

HANDICAP - SANTE

Volet INSTITUTIONS

Questionnaire

Enquête : octobre-décembre 2009

SOMMAIRE

STRUCTURE GÉNÉRALE DU QUESTIONNAIRE	3
PARTIE 1 : INSTITUTION	5
QUESTIONNAIRE ETABLISSEMENT (SERVICE)	5
PARTIE 2 : INDIVIDU.....	6
QUESTIONNAIRE INDIVIDU (QI)	6
TCM	6
Module B1 - Santé - Mini module européen	23
Module B2 - Santé - La carte des maladies	24
Module B3 - Santé - Recours aux soins, prévention	29
Module C - Déficiences.....	39
Module D - Aides techniques.....	59
Module E - Limitations fonctionnelles.....	65
Module F - Restrictions d'activité	70
Module G - Environnement familial et aide.....	88
Module H - Aménagements du logement	91
Module I - Accessibilité	93
Module J - Scolarité.....	99
Module K - Emploi.....	103
Module L1- Revenus-allocations	113
Module L2 - Revenus-allocations	115
Module M - Loisirs	120
Module N - Discrimination	124
Module O - Fin d'enquête.....	126
PARTIE 3 : SAISIE PAR L'ENQUÊTEUR DU QUESTIONNAIRE DONNEES DE CADRAGE	129

Structure générale du questionnaire

Données antérieures de la FA Institution:

- Le type de l'échantillon : **TYPECH**

TYPECH : 1. Echantillon principal
2. Réserve

- la catégorie de l'établissement : **TYPET**

TYPET : 1. EHPAD
2. Maisons de retraite
3. USLD
4. MAS-FAM
5. Établissements pour adultes handicapés hors MAS-FAM
6. Établissements psychiatriques
7. CHRS

- le numéro de strate de tirage l'établissement : **STRATIR**

STRATIR 11. EHPAD public
12. EHPAD privé non lucratif
13. EHPAD privé lucratif
21. Maisons de retraite public
22. Maisons de retraite privé non lucratif
23. Maisons de retraite privé lucratif
30. USLD
40. MAS-FAM (établissements pour adultes handicapés)
50. Établissements pour adultes handicapés hors MAS-FAM
61. Établissements psychiatriques : CHS-HPP
62. Établissements psychiatriques : autres établissements publics ou privés non lucratifs
63. Établissements psychiatriques : établissements privés lucratifs
64. Établissements psychiatriques : centres de post cure
70. CHRS

- le numéro de strate de l'établissement à la pré-enquête : **STRAPENQ**

STRAPENQ 11. EHPAD public
12. EHPAD privé non lucratif
13. EHPAD privé lucratif
21. Maisons de retraite public
22. Maisons de retraite privé non lucratif
23. Maisons de retraite privé lucratif
30. USLD
40. MAS-FAM (établissements pour adultes handicapés)
50. Établissements pour adultes handicapés hors MAS-FAM
61. Établissements psychiatriques : CHS-HPP
62. Établissements psychiatriques : autres établissements publics ou privés non lucratifs
63. Établissements psychiatriques : établissements privés lucratifs
64. Établissements psychiatriques : post cure
70. CHRS

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

USLD : Unité de Soins Longue Durée

MAS-FAM : Maison d'Accueil Spécialisée - Foyer d'Accueil Médicalisé

CHS-HPP : Centres Hospitaliers Spécialisés - Hôpitaux Privés faisant fonction de Public

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

- son nom : **NOMET**

- son identifiant: **IDET = N°FINES + 2 caractères**

- le nombre de lits : **CAPLITS**
- la capacité en infanto-juvénile : **CAPLITJU**
- le nombre de personnes hébergées jour et nuit lors de la pré-enquête : **NBHEBERG** (3 positions)
- le nombre de personnes hébergées jour et nuit depuis 15j lors de la pré-enquête : **NBHEBDUR** (3 positions)
- le taux de personnes hébergées jours et nuit depuis 15j lors de la pré-enquête : **TXHEBDUR** (3 positions) *(pour info : $TXHEBDUR = ((NBHEBDUR / NBHEBERG) * 100)$)*
- le taux de rotation : **TAUXROT** : prévoir 3 chiffres sans décimale : I _ I _ I (pour info : $100 - TXHEBDUR$)

- le ssech :

- 10. EHPAD
- 20. Maisons de retraite
- 30. USLD
- 40. MAS-FAM
- 50. Établissements pour adultes handicapés hors MAS-FAM
- 60. Établissements psychiatriques
- 70. CHRS

Le déroulé du questionnaire est le suivant :

Partie 1 : Institution

Questionnaire établissement (service)

Court questionnaire sur l'établissement

Sélection des individus

Tirage au sort de 6 ou 8 individus dans la liste des individus hébergés dans l'établissement

Partie 2 : Individu

Questionnaire individu (QI)

Il s'agit de l'équivalent du TCM+QI de l'enquête handicap/santé ménages. Le TCM est adapté par rapport à celui de HSM.

Partie 3 : saisie par l'enquêteur du questionnaire données de cadrage

A la fin de l'interview avec le responsable de l'établissement l'enquêteur lui laisse un court questionnaire sur chaque pensionnaire tiré au sort. Le responsable de l'établissement rendra le questionnaire rempli à l'enquêteur et ce dernier devra le recopier sous CAPI. Le questionnaire « Données de cadrage » peut être fait avant ou après le QI : il y a un bloc parallèle.

Partie 1 : INSTITUTION

QUESTIONNAIRE ETABLISSEMENT (SERVICE)

Questions à poser au référent de l'établissement (personne désignée par le gestionnaire au sein de son établissement pour les contacts avec l'enquêteur) lors de la première visite dans l'établissement.

*****Filtre : Si QUESTET=1 *****

A quelle distance approximative de l'établissement se trouvent... :

Pour l'enquêteur : présenter la carte 14, modalités des distances approximatives :

1. Dans l'institution
2. Moins de 500 mètres
3. De 500 mètres à moins de 1 km
4. De 1 à moins de 2 km
5. De 2 à moins de 5 km
6. A 5 km et plus
9. Ne sait pas

DISEQUIPA. ...la poste : I__I

DISEQUIPB. ...l'arrêt de transport en commun (y compris RER) : I__I

DISEQUIPC. ...la gare SNCF la plus proche (hors RER) : I__I

DISEQUIPD. ...le magasin d'alimentation générale le plus proche : I__I

DISEQUIPE. ...le supermarché le plus proche : I__I

DISEQUIPF. ...l'espace vert public le plus proche : I__I

DISEQUIPG. ...l'école maternelle ou primaire la plus proche : I__I

DISEQUIPH. ...l'école possédant une classe spéciale pour enfants ou adolescents handicapés la plus proche : I__I

DISEQUIPI. ...la pharmacie la plus proche : I__I

DISEQUIPJ. ...le café le plus proche : I__I

TYPVOIS. Quel est le type d'habitat au voisinage de l'établissement :

1. Maisons dispersées, hors agglomération
2. Maisons en lotissement, en quartier pavillonnaire ou en ville
3. Immeubles en ville (autres que cité ou grand ensemble)
4. Immeubles en cité ou grand ensemble
5. Habitat mixte : à la fois immeubles et maisons

ACTIVITES. Dans cet établissement, est-ce que les pensionnaires ou au moins une partie d'entre eux ont la possibilité de....

Plusieurs réponses possibles

1. Faire des courses
2. Préparer des repas
3. Faire des tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...)
4. Faire des tâches plus occasionnelles seul(e)(petits travaux, couture,...)
6. Gérer leur prise de médicaments
12. D'utiliser un ordinateur
20. Rien de tout cela

Partie 2 : Individu

QUESTIONNAIRE INDIVIDU (QI)

TCM

filtre : si APT=1 :

PRENOMV : Votre prénom est-il bien « PRENOM » ?

