
- 9. Ne sait pas 9

BSEN4a. 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**

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

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

- 1. Au moins une difficulté signal e 1   **BCOZ5**
- 2. Aucune difficulté signal e 2   **BMEDI**

BCOZ5. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?

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

Cause numéro 1		BCOZ21
Cause numéro 2		BCOZ22
Cause numéro 3		BCOZ23
Cause numéro 4		BCOZ24
Cause numéro 5		BCOZ25

· Suivi médical

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

BMED1. ...Au contrôle de votre vue ?

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

BMED2. ...Au contrôle de votre ouïe ?

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

BMED3. ...Au contrôle de vos dents ?

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

BMED4. Avez-vous consulté au cours des 3 derniers mois pour des troubles psychiques ou mentaux ?

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

BMEDTYP. Si oui, quel médecin ou spécialiste ?

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

BPSY Etes-vous suivi régulièrement par un psychiatre ou un psychologue ?

- 1. Oui, par le SMPR..... 1
- 2. Oui, par un autre service..... 2
- 3. Non 3
- 8. Ne veut pas répondre..... 8
- 9. Ne sait pas 9

Au cours des 3 mois précédant votre incarcération, un médecin a-t-il contrôlé...

BCONS1. ... votre vue ?

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

BCONS2. ... votre ouïe ?

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

BCONS3. ... vos dents ?

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

· Souplesse, manipulation

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

- 0. Sans objet : n'a plus de pieds 0 **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 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 de vos mains et de vos doigts sans difficulté ?*(par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...)*

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

- 0 S ® **BSOU2a**
puis ® **BSOU4**
- 1 ® **BSOU4**
- 2
- 3 S
- 4 S
- 9

BSOU2a. 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

- Pouvez-vous préciser lesquels des gestes suivants vous sont difficiles ou impossibles ? ...**BSOU31. ...Ouvrir ou fermer une porte de placard :**

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 1
- 2
- 9

BSOU32. ...Manipuler les robinets :

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 1
- 2
- 9

BSOU33. ...Boutonner un vêtement :

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 1
- 2
- 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

BSOU4. Lorsque vous êtes debout, pouvez-vous vous baisser 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 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 **bavis**

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

- 1 ® **BCOZ6**
- 2 ® **BAVIS**

BCOZ6. Quelles sont la ou les causes de cette ou de ces difficultés ?

(plusieurs réponses possibles) ® Rapprochez chacune des réponses données par l'interviewé de la liste des maladies ou troubles de santé figurant en page 2 : si la réponse figure page 2, 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 2, 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*

BAUTR. *Si oui, est ce ... : (plusieurs réponses possibles)*

- 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 ? :*

1

2 ® *mod. C*

10 BAUT10

20 BAUT20

30 BAUT30

70 BAUT70

90 BAUT90

Module C : Environnement socio-familial

CPAYS. Quel est votre pays de naissance ? (cf carte de codes 3)

| | |

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

| | |

CPAYSR. Avant votre incarcération, dans quel pays résidiez-vous ?

| | |

CDPRES. Si CPAYSR = 0 : Quel était votre dernier département de résidence avant votre incarcération ?

| | |

CFRA. Si né à l'étranger: En quelle année êtes-vous arrivé en France ?

| | | | |

· Couple et famille

CCOUP. Actuellement, vivez-vous en couple ?

- 1. Oui et mon conjoint vit dans cet établissement
- 2. Oui, mais mon conjoint vit en dehors de cet établissement
- 3. Non.....
- 8. Ne veut pas répondre
- 9. Ne sait pas

- 1 ® **CMATRI**
- 2 ® **CMATRI**
- 3
- 8
- 9

CCOUAV. Avez-vous déjà vécu en couple dans le passé ?

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

- 1
- 2
- 8
- 9

CMATRI. Quel est votre état matrimonial légal ?