1. oui
2. non

Si PRENOMV=2, aller en NVPRENOM

Sinon, aller en NVNOM

NVPRENOM : quel est votre prénom ? (saisir en clair) ? _____

Fin du filtre : si APT=1 :

filtre : si APT≠1

NVPREN : En bleu à destination des enquêteurs

Quel est le prénom de la personne interrogée ? (saisir en clair)

Consigne : si le prénom est correct, valider en tapant sur « entrée ».

Cette zone peut être à blanc.

Fin du filtre : si APT≠1

Si NVPREN renseigné, affecté PRENOM par NVPREN

Pour tous

NVSEXE : En bleu à destination des enquêteurs

Quel est le sexe (de la personne interrogée ? (saisir en clair : homme ou femme)

.....

Consigne : si le sexe est correct, valider en tapant sur « entrée ».

1. masculin
2. féminin

Cette zone peut être à blanc.

Si NVSEXE renseigné, affecter SEXE=NVSEXE

NVDNAIS : En bleu à destination des enquêteurs

Quelle est la date de naissance de la personne interrogée ? : date format : JJ/MM/AAAA

Consigne : si la date de naissance est correcte, valider en tapant sur « entrée ».

Cette zone peut être à blanc.

Si NVDNAIS renseigné, affecté DATENAIS par NVDNAIS

LNAIS. PRENOM (DATENAIS) est-il(elle) né(e)

1. En France (métropole ou DOM-TOM) ?
2. A l'étranger ?

Si APTE=3, Autoriser Nsp

Filtre : Si LNAIS=1:

CCONAI. Quel est votre Commune de naissance ?

mettre une liste des communes : dans cette liste il faudrait ajouter le numéro d'arrondissement pour paris, lyon et marseille (donc mettre paris1, paris 2,... dans la liste et non pas paris)

Si APTE=3, Autoriser Nsp

Filtre : Si LNAIS=2:

PAYSNAIS. Dans quel pays ?

codage par trigram avec la table Pays
pour PAYSNAIS, modalité nsp possible

AUTLOG. Au cours des 12 derniers mois est-ce que PRENOM a résidé en dehors d'un établissement?

1. oui
2. non
9. Ne sait pas

*****Filtre : si AUTLOG =1:*****

AUTLOG1DU. Au cours des 12 derniers mois, combien de temps PRENOM a résidé ailleurs que dans un établissement (celui-ci ou un autre) ?

Instruction enquêteur : l'unité est renseignée à la question suivante |__|

AUTLOG2DU.

1. jours
2. semaine
3. mois

*****fin du Filtre : si AUTLOG =1:*****

Questions sur le couple et les enfants

*****filtre : si age>=15 : *****

COUPLE. PRENOM (DATENAIS) vit-il(elle) actuellement en couple ?

1. Oui, avec une personne qui vit dans l'établissement
2. Oui, avec une personne qui ne vit pas dans l'établissement
3. Non

Si APTE=3, Autoriser Nsp

*****Filtre : si COUPLE=1 ou 2 .*****

CDATCO. Depuis quelle année vivez-vous en couple? |__|_|__|_|

SEXECJ. Quel est son sexe ? 1. masculin 2. féminin

AGECJ. Quel âge a-t-il/elle? |__|_| ans Nsp

Si COUPLE=2

DOMCJ. Votre (son) conjoint habite dans...

1. La même rue
2. La même commune
3. Le même département

TCM

4. La même région
5. Ailleurs en France
6. A l'étranger
8. Refus
9. Ne sait pas

ACTICJ. Quelle est actuellement la situation principale de votre (son) conjoint vis-à-vis du travail ?

- ☐ 1. Occupe un emploi (y c Apprenti(e) sous contrat) rémunéré
- ☐ 2. Etudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré
- ☐ 3. Chômeur (inscrit(e) ou non à l'ANPE)
- ☐ 4. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
- ☐ 5. Femme ou homme au foyer
- ☐ 6. Autre situation (personne handicapée...)
- ☐ 9. Ne sait pas

si ne travaille pas : ACTICJ ≠ 1:

ACTPACJ. Votre (son) conjoint a-t-il(elle) déjà travaillé, même s'il y a longtemps?

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

Filtre :si la personne a déjà travaillé ou travaille : ACTICJ ou ACTPACJ = 1:

CSCJ. Votre (son) conjoint travaille t-il ou a-t-il travaillé dans son dernier emploi comme...

Présenter la carte n°11

☐ 99. Ne sait pas

Carte n°11 : carte simplifiée des CS :

code	Libellé en clair
1	Agriculteur exploitant
2	Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Artisan, commerçant
4	Profession libérale
5	Ouvrier non qualifié, ouvrier agricole
6	Ouvrier qualifié, chauffeur
7	Agent de maîtrise, contremaître
8	Technicien, dessinateur, VRP
9	Maîtrise administrative ou commerciale des entreprises
10	Profession intermédiaire de la fonction publique, instituteur, assistante sociale, infirmière
11	Cadre d'entreprise, ingénieur
12	Cadre de la fonction publique, professeur, profession intellectuelle ou artistique
13	Employé de bureau, secrétaire
14	Employé de commerce, vendeuse, personnel de service, agent d'entretien, femme de ménage, assistante maternelle
15	Employé de la fonction publique, aide soignante

*****fin du Filtre : si COUPLE=1 ou 2 :*****

ETAMATRI. Quel est l'état matrimonial légal de PRENOM (DATENAIS)?

1. Célibataire
2. Marié(e) ou remarié(e), y compris séparé(e) légalement
3. Veuf(ve)
4. Divorcé(e)

Si APTE=3, Autoriser Nsp

filtre : Pour les veufs(ves) « ETAMATRI = 3 » ne vivant pas en couple « COUPLE = 3 »:

CDATDC. En quelle année est décédé votre (son) conjoint ? ☐ Ne sait pas

Filtre : Pour les divorcé(e)s « ETAMATRI = 4 » ne vivant pas en couple « COUPLE = 3 »:

CDATSE. En quelle année a eu lieu votre (sa) séparation effective ? ☐ Ne sait pas

Filtre :Pour les célibataires ne vivant pas en couple « ETAMATRI = 1 » et « COUPLE = 3 »:

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

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

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

|__|__| num. 0 à 20 / ☐ Ne sait pas

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

|__|__| num. 0 à 20 / ☐ Ne sait pas

Filtre : si CFILS>0 ou CFILLE>0 :

Introff : Nous allons maintenant parler de vos enfants.

Prévoir en CAPI 10 enregistrements pour décrire les enfants (i.e : on peut passer au maximum 10 fois le BLOC ENFANTS)

BLOC ENFANTS

.

GESEX. Quel est son sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

Si APTE=3, Autoriser Nsp

GEAGE. Quel âge a-t-il (elle)?

|__|__| ans Autoriser Nsp

GEDOM. Habite-t-il (elle) dans...

1. dans l'établissement avec vous
2. la même rue
3. la même commune
4. le même département
5. la même région
6. ailleurs en France
7. à l'étranger
8. Refus
9. Ne sait pas

Filtre : Uniquement pour les personnes ne vivant pas en couple « COUPLE=3 » :

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

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

*****fin du filtre : si age>=15 : *****

Questions sur frères, sœurs, père et mère

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

|__|__| num. 0 à 20 / ☐ Ne sait pas

CSEUR. Combien de sœurs en vie avez-vous (a-t-il) aujourd'hui, y compris les demi-sœurs ?

|__|__| num. 0 à 20 / ☐ Ne sait pas

CPERE. Votre (son) père est-il toujours en vie ?

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

*******filtre : si CPERE=1 :*******

AGEPER. Quel âge a-t-il ? |__|__| ans ☐ Ne sait pas

DOMPER. Votre (son) père habite dans...

- 1. dans l'établissement avec vous
- 2. la même rue
- 3. la même commune
- 4. le même département
- 5. la même région
- 6. ailleurs en France
- 7. à l'étranger
- 8. Refus
- 9. Ne sait pas

ACTIPER. Quelle est actuellement la situation principale de votre (son) père vis-à-vis du travail ?