- 1. Célibataire
- 2. Marié(e)
- 3. Veuf(ve)
- 4. Divorcé(e)
- 5. Séparé(e) ou en cours de divorce
- 8. Ne veut pas répondre
- 9. Ne sait pas

- 1 ® **CCOPIN**
- 2
- 3 ® **CDATDC**
- 4 ® **CDATSE**
- 5 ® **CDATSE**
- 8 ® **CCOPIN**
- 9 ® **CCOPIN**

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

| | | | | ® **CMERVI**

CDATDC. En quelle année est décédé votre conjoint ?

| | | | | ® **CCOPIN**

CDATSE. En quelle année a eu lieu votre séparation effective ?

| | | | | ® **CCOPIN**

CCOPIN. Avez-vous actuellement un(e) fiancé(e), petit(e)-ami(e), un(e) partenaire ? (à l'extérieur de l'établissement)

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

CMERVI. Votre 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 est-il en vie ?

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

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

| |

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

| |

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

| |

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

| |

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

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

| |

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

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

| |

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

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

® **Enquêteur** : Le tableau ci-dessous (pages 22-23) doit être rempli colonne par colonne.

Pour chacun des membres de votre famille proche, je vais vous poser quelques questions pour savoir où ils habitent et si vous les voyez souvent.

· **Relations familiales : tableau père, mère, conjoint, enfants, frères, soeurs ...**

	Père col ①	Mère col ②
CSEXE[i]. Quel est son sexe ?		
CAGE[i]. Quel âge a-t-il (elle) ?	ans	ans
CDOM[i]. Habite-t-il (elle) dans ...		
1. Le même établissement.....	<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
CVISIT[i]. A quelle fréquence le (la) voyez-vous ?		
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
CTEL[i]. Echangez-vous des nouvelles par lettre ou par téléphone...		
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, est supérieur à 2, le questionnement porte sur les 2 enfants (ou 2 frères et soeurs, etc...) que la personne voit le plus souvent. On fait alors précéder le tableau de la précision:

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

Conjoint col ③	Enfants col ④	Enfants col ⑤	Frères, sœurs col ⑥	Frères, soeurs col ⑦
	<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 6 <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 <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 6 <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 <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

CEVEN. Avez-vous (a-t-il) connu, avant l'âge de 12 ans, l'un des événements suivants ?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------|
| 1. Maladie, handicap ou accident grave du père | <input type="checkbox"/> | 1 | CEVEN1 |
| 2. Maladie, handicap ou accident grave de la mère | <input type="checkbox"/> | 2 | CEVEN2 |
| 3. Décès du père | <input type="checkbox"/> | 3 | CEVEN3 |
| 4. Décès de la mère | <input type="checkbox"/> | 4 | CEVEN4 |
| 5. Décès d'un frère ou d'une sœur | <input type="checkbox"/> | 5 | CEVEN5 |
| 6. Séparation ou divorce des parents | <input type="checkbox"/> | 6 | CEVEN6 |
| 7. Graves disputes ou mésentente des parents | <input type="checkbox"/> | 7 | CEVEN7 |
| 8. Placement dans une institution ou une famille d'accueil | <input type="checkbox"/> | 8 | CEVEN8 |
| 9. Aucun de ces événements | <input type="checkbox"/> | 9 | CEVEN9 |
| 98. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 98 | |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | 99 | |

CEVREC. En dehors, de votre incarcération, avez-vous vécu au cours des deux dernières années, un événement heureux ou malheureux qui vous ait beaucoup marqué ? (comme le décès d'un proche, un mariage ou une naissance dans la famille, le chômage d'un proche, des difficultés d'argent...)

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

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

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|---|--------|
| 1. Décès d'un proche | <input type="checkbox"/> | 1 | CEVRE1 |
| 2. Maladie, handicap ou accident grave d'un proche | <input type="checkbox"/> | 2 | CEVRE2 |
| 3. Naissance dans la famille proche | <input type="checkbox"/> | 3 | CEVRE3 |
| 4. Mariage dans la famille proche | <input type="checkbox"/> | 4 | CEVRE4 |
| 5. Difficultés d'argent | <input type="checkbox"/> | 5 | CEVRE5 |
| 6. Chômage d'un proche | <input type="checkbox"/> | 6 | CEVRE6 |
| 7. Autres | <input type="checkbox"/> | 7 | CEVRE7 |

Précisez :

CEVREX

· 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, ancien voisin(e), ...) avec qui vous ayez des contacts fréquents ? (visites, courrier,...)