- ☐ 1. Occupe un emploi (y c Apprenti(e) sous contrat) rémunéré
- ☐ 2. Étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré
- ☐ 3. Chômeur (inscrit(e) ou non à l'ANPE)
- ☐ 4. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
- ☐ 5. Femme ou homme au foyer
- ☐ 6. Autre situation (personne handicapée...)
- ☐ 9. Ne sait pas

si ne travaille pas : ACTIPER ≠ 1:

ACTPAPER. Votre (son) père a-t-il déjà travaillé, même s'il y a longtemps?

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

Filtre :si la personne a déjà travaillé ou travaille : ACTIPER ou ACTPAPER = 1:

CSPER. Votre (son) père travaille-t-il ou a-t-il travaillé dans son dernier emploi comme...

Présenter la carte n°11 (carte simplifiée des CS)

|__|__| ☐ 99. Ne sait pas

*******fin du filtre : si CPERE=1 :*******

CMERE : Votre (sa) mère est-elle toujours en vie ?

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

*******filtre : si CMERE =1 :*******

AGEMER. Quel âge a-t-elle ? |__|__| ans NSP

DOMMER. Votre (sa) mère habite dans...

- 1. dans l'établissement avec vous
- 2. la même rue
- 3. la même commune
- 4. le même département
- 5. la même région
- 6. ailleurs en France

- 1. oui
- 2. non

Sinon :

(F2) PRENOM a-t-il(elle) déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?

- 1. oui
- 2. non
- 9. ne sait pas

F3 (F)	RECHEMPLOI Recherche d'un emploi ou d'un autre emploi
---------------	--

(F3) PRENOM cherche-t-il(elle) un (autre) emploi ?

- 1. oui, depuis moins d'un an
- 2. oui, depuis un an ou plus
- 3. non
- 9. ne sait pas

Si ACTIVANTE = 2 (n'a jamais travaillé), on passe en F28

Si ACTIVANTE = 1 (a déjà travaillé), on passe en F25

Sinon :

Les questions F4-F24 s'adressent aux personnes qui travaillent (SITUA = 1 ou 2, ou TRAVAIL = 1)

F4 (F)	STATUT Statut dans l'emploi
---------------	------------------------------------

(F4) PRENOM est-il(elle) :

- 1. salarié(e) de l'État ?
- 2. salarié(e) d'une collectivité locale, des HLM ou des hôpitaux publics ?
- 3. salarié(e) d'une entreprise, d'un artisan, d'une association ?
- 4. salarié(e) d'un particulier ?
- 5. il(elle) aide un membre de sa famille dans son travail sans être rémunéré(e) ?
- 6. chef d'entreprise salarié, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
- 7. indépendant(e) ou à son compte ?
- 9. Ne sait pas

Si STATUT = Ne sait pas → bloc G

Si STATUT ≠ 5, passer en F7

Si STATUT = 5 :

F5 (F)	AIDE1E Personne aidée dans le logement
---------------	---

(F5) La personne que PRENOM aide appartient-elle au ménage ?

- 1. oui
- 2. non

Passer en F17

STATUT ≠ 5 :

F7 (O)	PROFESSION Profession principale
---------------	---

(F7) Quelle est la profession principale de PRENOM ?

en clair (40 caractères au maximum)

Lancement de Sicore

RESULTAT DE LA VERIFICATION DU LIBELLE :

Affichage suivant le cas (les mots en gras doivent apparaissent en gras à l'écran) :

Le libellé de profession n'est **pas reconnu**.

Le libellé de profession est **imprécis** : vous pouvez éventuellement revenir sur ce libellé pour le modifier.

Le libellé de profession est **reconnu** : vous allez maintenant poser les questions utiles pour préciser l'emploi

Vous allez maintenant poser les questions utiles pour préciser l'emploi

Questionnement quand le libellé n'est pas reconnu et a été validé, ou quand l'option a été prise de poser toutes les questions

Si STATUT = 6 ou 7 (non salarié), on passe en F11. Sinon :

F8 (SO)	TYPEEMPLOI Type d'emploi
----------------	---------------------------------

(F8) Quel est le type d'emploi de PRENOM ?

1. contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
2. placement par une agence d'intérim
3. stage rémunéré en entreprise
4. emploi aidé (contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat d'avenir, contrat emploi solidarité, SEJE...)
5. autre emploi à durée limitée, CDD, contrat court, saisonnier, vacataire etc.
6. emploi sans limite de durée, CDI (y compris contrat nouvelle embauche), titulaire de la fonction publique à temps complet
7. emploi sans limite de durée, CDI (y compris contrat nouvelle embauche), titulaire de la fonction publique à temps partiel

F9 (F)	CLASSIF Classification dans l'emploi
---------------	---

(F9) Dans son emploi, PRENOM est-il(elle) classé(e) comme ...

Si STATUT = 3 ou 4 (salarié d'entreprise) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e), technicien(ne) d'atelier ?
3. technicien(ne) ?
5. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, VRP (non cadre) ?
7. ingénieur, cadre (à l'exception des directeurs généraux ou de ses adjoints directs) ?
9. employé(e) de bureau, employé(e) de commerce, personnel de services ?
10. directeur général, adjoint direct ?

Si STATUT = 1 ou 2 (salarié de l'Etat, des collectivités locales, des HLM et des hôpitaux publics) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e) ?
3. technicien(ne) ?
4. personnel de catégorie B ou assimilé ?
6. personnel de catégorie A ou assimilé ?
8. personnel de catégorie C ou D ou assimilé ?

F10(SO)	FONCTION Fonction principale
----------------	-------------------------------------

(F10) Dans son emploi, quelle est la fonction principale de PRENOM ?

1. production, chantier, exploitation
2. installation, réparation, maintenance
3. gardiennage, nettoyage, entretien ménager
4. manutention, magasinage, logistique
5. secrétariat, saisie, accueil
6. gestion, comptabilité
7. commercial, technico-commercial
8. études, recherche et développement, méthodes
9. enseignement
10. soin des personnes
11. autre fonction

on passe en F12

F11 (F)	SALARIES Nombre de salariés
----------------	------------------------------------

Si PRENOM est chef d'entreprise ou à son compte (STATUT = 6 ou 7):

(F11) Combien de salariés PRENOM emploie-t-il(elle) ?

- 0. Aucun
- 1. Moins de 10 salariés
- 2. 10 salariés ou plus
- ne sait pas

F12 (SO)	ACTIVCOD Activité économique de l'établissement
F13 (SO)	ACTIVLIB Libellé de l'activité économique de l'établissement

Quelle est l'activité de l'établissement qui emploie PRENOM ou que PRENOM dirige ?

(F12) Codification hiérarchique

Si ACTIVCOD rempli, on passe la F11. Sinon, en cas de difficulté ou d'hésitation sur la modalité à cocher, ACTIVCOD = nsp et :

(F13) Activité déclarée en clair (40 caractères au maximum)

Les questions F14 à F16 ne sont posées qu'aux personnes ayant déclaré l'agriculture comme activité

(ACTIVCOD = 1.1.1)

F14 (O)	SUPH Superficie de l'exploitation agricole
F15 (O)	SUPA Superficie en ares

(F14) Quelle est la superficie de l'exploitation de PRENOM (en hectares s.a.u.) ?/ ne sait pas

Si la superficie est inférieure à 5 ha :

(F15) Quelle est précisément la superficie en ares ?/ ne sait pas

F16 (F)	OPA Orientation des productions agricoles
---------	---

(F16) Quelle est l'orientation des productions agricoles ?