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

CRL. Si oui, lesquels ? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. Autre(s) membre(s) de la famille : homme(s) | <input type="checkbox"/> 1 | CRL1 |
| 2. Autre(s) membre(s) de la famille : femme(s) | <input type="checkbox"/> 2 | CRL2 |
| 3. Voisin(s) : homme(s) | <input type="checkbox"/> 3 | CRL3 |
| 4. Voisine(s) : femme(s) | <input type="checkbox"/> 4 | CRL4 |
| 5. Ancien(s) collègue(s) : homme(s) | <input type="checkbox"/> 5 | CRL5 |
| 6. Ancien(s) collègue(s) : femme(s) | <input type="checkbox"/> 6 | CRL6 |
| 7. Partenaire(s) (<i>conjoint, fiancé, copain, petit ami</i>) | <input type="checkbox"/> 7 | CRL7 |
| 8. Autre(s) ami(s) : homme(s) | <input type="checkbox"/> 8 | CRL8 |
| 9. Autre(s) amie(s) : femme(s) | <input type="checkbox"/> 9 | CRL9 |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 99 | CRL99 |

CAUTPE. Avez-vous ou vous êtes-vous fait des amis dans cet établissement ?

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

CSOUH. Si non, souhaiteriez-vous en avoir ?

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

CNBPE. Si oui, combien ?

|

CAMI. Certains sont-ils des amis proches ?

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

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

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

CAIDFA. Si oui, qui ... ? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|---------|
| 1. Mon conjoint..... | <input type="checkbox"/> | 1 | CAIDFA1 |
| 2. Mes parents..... | <input type="checkbox"/> | 2 | CAIDFA2 |
| 3. Mes frères ou mes soeurs | <input type="checkbox"/> | 3 | CAIDFA3 |
| 4. Mes enfants | <input type="checkbox"/> | 4 | CAIDFA4 |
| 5. Mes petits-enfants..... | <input type="checkbox"/> | 5 | CAIDFA5 |
| 6. Des amis | <input type="checkbox"/> | 6 | CAIDFA6 |
| 7. D'autres personnes | <input type="checkbox"/> | 7 | CAIDFA7 |
| 8. Ne veut pas répondre | <input type="checkbox"/> | 8 | CAIDFA8 |

Module D : aides techniques, aménagements du bâtiment et des cellules

· Accessibilité du bâtiment

DABAT. Avez-vous des difficultés à accéder seul à la cour de promenade ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 1
- 2 ® **DETAG**
- 9 ® **DETAG**

DABATC. Si oui, quelles en sont les causes ? (plusieurs réponses possibles)

1. Cheminement de plain-pied impraticable (*du fait de la nature du sol, des obstacles, d'une largeur insuffisante,...*).....
2. Rampe d'accès impraticable (*pente trop forte, sol glissant,...*).....
3. Escalier impraticable (*trop de marches, marches trop hautes, absence de mains-courantes,...*).....
4. Pas d'ascenseur ou pas de possibilité de l'utiliser.....
5. Franchissement difficile de la porte d'entrée du bâtiment.....
6. Autres équipements manquants.....
8. C'est uniquement en raison de mon état de santé.....

- 1 DABDIF1
- 2 DABDIF2
- 3 DABDIF3
- 4 DABDIF4
- 5 DABDIF6
- 6 DABDIF7
- 8 DABDIF8

DETAG. A quel étage se trouve votre cellule ?

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

- 0
- 1
- 2
- 2
- 4
- 5
- 9

DINBAT. Avez-vous des difficultés à accéder à certains lieux à l'intérieur de la prison ? (parloir, ateliers, réfectoire, salle de sport...)