1. Polyculture (culture des terres labourables)
2. Maraîchage ou horticulture
3. Vigne ou arbres fruitiers
4. Élevage d'herbivores (bovins, ovins,...)
5. Élevage de granivores (volailles, porcins,...)
6. Polyculture – élevage
7. Élevage d'herbivores et de granivores
8. Autre

aller en F25

Si STATUT = 5 : Questions F17 à F24

F17 (O)	PROFESSION Profession principale
---------	----------------------------------

(F17) Quelle est la profession principale de la personne que PRENOM aide ?

en clair (40 caractères au maximum)

Lancement de Sicore

RESULTAT DE LA VERIFICATION DU LIBELLE :

Affichage suivant le cas (les mots en gras doivent apparaissent en gras à l'écran) :

Le libellé de profession n'est **pas reconnu**.

Le libellé de profession est **imprécis** : vous pouvez éventuellement revenir sur ce libellé pour le modifier.

Le libellé de profession est **reconnu** : vous allez maintenant poser les questions utiles pour préciser l'emploi

F18 (F)	SALARIES Nombre de salariés
---------	-----------------------------

(F18) Combien de salariés la personne aidée par PRENOM emploie-t-elle ?

- 0. Aucun
- 1. Moins de 10 salariés
- 2. 10 salariés ou plus
- 9. ne sait pas

F19 (SO)	ACTIVCOD Activité économique de l'établissement
F20 (SO)	ACTIVLIB Libellé de l'activité économique de l'établissement

Quelle est l'activité de l'établissement que dirige la personne aidée par PRENOM ?

(F19) Codification hiérarchique

Si ACTIVCOD rempli, on passe la F20. Sinon, en cas de difficulté ou d'hésitation sur la modalité à cocher,

TCM

ACTIVCOD = nsp et :

(F20) Activité déclarée en clair (40 caractères au maximum)

Les questions F21 à F23 sont posées aux personnes ayant déclaré une activité agricoles (ACTIVCOD = 1, 11 ou 111).

Sinon, on passe en F24

F21 (O)	SUPH Superficie de l'exploitation agricole
F22 (O)	SUPA Superficie en ares

(F21) Quelle est la superficie de l'exploitation de la personne que PRENOM aide (en hectares s.a.u.) ?

...../ne sait pas

Si la superficie est inférieure à 5 ha :

(F22) Quelle est précisément la superficie en ares ?

...../ne sait pas

F23 (F)	OPA Orientation des productions agricoles
----------------	--

(F23) Quelle est l'orientation des productions agricoles ?

- Polyculture (culture des terres labourables)
- Maraîchage ou horticulture
- Vigne ou arbres fruitiers
- Élevage d'herbivores (bovins, ovins,...)
- Élevage de granivores (volailles, porcins,...)
- Polyculture – élevage
- Élevage d'herbivores et de granivores
- Autre

F24 (F)	AFTYPTRAV Type de travail de l'aide familial
----------------	---

(F24) PRENOM fait-il(elle) un travail de secrétariat, de vente ou de comptabilité ?

- 1. oui
- 2. non
- ne sait pas

Les questions F25-F27 sont à poser aux personnes qui ne travaillent pas actuellement mais ont déjà travaillé (ACTIVANTE=1). Sinon on passe en F28.

F25 (F)	STATUTANTE Statut dans le dernier emploi
----------------	---

(F25) Dans son dernier emploi, PRENOM était-il(elle) :

- 1. salarié(e) de l'État ?
- 2. salarié(e) d'une collectivité locale, des HLM ou des hôpitaux publics ?
- 3. salarié(e) d'une entreprise, d'un artisan, d'une association ?
- 4. salarié(e) d'un particulier ?
- 5. il(elle) aidait un membre de sa famille dans son travail sans être rémunéré(e) ?
- 6. chef d'entreprise salarié, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
- 7. indépendant(e) ou à son compte ?
- 8. ne sait pas

Si STATUTANTE = Ne sait pas → Bloc G:

F26 (O)	PROFESSANTE Dernière profession exercée
----------------	--

Si STATUTANTE ≠ 5 :

(F26) Quelle était la dernière profession de PRENOM ?

en clair (40 caractères au maximum)/ne sait pas

Si STATUTANTE = 5 :

(F26) Quelle était la profession de la personne que PRENOM aidait ?

en clair (40 caractères au maximum)/ne sait pas

Lancement de Sicore

RESULTAT DE LA VERIFICATION DU LIBELLE :

Affichage suivant le cas (les mots en gras doivent apparaissent en gras à l'écran) :

Le libellé de profession n'est **pas reconnu**.

Le libellé de profession est **imprécis** : vous pouvez éventuellement revenir sur ce libellé pour le modifier.

Le libellé de profession est **reconnu** : vous allez maintenant poser les questions utiles pour préciser l'emploi

Si STATUTANTE = 5 à 7 (non salarié) : on passe en F28

Si STATUTANTE = 1 à 4 (salarié) :

F27 (F)	CLASSIFANTE Classification dans le dernier emploi
----------------	--

(F27) Dans son dernier emploi, PRENOM était-il(elle) classé(e) comme ...

Si STATUTANTE = 3 ou 4 (salarié d'entreprise) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e), technicien(ne) d'atelier ?
3. technicien(ne) ?
5. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, VRP (non cadre) ?
7. ingénieur, cadre (à l'exception des directeurs généraux ou de ses adjoints directs) ?
9. employé(e) de bureau, employé(e) de commerce, personnel de services ?
10. directeur général, adjoint direct ?

Si STATUTANTE = 1 ou 2 (salarié de l'Etat, des collectivités locales, des HLM et des hôpitaux publics) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e) ?
3. technicien(ne) ?
4. personnel de catégorie B ?
6. personnel de catégorie A ?
8. personnel de catégorie C ou D ?
99. ne sait pas

Les questions F28-F30 sont à poser aux personnes ayant un(e) conjoint(e) décédé(e) (ETAMATRI = 3)

Si non concerné , on passe au Bloc G

F28 (F)	STATUTCD Statut dans l'emploi du conjoint (ou de la conjointe) décédé(e)
----------------	---

(F28) Le conjoint (la conjointe) de PRENOM était-il(elle) :

1. salarié(e) de l'Etat ?
2. salarié(e) d'une collectivité locale, des HLM ou des hôpitaux publics ?
3. salarié(e) d'une entreprise, d'un artisan, d'une association ?
4. salarié(e) d'un particulier ?
5. il(elle) aidait un membre de sa famille dans son travail sans être rémunéré(e) ?
6. chef d'entreprise salarié, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e) ?
7. indépendant(e) ou à son compte ?
0. sans objet (n'a jamais travaillé, invalide,...)
9. ne sait pas

Si STATUTCD = 0 ou Ne sait pas → on passe au Bloc G. Sinon :

F29 (O)	PROFESSCD Profession principale du conjoint (de la conjointe) décédé(e)
----------------	--

Si STATUTCD ≠ 5 :

(F29) Quelle était la profession principale du conjoint (de la conjointe) de PRENOM ?

en clair (40 caractères au maximum)/ne sait pas

Si STATUTCD = 5 :

(F29) Quelle était la profession principale de la personne que le conjoint (la conjointe) de PRENOM aidait ?

en clair (40 caractères au maximum)/ne sait pas

Lancement de Sicore

RESULTAT DE LA VERIFICATION DU LIBELLE :

Affichage suivant le cas (les mots en gras doivent apparaissent en gras à l'écran) :
 Le libellé de profession n'est **pas reconnu**.
 Le libellé de profession est **imprécis** : vous pouvez éventuellement revenir sur ce libellé pour le modifier.
 Le libellé de profession est **reconnu** : vous allez maintenant poser les questions utiles pour préciser l'emploi

Si STATUTCD = 5 à 7 (non salarié) : on passe au Bloc G
 Si STATUTCD = 1 à 4 (salarié) :

F30 (F)	CLASSIFCD Classification dans l'emploi du conjoint (de la conjointe) décédé(e)
----------------	---

(F30) Dans son emploi, le conjoint (la conjointe) de PRENOM était-il(elle) classé(e) comme ...