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

- 1
- 2 ® **DADAPT**
- 9 ® **DADAPT**

DINBAC. Si oui, quelles en sont les causes ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|----------|
| 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. Pas d'ascenseur ou pas de possibilité de l'utiliser..... | <input type="checkbox"/> | 4 | DINDIF4 |
| 5. Franchissement difficile de la porte d'entrée du bâtiment..... | <input type="checkbox"/> | 5 | DINDIF5 |
| 7. Autres équipements manquants..... | <input type="checkbox"/> | 7 | DINDIF7 |
| 8. C'est uniquement en raison de mon état de santé..... | <input type="checkbox"/> | 8 | DINDIF78 |

· Aménagements et adaptations de la cellule

DADAPT. Disposez-vous d'une cellule aménagée à votre usage en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités ?

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

DADAPA. Si oui ou besoin (DADAPT=1 ou 2), de quels aménagements s'agit-il ? (possibilité de réponses simultanées)

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

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

DAMENA. Avez-vous réalisé vous-mêmes certains de ces aménagements ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|------------------------------------------|--------------------------|---|--------|
| 1. W.C. adaptés | <input type="checkbox"/> | 1 | DAMEN1 |
| 2. une douche ou un lavabo adaptés | <input type="checkbox"/> | 2 | DAMEN2 |
| 3. une ou des tables adaptées | <input type="checkbox"/> | 3 | DAMEN3 |
| 4. un siège adapté | <input type="checkbox"/> | 4 | DAMEN4 |
| 5. un lit adapté | <input type="checkbox"/> | 5 | DAMEN5 |
| 6. des dispositifs de soutien..... | <input type="checkbox"/> | 6 | DAMEN6 |
| 8. Autre mobilier adapté..... | <input type="checkbox"/> | 8 | DAMEN8 |

DAMENB : Et auriez-vous besoin d'autres aménagements ?

1. Oui
 2. Non
 9. Ne sait pas

- 1
 2 ® **DPROTH**
 9 ® **DPROTH**

DADAPB : Si oui, lesquels ?

1. W.C. adaptés (*siège percé, élévateur de W.C., barre d'appui, ...*)
 2. une douche individuelle
 3. un lavabo adapté
 4. une ou des tables adaptées (*inclinables, réglables, roulantes, ...*)
 5. un siège adapté
 6. un lit adapté
 7. des dispositifs de soutien (*barres d'appui, mains-courantes, ...*)
 8. Autre mobilier adapté.....

- 1 DADAPB1
 2 DADAPB2
 3 DADAPB3
 4 DADAPB4
 5 DADAPB5
 6 DADAPB6
 7 DADAPB7
 8 DADAPB8

· Prothèses, appareillages...**DPROTH. Utilisez-vous un appareillage de remplacement d'une partie 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 ® **DSOUTI**
 8 ® **DSOUTI**
 9 ® **DSOUTI**

DPROTL. Lequel (lesquels) ? (plusieurs réponses possibles)

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

- 1 DPSUP
 2 DPINF
 3 DDENT
 4 DPAUT

DSOUTI. Utilisez-vous 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**

DSOUTA. Lequel (lesquels) ? (plusieurs réponses possibles)

1. un appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale (*corset, ...*).....
 2. un appareillage des membres supérieurs
 3. un appareillage des membres inférieurs

- 1 DSCOLO
 2 DSSUP
 3 DSINF

4. un autre type d'appareillage de soutien

4 DSAUT

· Aides pour les soins personnels et la protection

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

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

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

DANUS. Utilisez-vous un anus artificiel ?

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

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

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

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

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

DSOINL. Si oui, lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

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

· Aides pour la mobilité personnelle

DAMOBL. Utilisez-vous des aides techniques pour marcher ou pour vous déplacer (cannes, fauteuil roulant...)?

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**

DAMOBA. Si oui ou besoin, lesquelles? (plusieurs réponses possibles)

1. Cannes ou béquilles
2. Canne blanche
3. Déambulateur
4. Un fauteuil roulant manuel.....
5. Un fauteuil roulant électrique
10. Autres aides techniques

- 1 DAMO1
- 2 DAMO2
- 3 DAMO3
- 4 DAMO4
- 5 DAMO5
- 10 DAMO10

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

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

- 1
- 2
- 3 ® **DALE**
- 9 ® **DALE**

DTOURA. Lesquelles? (plusieurs réponses possibles)

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

DALE. En cas de problème, quand vous êtes seul(e), avez-vous un moyen pour appeler à l'aide?

0. Sans objet : n'est jamais seul(e)
1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 0 ® **DOPTIQ**
- 1
- 2 ® **DOPTIQ**
- 9 ® **DOPTIQ**

Si oui, lequel ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
| 1. Sonnette | <input type="checkbox"/> 1 | DALE1 |
| 2. Interphone | <input type="checkbox"/> 2 | DALE2 |
| 3. Voyant lumineux..... | <input type="checkbox"/> 3 | DALE3 |
| 4. Autre (papier à la porte, frapper contre la porte....) | <input type="checkbox"/> 4 | DALE4 |

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

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

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <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 |

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

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

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

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <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 |

DMAGN. Utilisez-vous pour votre correspondance un magnétophone ?

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

DAPBRA. Avez-vous appris le braille ?

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

DLIBRA. Pratiquez-vous le braille pour la lecture ?

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

DECBRA. Pratiquez-vous l'écriture du braille ?

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

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

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

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | <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 totalement sourde (BSEN3=0) → → → → → → → → → → **DSIGNE**

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

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 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) → → → → → → → → → → **DMANIP**

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

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui, je l'utilise | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Oui, je le comprends mais je ne l'utilise pas | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Non, je ne le connais pas mais je souhaiterais l'apprendre | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Non, je ne le connais pas et je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

DAUDIO. Utilisez-vous du matériel audio-visuel adapté pour les mal-entendants? (décodeur "CEEFAX"...)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 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 des aides pour saisir ou manipuler à distance ?

(pince à long manche...)

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

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

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

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

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

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

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

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

• **Aides pour les traitements**

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

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

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

- 01. Assistance respiratoire (*respirateur, aspirateur, oxygénothérapie*).....
- 02. Traitement d'une affection circulatoire (*bas anti-œdème, compression...*)
- 03. Aide pour hernie abdominale (*bandage, contention, ...*)
- 04. Matériel de dialyse
- 05. Matériel d'injection (*pompe à perfusion, pompe à insuline, ...*).....
- 06. Matériel pour faire des examens de contrôle (*analyses de sang ou d'urines, tension artérielle, ...*)
- 07. Stimulateur cardiaque (*pacemaker*)
- 08. Stimulateur électrique anti-douleurs
- 09. Matériel anti-escarres (*coussins, matelas, ...*)
- 10. Aides techniques de rééducation
- 11. Autres aides techniques

- 01 DMAT1
- 02 DMAT2
- 03 DMAT3
- 04 DMAT4
- 05 DMAT5

- 06 DMAT6
- 07 DMAT7
- 08 DMAT8
- 09 DMAT9
- 10 DMAT10
- 11 DMAT11

• **Autres aides**

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

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

- 1
- 2 ® **mod. T**
- 8 ® **mod. T**
- 9 ® **mod. T**

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

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----
- 4. -----
- 5. -----

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

Module T : Questionnement sur les déplacements

· Module TD (déplacements hors de l'établissement)

TGENE. Dans vos déplacements hors de l'établissement (*hôpital, tribunal ...*), 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 |
| 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 |

· Module TP (permis de conduire et pratique de la conduite)

→ **Filtres** : si la personne est devenue aveugle avant l'âge de 18 ans → → → → → → **TACCES**

TPERM. Possédez-vous un permis "voiture"?

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

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

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

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

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui (permis de type F) | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Non | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. Ne sait pas. | <input type="checkbox"/> 9 |

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

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

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

Modules S : Scolarité avant et depuis l'incarcération

SLIRE1. Savez-vous lire en français ? (y compris en braille)

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

- 1[®]
SECRIR1
 2
 3
 8
 9

SLIRE2. Et dans une autre langue ?

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

- 1
 2
 3
 8
 9

SECRIR1. Savez-vous écrire en français ? (y compris en braille)

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

- 1[®] **SCOMPT**
 2
 3
 8
 9

SECRIR2. Et dans une autre langue ?

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

- 1
 2
 3
 8
 9

SCOMPT. Savez-vous compter ?

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

- 1
 2
 3
 8
 9

SDIPLO. Avez-vous obtenu un diplôme ?