Si STATUTCD = 3 ou 4 (salarié d'entreprise) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e), technicien(ne) d'atelier ?
3. technicien(ne) ?
5. agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, VRP (non cadre) ?
7. ingénieur, cadre (à l'exception des directeurs généraux ou de ses adjoints directs) ?
9. employé(e) de bureau, employé(e) de commerce, personnel de services ?
10. directeur général, adjoint direct ?

Si STATUTCD = 1 ou 2 (salarié de l'Etat, des collectivités locales, des HLM et des hôpitaux publics) :

1. manœuvre ou ouvrier(e) spécialisé(e) ?
2. ouvrier(e) qualifié(e) ou hautement qualifié(e) ?
3. technicien(ne) ?
4. personnel de catégorie B ?
6. personnel de catégorie A ?
8. personnel de catégorie C ou D ?
99. ne sait pas

FINF	Fin de la description de l'activité professionnelle
-------------	--

Bloc G Ressources culturelles : questions du TCM standard avec une seule personne à interroger

OPTION_NATIOPM = 2 : pas de questions sur la nationalité du père ni de la mère

DEBUTG	Début de la description des ressources culturelles
---------------	---

Nous allons maintenant parler de la nationalité et de la formation de PRENOM (DATENAIS)

Pour l'enquêteur : appuyer sur 1 (OK) pour continuer

G1 (F)	NATIO1N Indicateur de nationalité
G2 (SO)	NATIO2N Nationalité

(G1) PRENOM est-il(elle)

- 1. Français(e) de naissance, y compris par réintégration ?
- 2. Français(e) par naturalisation, mariage, déclaration ou option à sa majorité ?
- 3. Etranger(e) ?
- 4. Apatride ?

Deux réponses possibles (1 et 3, ou 2 et 3)

Si NATIO1N ≠ 3, aller en G3. Si NATIO1N = 3 (étranger(e)) :

(G2) Quelle est la nationalité de PRENOM ?

codification par trigram avec la table Nationalité. Plusieurs réponses possibles

Si APTE=3, Autoriser Nsp

G9 (F)	ETUDES Études en cours
---------------	-------------------------------

(G9) PRENOM est-il(elle) inscrit(e) dans un établissement d'enseignement (y compris cours par correspondance ou apprentissage, enseignement spécial : IMP, IMPRO, IME, ITEP,...) ?

Instruction enquêteur : cocher la modalité de réponse OUI si l'enfant est en enseignement spécial (IMP, IMPRO, IME, ITEP) même si l'enfant suit un apprentissage élémentaire plutôt qu'une scolarisation (ex : cas des enfants ayant un handicap intellectuel important)

0. N'a jamais été inscrit dans un établissement d'enseignement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap => aller à RSAL

1. Oui

2. Non

8. Ne sait pas (autoriser si APTE= 2 ou 3) → DIPLOME

Si ETUDES = 2 (non), on passe à G11. Si ETUDES = 1 (Oui) :

G10 (F)	FORMINIT Formation initiale
----------------	------------------------------------

(G10) Est-ce dans le cadre de sa formation initiale ?

(on entend par formation initiale les études effectuées en école supérieure, université, lycée, collège, centre de formation d'apprentis, ou école primaire, sans interruption de plus d'un an)

- 1. oui
- 2. non, dans le cadre d'une formation après une interruption des études de plus d'un an
- 8. ne sait pas

Si FORMINIT= 1 (formation initiale), on passe à G13. Sinon :

G11 (O)	ANFINETU Année de fin d'études initiales
G12 (O)	AGFINETU Age de fin d'études initiales

(G11) En quelle année PRENOM (DATENAIS) a-t-il(elle) terminé ses études initiales ?

- 0. pas de scolarisation

Si ANFINETU = 0, AGFINETU=00 et SCOLARITE = 1, on passe au bloc H.

Sinon : (de 1880 à 2010)

AGFINETU est calculé automatiquement : = ANFINETU - ANAIS

Si ne sait pas à ANFINETU :

(G12) A quel âge PRENOM (DATENAIS) a-t-il(elle) terminé ses études initiales ? de 01 à 99 - Autoriser

Nsp

Contrôle : avertissement actif si AGFINETU < 0 ou >40

G13 (F)	DIPLOME	Niveau du diplôme
G14 (F)	SCOLARITE	Scolarité
G15 (F)	DIPLOM1E	Diplôme de niveau CAP
G16 (F)	DIPLOM2E	Diplôme de niveau Bac
G17 (F)	DIPLOM3E	Diplôme de niveau Bac+2
G18 (F)	DIPLOM4E	Diplôme de niveau supérieur à Bac+2

(G13) Quels sont les diplômes de PRENOM ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Aucun diplôme

(G14)

si FORMINIT = 1 : **Quel est le niveau d'études de PRENOM ?**

sinon : **Jusqu'où PRENOM a-t-il(elle) poursuivi sa scolarité ?**

- 1 Pas de scolarisation, mais alphabétisation, apprentissage du français
- 2 Sclolarité en école primaire
- 3 Sclolarité au collège (de la 6è à la 3è)
- 4 Sclolarité au-delà du collège
- 5 Aucun diplôme, sans autre indication
- 2
 - 1 CEP (certificat d'études primaires) ou diplôme étranger de même niveau
- 3
 - 1 Brevet des collèges, BEPC, brevet élémentaire ou diplôme étranger de même niveau
- 4 CAP, BEP ou diplôme de ce niveau

(G15) Précisez quel CAP, BEP ou diplôme de ce niveau a été obtenu (Plusieurs réponses possibles)

 - 1 CAP, CAPA, mention complémentaire au CAP
 - 2 BEP, BEPA, mention complémentaire au BEP
 - 3 Autres diplômes et titres de niveau CAP ou BEP : brevet de compagnon, aide soignante, auxiliaire de vie, titre AFPA 1er degré,....
 - 4 Ne sait pas quel diplôme de niveau CAP ou BEP
- 5 Baccalauréat technologique ou professionnel ou diplôme de ce niveau

(G16) Précisez quel baccalauréat technologique, professionnel ou diplôme de ce niveau a été obtenu (Plusieurs réponses possibles)

 - 1 Baccalauréat technologique (séries F, G, H, SMS, STI, STL, STT)
 - 2 Baccalauréat professionnel
 - 3 Brevet professionnel ou de technicien ou de maîtrise, BEA, BEC, BEI, BEH, BSEC
 - 4 Ne sait pas quel diplôme de niveau baccalauréat technologique ou professionnel
- 6
 - 1 Baccalauréat général (séries A, B, C, D, E, ES, L, S), brevet supérieur, capacité en droit, DAEU, ou diplôme étranger de même niveau
- 7 Diplôme de niveau Bac + 2

(G17) Précisez quel diplôme de niveau Bac+2 a été obtenu (Plusieurs réponses possibles)

 - 1 Diplôme de 1^{er} cycle universitaire
 - 2 BTS, DUT, DEUST ou équivalent
 - 3 Diplôme des professions sociales et de la santé de niveau bac+2 (infirmière,...)
 - 4 Ne sait pas quel diplôme de niveau Bac+2
- 8 Diplôme de niveau supérieur à Bac + 2

(G18) Précisez quel diplôme de niveau supérieur à Bac+2 a été obtenu (Plusieurs réponses possibles)

 - 1. Diplôme de 2è cycle universitaire (licence, maîtrise)
 - 2. Diplôme d'une grande école (ingénieur, commerce...)
 - 3. Diplôme de 3è cycle universitaire (DES, DEA, DESS, master), doctorat (médecine, pharmacie, dentaire)
 - 4 Autre doctorat de 3è cycle universitaire hors professions de santé
 - 5 Ne sait pas quel diplôme de niveau supérieur à Bac+2

99ne sait pas

FIN	Fin de la description des ressources culturelles
-----	--

Bloc I Revenus

Filtre pour l'ensemble du bloc revenus : si la personne a moins de 18 ans (age<18) ou si proxy non familial (si PLIEN = 1, 2, 3, 8, 9) : passer directement au module B1

Si la personne ne vit pas en couple (si COUPLE=3)

Nous allons maintenant parler de VOS ressources.