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

- 1
 2[®] **SINTER**
 8[®] **SINTER**
 9[®] **SINTER**

-Si oui, quels sont les diplômes les plus élevés obtenus ?(voir carte de codes 4, code ED)

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

| |

STECED. Dans l'enseignement technique ou professionnel

| |

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

| |

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

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

- 1 ® **SINCAR**
- 2 ® **SINCAR**
- 3
- 8
- 9

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

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

- 1
- 2
- 8
- 9

SINCAR. Avez-vous du interrompre vos études en raison de votre incarcération ?

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

- 1
- 2
- 8
- 9

SETUDE. Suivez-vous actuellement des études? (y.c. cours par correspondance)

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Non, études terminées
- 8. Ne veut pas répondre.....
- 9. Ne sait pas

- 1 ® **SETU2**
- 2 ® **SNIVEA**
- 3 ® **SNIVEA**
- 8 ® **SNIVEA**
- 9 ® **SNIVEA**

SNIVEA. Niveau d'études atteint (® voir carte de codes 4, code EA).....

| | ® **Mod E**

SETU2. Est-ce ...

1. ...une formation initiale.....
2. ...une formation dans la continuité des études en cours avant l'incarcération.....
3. Autre
9. Ne sait pas

- 1
- 2
- 3
- 9

SNIVEC. Niveau des études en cours ([®] cf carte de codes 4, code EC)

| |

SMATSP. Bénéficiez-vous, pour votre scolarité, de matériel spécial ou d'une aide individualisée (lecteur, répétiteur...) en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?

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

- 0 [®] **Mod E**
- 1
- 2
- 3 [®] **Mod E**
- 8 [®] **Mod E**
- 9 [®] **Mod E**

SMATSL. De quoi bénéficiez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

1. Des répétiteurs
2. Des lecteurs
3. Une aide personnelle
4. Du matériel spécial
6. Autres

- 1 SMATSP1
- 2 SMATSP2
- 3 SMATSP3
- 4 SMATSP4
- 6 SMATSP6

Modules E : Activité avant et depuis l'incarcération

· Module E (introduction et filtrage)

EOCCUP. Quelle est votre occupation actuelle ?

1. Travaille (y compris formation professionnelle).....
2. Ne travaille pas (ou plus) actuellement

- 1 ® **EAPROF**
- 2

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

ESOUHA. Souhaiteriez-vous cependant travailler ?

1. Oui, et j'ai fait des démarches pour travailler
2. Oui, mais je n'ai pas fait de démarches pour travailler.....
3. Je ne souhaite pas travailler
4. Je suis inapte au travail pour raisons de santé
8. Ne veut pas répondre
9. Je ne sais pas

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

EANT. Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle, même s'il y a longtemps ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

- 1 ® **ECDURE**
- 2 ® **EAINAC**
- 9 ® **mod. R**

· *Exclure ici les activités purement occasionnelles, par exemple les jobs d'étudiants pendant les vacances.*

· Module EA (activité professionnelle actuelle)

EAPROF. Quelle est votre emploi actuel ? (® voir carte de codes 5)

| |

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

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

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

- 1
- 2 ® **EAANT**
- 9 ® **EAANT**

EAAM. Si oui, Comment ? (Lire la liste.Plusieurs réponses possibles)

- 1. Aide de quelqu'un
- 2. Matériel spécial ou adaptation du poste de travail
- 3. Horaire ou calendrier adapté
- 6. Bénéfice d'une formation professionnelle spécifique
- 7. Fonctions modifiées ou différentes
- 8. Possibilité de travailler dans votre cellule
- 9. Autres
- Précisez :**

- 1 EAAM1
- 2 EAAM2
- 3 EAAM3
- 6 EAAM6
- 7 EAAM7
- 8 EAAM8
- 9 EAAM9
- EAAMx**

EAANT. Avant votre incarcération, avez-vous exercé une activité professionnelle ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Ne sait pas
- Exclure ici les activités purement occasionnelles, par exemple les jobs d'étudiants pendant les vacances.*

- 1 ® **ECDURE**
- 2
- 9 ® **mod. R**

EAINAC. Si non , est-ce pour une raison de santé ?