PERCEVEZ-VOUS les ressources suivantes

Si la personne vit en couple (COUPLE=1 ou 2)

Nous allons maintenant parler de VOS ressources et DE CELLES DE VOTRE CONJOINT.

PERCEVEZ-VOUS, VOUS OU VOTRE CONJOINT, les ressources suivantes :

I1(F)	RSAL	Salaires, traitements, primes
I2 (F)	RNSAL	Revenus d'une activité professionnelle non salariée (indépendant, profession libérale)
I3 (F)	RCHO	Allocations de chômage
I4 (F)	RRET	Retraites, préretraites
I5 (F)	RMAL	Prestations liées à la maladie ou l'invalidité
I6 (F)	RFAM	Prestations familiales et bourses
I7 (F)	RLOG	Allocations logement, aide au logement
I8 (F)	RRMI	RMI
I9 (F)	RIMM	Loyers et fermages
I10 (F)	RFIN	Intérêts, revenus d'épargne, dividendes
I11 (F)	RTRA	Pensions alimentaires, aides reçues des parents, de la famille ou des amis
I12 (F)	TYPTRA	Type d'aides reçues

(I1) Y-a-t-il actuellement, dans votre ménage, une ou plusieurs personnes qui perçoivent les ressources suivantes :

o **(I1) Salaires, traitements et primes ?**

y compris 13ème mois, congés payés, heures supplémentaires, indemnités journalières, rémunération des emplois temporaires, des activités secondaires, salaires des dirigeants salariés de leur entreprise, intéressements et participations.

o **(I2) Revenus d'une activité professionnelle non salariée (indépendant, profession libérale...) ?**

o **(I3) Allocations de chômage ?**

o **(I4) Préretraites, retraites ?**

y compris minimum vieillesse, pension d'ancien combattant, pension de réversion

o **(I5) Prestations liées à la maladie ou l'invalidité ?**

AAH, pension invalidité, allocations liées à la dépendance, indemnités journalières...

o **(I6) Prestations familiales et bourses ?**

allocations familiales, complément familial, allocation pour jeune enfant, aides à la garde d'enfants, allocation parent isolé, allocation de soutien familial, allocation parentale d'éducation, allocation de rentrée scolaire, bourse d'études...

o **(I7) Allocations logement, aide au logement ?**

o **(I8) RMI ?**

o **(I9) Loyers et fermages ?**

si vous avez des maisons ou des terres que vous louez

o **(I10) Intérêts, revenus d'épargne, dividendes ?**

que peuvent vous procurer vos livrets d'épargne comme le livret A, PEL, PEP, Codevi par exemple

Pour chaque type de revenus :

- 1. oui
- 2. non
- 8. refus
- 9. ne sait pas

o (I11) Pensions alimentaires, aides financières régulières des parents, de la famille ou des amis, y compris paiement du loyer, direct ou indirect ?

- 1. oui
- 2. non
- 8. refus
- 9. ne sait pas

Si RTRA = 1 (oui)

(I12) De quels types d'aides s'agit-il ? (Plusieurs réponses possibles)

1. le paiement (direct ou indirect) du loyer
2. une pension alimentaire
3. une autre aide financière régulière

I13(F)	TOTREVEN Revenu mensuel moyen (montant) UM Unité monétaire
--------	---

Si la personne ne vit pas en couple, (si COUPLE=3)

(I13) En prenant en compte tous les types de revenus que vous venez de mentionner, quel est actuellement le montant mensuel de VOS ressources ?

Si la personne vit en couple (si COUPLE=1 ou 2)

(I13) En prenant en compte tous les types de revenus que vous venez de mentionner, quel est actuellement le montant mensuel de vos ressources (y compris celles de votre conjoint) ?

Il s'agit du revenu net (de cotisations sociales et de C.S.G.) avant impôts.

Si les revenus sont fluctuants, prendre une moyenne

montant :(de 1 à 99 999)

☐ Refus

☐ Ne sait pas

unité monétaire : 1. euros

2. francs

I14(F)	ITOTREV Indicateur d'exhaustivité du revenu
--------	---

Si la personne ne vit pas en couple, (si COUPLE=3)

Ce montant prend-il en compte tous VOS revenus ?

Si la personne vit en couple (si COUPLE=1 ou 2)

Ce montant prend-il en compte tous VOS revenus et ceux de votre conjoint ?

- 1. oui
- 2. non

Si ITOTREV = 1, aller en I16.

Sinon :

I15(F)	TRANCHRE Revenu mensuel moyen (tranche)
--------	---

Si vous ne pouvez pas donner un montant précis de ces ressources, à combien environ les estimez-vous pour un mois ordinaire? Tendre la carte n°0

Il s'agit du revenu net (de cotisations sociales et de C.S.G.) avant impôts

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| • 1. à moins de 400 € | (à moins de 2 600 F) |
| • 2. de 400 € à moins de 600 € | (de 2 600 F à moins de 3 900 F) |
| • 3. de 600 € à moins de 800 € | (de 3 900 F à moins de 5 200 F) |
| • 4. de 800 € à moins de 1 000 € | (de 5 200 F à moins de 6 600 F) |
| • 5. de 1 000 € à moins de 1 200 € | (de 6 600 F à moins de 7 900 F) |
| • 6. de 1 200 € à moins de 1 500 € | (de 7 900 F à moins de 9 800 F) |
| • 7. de 1 500 € à moins de 1 800 € | (de 9 800 à moins de 11 800 F) |
| • 8. de 1 800 € à moins de 2 000 € | (de 11 800 F à moins de 13 100 F) |
| • 9. de 2 000 € à moins de 2 500 € | (de 13 100 F à moins de 16 400 F) |
| • 10. de 2 500 € à moins de 3 000 € | (de 16 400 F à moins de 19 700 F) |
| • 11. de 3 000 € à moins de 4 000 € | (de 19 700 à moins de 26 200 F) |
| • 12. de 4 000 € à moins de 6 000 € | (de 26 200 à moins de 39 400 F) |
| • 13. de 6 000 € à moins de 10 000 € | (de 39 400 F à moins de 65 600 F) |
| • 14. à 10 000 € ou plus | (à 65 600 F ou plus) |
| • 98. refus | |
| • 99. ne sait pas | |

Contrôle bloquant : si TOTREVEN et TRANCHRE déclarés, vérifier que TOTREVEN est inférieur ou égal à la borne supérieure de TRANCHRE. Si ce n'est pas le cas, message bloquant « Le revenu déclaré est supérieur à la tranche déclarée » Corriger.

Contrôle non bloquant : si TOTREVEN ou TRANCHRE remplis et tous les types RSAL etc. = 2, message "Un montant de ressources est déclaré sans mention de la nature des revenus. Confirmer ou corriger"
Si non, revenir à la question correspondante, corriger et relancer la confirmation

I6(F)	CONFREV Confirmation du revenu déclaré
-------	--

Si la personne ne vit pas en couple (si COUPLE=3)

Vous avez donc comme ressources TOTREVEN!!UM (ou, suivant la réponse précédente, TRANCHRE) par mois. Etes-vous d'accord?

Si la personne vit en couple (si COUPLE=1 ou 2)

Votre conjoint et vous-même avez donc comme ressources TOTREVEN!!UM (ou, suivant la réponse précédente, TRANCHRE) par mois. Etes-vous d'accord?

1. oui
2. non

FINI	Fin de la description des revenus
------	-----------------------------------

Pour l'enquêteur : appuyer sur 1 (OK) pour continuer
Le TCM est terminé.

Module B1 - Santé - Mini module européen

Intro1 : Nous allons maintenant parler de votre santé

BSANTE. Comment est votre état de santé en général ?

lire les modalités de réponse

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
8. Refus
9. Ne sait pas

BCHRO. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

Instruction enquêteur : Une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer pendant une période de 6 mois au moins.