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

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

· Module EC (activité professionnelle antérieure à l'incarcération)

ECDURE. Combien de temps avez-vous travaillé ?

| | | |
ans mois

ECESS. 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)

- 0. Sans objet (a travaillé moins de 6 mois)
- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Ne sait pas

- 0
- 1
- 2
- 9

ECCHPR. 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 [®] **ECPROF**
- 2
- 9

ECCHG. 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

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 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 privé
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 [®] **ECDATE**
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 9

ECPOSI. Quelle était la position professionnelle de votre emploi antérieur ?

- 1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.) 1
 - 2. Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ ...) 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...):
-

ECPOSx

ECPRTG. Etait-ce un emploi protégé ou réservé ?

- 1. Non, c'était un emploi ordinaire 1
- 2. Oui, c'était un emploi dans un *Centre d'aide par le travail (CAT)* 2
- 3. Oui, c'était un *autre emploi protégé* 3

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

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

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

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

Mois | | Année | | | |

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 01. Incarcération..... | <input type="checkbox"/> 01 |
| 02. Fin d'emploi à durée limitée..... | <input type="checkbox"/> 02 |
| 03. Licenciement | <input type="checkbox"/> 03 |
| 04. Démission | <input type="checkbox"/> 04 |
| 05. Préretraite (payée par les ASSEDIC ou l'entreprise)..... | <input type="checkbox"/> 05 |
| 06. Retraite, cessation d'une activité non salariée..... | <input type="checkbox"/> 06 |
| 07. Cessation d'activité suite à un accident | <input type="checkbox"/> 07 |
| 08. Cessation d'activité pour autres raisons de santé | <input type="checkbox"/> 08 |
| 09. Cessation d'activité pour raisons personnelles | <input type="checkbox"/> 09 |
| 10. Appel au service national | <input type="checkbox"/> 10 |
| 11. Autre raison | <input type="checkbox"/> 11 |
| 99. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 99 |

→ **Filtre** : si la cessation d'activité n'est pas due à un accident (ECCIRC <> 07) → → **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

RALLOC. Percevez-vous actuellement une allocation, pension, ou autre revenu en raison de vos problèmes de santé ?

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

- 1
- 2 ® **RTOTAL**
- 8 ® **RTOTAL**
- 9 ® **RTOTAL**

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

01. Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)
02. Allocation compensatrice.....
03. Garantie de Ressources
04. Pension d'invalidité versée par la caisse maladie (ou pension de substitution après 60 ans, versée par la caisse retraite), pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne
05. Rente d'incapacité liée à un accident du travail
06. Rente versée par une assurance ou une mutuelle
07. Pension militaire d'invalidité (ou pension « d'ayant-cause »).....
08. Autres

- 01 RAAH
- 02 RACTP
- 03 RGR
- 04 RPENS
- 05 RACCI
- 06 RASSUR
- 07 RMILIT
- 08 RAUTR

Précisez :

RLEKEL

RMALLO. Quel montant total avez-vous reçu de ces allocations ?

(présentez la carte 7 et inscrivez le numéro de la tranche)

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

- | |
- 98
- 99

RTOTAL. Actuellement, quel est le montant total de votre revenu cantinable (y compris les allocations, les pensions et les mandats) ?

(présentez la carte 7 et inscrivez le numéro de la tranche)

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

- | |
- 98
- 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
2. Non
8. Ne veut pas répondre
9. Ne sait pas

- 1
- 2 ® **RPJUR**
- 8 ® **RPJUR**
- 9 ® **RPJUR**

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

| | | | |

· **Module RJ (situation juridique et administrative)**

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

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

- 1
- 2 ® **REXOTM**
- 8 ® **REXOTM**
- 9 ® **REXOTM**

RPROJU. Si oui, lequel ?

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

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

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

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

- 1
- 2
- 3
- 8
- 9

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

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

- 1
- 2 ® **RETRAI**
- 8 ® **RETRAI**
- 9 ® **RETRAI**

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 une pension d') un régime complémentaire d'assurance vieillesse?