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

BLIMI. Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

1. Oui, fortement limité
2. Oui, limité(e), mais pas fortement
3. Non, pas limité du tout
8. Refus
9. Ne sait pas

Filtre : si la personne est une femme de 16 à 50 ans :

BGROSS. Êtes-vous enceinte actuellement ?

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

Module B2 - Santé - La carte des maladies

Présenter la CARTE n°1 du cahier des cartes

BMALA. Avez-vous ou avez-vous déjà eu une de ces maladies ou problèmes de santé ?

Instruction enquêteur : il n'y a pas de période de référence : il faut donc noter toutes les maladies que la personne a déjà eues

☐ Refus

☐ Ne sait pas

Si aucune de ces maladies ou problèmes de santé, refus ou ne sait pas, passer à la question

BSYMP1T

La carte s'affiche sous CAPI et l'enquêteur coche les maladies citées et si les maladies citées sont 21, 49, 50 ou 51 l'enquêteur note en plus le libellé de la maladie.

Maladies ou problèmes cardio-vasculaires

1 : Infarctus du myocarde

2 : Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor (hors infarctus du myocarde)

3 : Hypertension artérielle

4 : Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)

5 : Insuffisance cardiaque

6 : Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)

7 : Varices, ulcères variqueux, insuffisance veineuse

8 : Troubles du rythme

9 : Hémorroïdes

Cancer(s)

10 : Cancer (toutes les tumeurs malignes y compris les leucémies et les lymphomes)

Maladies respiratoires

11 : Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)

12 : Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème

13 : Rhinite allergique (rhume des foins), conjonctivite allergique

Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations

14 : Lombalgies (douleurs des reins) et autres atteintes chroniques du dos

15 : Cervicalgies (douleurs du cou) et autres anomalies cervicales chroniques

16 : Scoliose, cyphose, déformations de la colonne vertébrale

17 : Polyarthrite rhumatoïde

18 : Autres arthrites (inflammation des articulations)

19 : Arthrose du genou (dégénérescence des articulations)

20 : Arthrose de la hanche

21 : Arthrose autres localisations

22 : Ostéoporose

Maladies ou problèmes digestifs

23 : Ulcère de l'estomac ou du duodénum

24 : Cirrhose du foie, maladie chronique du foie

25 : Allergies alimentaires

Maladies endocriniennes et métaboliques

26 : Diabète

27 : Problèmes thyroïdiens (hyperthyroïdie, hypothyroïdie, goitre)

Maladies ou problèmes neurologiques

28 : Maux de têtes importants, migraines

29 : Épilepsie

30 : Maladie d'Alzheimer et autres maladies du même type

31 : Maladie de Parkinson

32 : Sclérose en plaque

Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

33 : Anxiété chronique

34 : Dépression chronique

35 : Autisme

36 : Schizophrénie

37 : Trisomie 21

Maladies ou problèmes urinaires ou génitaux

38 : Incontinence urinaire (fuites urinaires)

39 : Calcul urinaire

40 : Cystites, infections urinaires fréquentes

41 : Adénome de la prostate

Maladies ou problèmes de peau

42 : Psoriasis

43 : Allergies cutanées, eczéma,

44 : Escarres

Maladies ou problèmes oculaires

45 : Cataracte

46 : Glaucome

47 : Strabisme

Autres maladies

48 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident

49 : Autres troubles neurologiques

50 : Autres troubles psychiques ou mentaux

51 : Autre(s) maladie(s) (exemple : maladies génétiques...)

52 : Aucune maladie ou problème de santé**Filtre : Si BMALA=21 :****B21MP** Précisez les autres localisations 50 caractères**Filtre : Si BMALA=49 :****B49MP** Précisez les autres troubles neurologiques 50 caractères**Filtre : Si BMALA=50 :****B50MP** Précisez les autres troubles psychiques ou mentaux 50 caractères**Filtre : Si BMALA = 51 :** (maximum de 10 maladies complémentaires)

Boucle j allant de 1 à 10 maximum

BAUTM. Précisez ... 1^{ère} maladie 50 caractères**BSUIT. Autre maladie à déclarer**

Oui -> incrémenter j

Non -> sortie de la boucle

Puis pour chaque maladie citée (BMALA et BAUTM) poser les questions " MEDD"- " DERM"- « TRAIT » et les questions complémentaires le cas échéant (ex : pour la maladie diabète poser MEDD, DERM, TRAIT puis BADIA, BTDIA et BANN)

(Les blocs de questions complémentaires sont sur cette page et les suivantes, sauf celles sur le cancer qui sont intégrées dans ce bloc pour tenir compte de l'ordre des questions à poser)

MEDD. Est-ce un médecin qui a posé ce diagnostic ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

DERM. Avez-vous ou avez-vous eu cette maladie au cours des 12 derniers mois ?

Instruction enquêteur pour le cancer: si la personne est en rémission d'un cancer depuis un an ou plus, indiquer que la personne n'a pas eu la maladie depuis 12 mois

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Pour les personnes ayant déclaré un cancer (BMALA=10 dans la carte des maladies): on pose BCANL et BCANA, sinon on passe à TRAIT

BCANL. Quelle est la localisation de ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Poumon
2. ☐ Prostate
3. ☐ Sein
4. ☐ Colon, rectum
5. ☐ Peau
6. ☐ Rein, vessie
7. ☐ Gorge, larynx, bouche
8. ☐ Sang (lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin, myélome...)
9. ☐ Uterus
10. ☐ Autre

BCANA. Quel âge aviez-vous lorsqu'il a été diagnostiqué ? (Si vous avez eu plusieurs cancers, nous parlons du dernier que vous avez eu)

L'âge de /___/___/ an(s) contrôle : la réponse doit être <= âge de la personne

- ☐ Refus
☐ Ne sait pas

TRAIT. Avez-vous été traité pour cette maladie au cours des 12 derniers mois ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Début des blocs de questions complémentaires

FILTRE : Pour les personnes ayant déclaré une blessure ou séquelle permanente causée par un accident (BMALA=48 dans la carte des maladies) :

BMTC. S'agit-il de séquelles d'un traumatisme crânien ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Pour les personnes ayant déclaré une cataracte (BMALA=45 dans la carte des maladies) :

BCATA. Avez-vous été opéré(e) ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Pour les personnes ayant déclaré un diabète (BMALA=26 dans la carte des maladies):

Instruction enquêteur : ne pas comptabiliser les diabètes insipides :

Il s'agit de prendre en compte la forme classique de diabète ou diabète sucré qui peut également être appelé diabète de type 1, ou diabète de type 2, ou diabète gras, ou diabète secondaire. Par contre, si une personne précise d'elle-même qu'elle est atteinte d'un diabète INSIPIDE : décocher **BMALA=26**.

BADIA. Quel âge aviez-vous lorsqu'un médecin vous a dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?

L'âge de /___/___/ an(s) contrôle : la réponse doit être <= âge de la personne

☐ Refus

☐ Ne sait pas

BTDA. Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par des INJECTIONS D'INSULINE ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

8. ☐ Refus

9. ☐ Ne sait pas

Si Oui :

BANN. Depuis combien d'années ? /___/___/ année(s) ☐ Ne sait pas

contrôle : la réponse doit être <= âge de la personne

FILTRE : Pour les personnes ayant déclaré un accident vasculaire cérébral (BMALA=4 dans la carte des maladies):

BACV. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu cet (si plusieurs : le dernier) accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale) ?