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

- 1
- 2 ® **RMIN**
- 8 ® **RMIN**
- 9 ® **RMIN**

RCOMPL. De quel régime complémentaire obligatoire de retraite dépendez-vous? (plusieurs réponses possibles)

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

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

RMIN. Percevez-vous le minimum vieillesse ?

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

- 1
- 2
- 8
- 9

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

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

- 1
- 2 ® **RCDES**
- 8 ® **RCDES**
- 9 ® **RCDES**

RCOT. Quelle décision a été rendue ? (plusieurs réponses possibles)

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

- 0 RCOT0
- 1 RCOT1
- 2 RCOT2
- 3 RCOT3
- 4 RCOT4
- 5 RCOT5
- 6 RCOT6
- 7 RCOT7
- RCOTA**
- 8 RCOT8
- 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 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
- 6. Non, à cause de mon arrestation 6
- 9. Ne sait pas 9

Si une décision positive a été rendue (RCOT= 1 à 6):

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

| | | | |

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 ?

| | | | |

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

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

RCD. Quelle décision a été rendue ? (plusieurs réponses possibles)

- 1. Reconnaissance d'un taux d'incapacité 1 RCD1
- 2. Attribution d'allocation d'éducation spéciale 2 RCD2
- 3. Orientation vers un établissement médico-éducatif 3 RCD3
- 4. Attribution d'une aide par un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD, SSES) 4 RCD4
- 5. Autre 5 RCD5
- Précisez : -----**
- 6. Aucune aide accordée 6 RCD6
- 9. Ne sait pas 9

RCDA

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

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

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

- | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Etablissement pour déficients intellectuels | <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 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Précisez : | |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

RAUTYP

RCDRES. 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 |
| 6. Non, à cause de mon arrestation | <input type="checkbox"/> 6 |
| 9. Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 9 |

Si une décision positive a été rendue (RCD=1 à 4) :

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

| | | | |

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

- Si oui, Dans quel cadre ?

	1. Oui (R) (R) 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°)	RCADR1	RTAUX1	RDATE1
- Taux d'incapacité lié à un accident du travail	RCADR2	RTAUX2	RDATE2
- Taux d'incapacité déterminé par une COTOREP ou une CDES	RCADR3	RTAUX3	RDATE3
- Taux lié à une pension militaire d'invalidité	RCADR4	RTAUX4	RDATE4
- Taux d'incapacité permanente déterminé par une société d'assurance	RCADR5	RTAUX5	RDATE5

RCARTE. Avez-vous une carte d'invalidité ? (plusieurs réponses possibles)

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

Module G : Forme générale

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 n'en éprouve pas le besoin et ça ne me manque pas
4. Non, je suis trop âgé
5. Non (*autre raison*)
9. Ne sait pas

- 1
- 2 ® **GSOMM**
- 3 ® **GSOMM**
- 4 ® **GSOMM**
- 5 ® **GSOMM**
- 9 ® **GSOMM**

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

Carte de codes 8).....

| |

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

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

• **Questions finales à la personne concernée**

IINCAR. Depuis quelle date êtes vous incarcéré(e) ? ... | | | | | | | | |

IENTRE. Date d'entrée dans cet établissement | | | | | | | | |

IPEINE. Durée de la condamnation (*cumul des peines*)

- 0. Sans objet (prévenu)
- 1. En mois
- 2. En années
- 8. Ne veut pas répondre
- 9. Ne sait pas

<input type="checkbox"/> 0	
	mois
	années
<input type="checkbox"/> 98	
<input type="checkbox"/> 99	

Personnes assistant et répondant à l'entretien**• Questions pour l'enquêteur:**

ASSIST. Quelles étaient les personnes assistant à l'entretien ? (*plusieurs réponses possibles*)

1. La personne elle-même 1
2. Un surveillant 2
3. Un personnel soignant ou éducateur 3
4. Autre (préciser)

REPQ2. Parmi les personnes assistant à l'entretien, qui a effectivement répondu au questionnaire ? (*plusieurs réponses possibles*) :

1. La personne elle-même 1
2. Un membre de l'administration 2
3. Un personnel soignant ou éducateur 3
4. Autre (préciser)

Observations :