L'âge de /___/___/ an(s) contrôle : la réponse doit être <= âge de la personne

☐ Refus

☐ Ne sait pas

BACVS. Avez-vous encore actuellement des séquelles de cet (ou ces si plusieurs) accident(s) ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

8. ☐ Refus

9. ☐ Ne sait pas

Si Oui (si BACVS=1) : BACVSQ. Lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Hémiplégie ou hémi parésie (paralyse complète ou partielle d'un membre supérieur et d'un membre inférieur d'un même côté)

2. ☐ Paralyse d'un seul membre

3. ☐ Tétraplégie (paralyse des 4 membres)

4. ☐ Troubles de l'équilibre

5. ☐ Troubles sensitifs

6. ☐ Troubles du langage, de la parole, difficultés à articuler, à prononcer les mots (aphasie, dysarthrie)

7. ☐ Troubles visuels

8. ☐ Troubles de la déglutition (avaler de travers, faire des "fausses routes")

9. ☐ Troubles de la conscience

10. ☐ Troubles de la mémoire

11. ☐ Incontinence urinaire

12. ☐ Autre :

Si Autre (si BACVSQ=12), BACVSP. Précisez : 50 caractères

Fin des blocs de questions complémentaires

A ce stade on a fini les questions posées maladie par maladie

Filtre : Si la personne travaille (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1) ou si la personne a travaillé dans le passé (ACTIVANTE=1) et si la personne a déclaré au moins une maladie à la question BMALA BMP. Est ce que l'une de vos maladies a été reconnue comme une maladie professionnelle ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si BMP=1:

Si oui, laquelle?

BM1P. |_|_| numéro de 1 à 51

pour les modalités 49, 50, et 51, présenter les modalités de la façon suivante :

49. Autres troubles neurologiques : « afficher le trouble cité en B49MP »

50. Autres troubles psychiques ou mentaux : « afficher le trouble cité en B50MP »

51. Autres maladies. « afficher toutes les maladies citées en BAUTM »

On prévoit au plus 2 maladies professionnelles

Fin du Filtre : Si la personne travaille (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1 ou si la personne a travaillé dans le passé (ACTIVANTE=1)

Questions posées à tous :

Avez-vous eu de manière répétée au cours des 12 derniers mois... instruction enquêteur : si la personne répond OUI vérifier que la personne a bien les symptômes de manière répétée	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas
BSYMP1T ... des troubles du sommeil?.....	_
BSYMP2T ... de la fatigue?.....	_
BSYMP3T ... un manque d'appétit ou de l'anorexie ou de la boulimie?.....	_
BSYMP4T ... des brûlures d'estomac, reflux gastrique ou œsophagien?.....	_
BSYMP5T ... des palpitations, tachycardie?.....	_
BSYMP6T ... des malaises, étourdissements, vertiges, éblouissements (voir des étoiles) ?.....	_
BSYMP7T ... des essoufflements (difficultés à respirer) ?.....	_
BSYMP8T ... des colites, douleurs intestinales chroniques, constipation ?...	_
BSYMP9T ... du stress?.....	_
BSYMP10T... un autre symptôme?.....	_

Filtre : si BSYMP10T=Oui :

BSYMP10TQ. Lequel ? (libellé en clair) | _____ | 50 caractères

Module B3 - Santé - Recours aux soins, prévention

Santé bucco-dentaire

BSBD1. Diriez-vous que votre état dentaire (bouche, dents, gencives) est ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Très bon
2. ☐ Bon
3. ☐ Moyen
4. ☐ Mauvais
5. ☐ Très mauvais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si la personne a au moins 5 ans (si AGE >= 5 ans) :

BSBD2. Avez-vous ?

lire les modalités de réponse

(ne pas poser les modalités 3 et 4 si 5 <= AGE <= 15)

1. ☐ Toutes vos dents intactes
2. ☐ Toutes vos dents dont certaines ont été traitées ou remplacées
3. ☐ Perdu une partie de vos dents, il en reste cependant assez pour mastiquer sans prothèse dentaire (ne pas prendre en compte les dents de sagesse ou de lait)
4. ☐ Perdu toutes vos dents ou presque
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si la personne a au moins 18 ans et n'a pas perdu toutes ses dents (si AGE>=18 ans et BSBD2<>4) :

BSBD3. Êtes-vous concerné par l'un des problèmes de dents suivants ?

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. ☐ Caries non traitées
2. ☐ Déchaussement des dents
3. ☐ Abscès dentaires fréquents
4. ☐ Aucun d'entre eux
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Accidents de la vie courante

BAVC1. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents ou traumatismes ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ? (tel qu'un médecin, un pharmacien, une infirmière, un kinésithérapeute...) :

1. ☐ Oui..... -> passer à BAVC2
2. ☐ Non..... -> passer à BGEN
8. ☐ Refus..... -> passer à BGEN
9. ☐ Ne sait pas..... -> passer à BGEN

Concernant le **dernier accident ou traumatisme** :

Filtre : Si la personne travaille (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1) ou si la personne a travaillé dans le passé (ACTIVANTE=1) :

BAVC2. S'agit-il d'un accident du travail, reconnu comme tel ? (y compris les accidents de trajet)

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
3. ☐ Absence d'activité professionnelle au cours des 3 derniers mois
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BAVC3. Où a eu lieu cet accident ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Ici dans l'institution, y compris parties extérieures, jardin...
2. ☐ Dans un domicile privé (chez vous ou quelqu'un d'autre, et comprenant le jardin, le garage...)
3. ☐ Ailleurs (rue, commerce, parc...)
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Que faisiez-vous au moment de cet accident ou traumatisme ?

BAVC4a. Vous vous déplaçiez ?

1. ☐ Oui.....->passer à BAVC4ap
2. ☐ Non.....->passer à BAVC4b
8. ☐ Refus.....->passer à BAVC4b
9. ☐ Ne sait pas.....->passer à BAVC4b

FILTRE : Si oui (Si BAVC4a=1):

BAVC4ap. Comment ? (voiture, moto, mobylette, scooter, vélo, roller, marche, autres) :

_____ (50 caractères) ☐ Refus ☐ Ne sait pas

****Filtre : Si AGE>=3 ans : (sinon aller à BAVC5)****

BAVC4b. Vous pratiquiez un sport ?

1. ☐ Oui->passer à BAVC4bp
2. ☐ Non.....->passer à BAVC4c
8. ☐ Refus.....->passer à BAVC4c
9. ☐ Ne sait pas...->passer à BAVC4c

FILTRE : Si oui (Si BAVC4b=1):

BAVC4bp. Lequel ? _____ (50 caractères) ☐ Refus ☐ Ne sait pas

BAVC4ba. Etait-ce en pratique encadrée, dans un club, en milieu scolaire, etc... ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BAVC4c. Vous aviez une autre activité ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

****fin du Filtre : Si AGE>=3 ans *******

BAVC5. Comment avez-vous été blessé (plusieurs réponses possibles) ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Vous êtes tombé (chute)
2. ☐ Vous avez reçu un choc, un coup
3. ☐ Vous avez eu une coupure, une piqûre, une morsure, une pénétration de corps étranger
4. ☐ Vous avez subi une intoxication (par ingestion, inhalation, autre...)
5. ☐ Vous avez été victime d'un étouffement, d'une noyade
6. ☐ Vous avez été victime d'une brûlure, d'une explosion
7. ☐ Autres mécanismes accidentels
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BAVC6. Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident ou traumatisme, avez-vous été limité dans vos activités habituelles ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Oui, sévèrement limité
2. ☐ Oui, limité
3. ☐ Non, pas du tout
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Recours aux soins

BGEN. (paramétrer la question selon l'âge)

Si age>15 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste pour vous-même ?

Si age<=15 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste ou un pédiatre pour vous-même ?

1. ☐ Oui.....-> BGENNB
2. ☐ Non.....-> BSPE
8. ☐ Refus.....-> BSPE
9. ☐ Ne sait pas....-> BSPE

filtre si OUI :

BGENNB. Combien de fois au cours des 12 derniers mois ? |_|_| (1 - 99)

☐ Refus ☐ Ne sait pas

BSPE. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin spécialiste pour vous-même ?

1. ☐ Oui.....-> BSPETYP
2. ☐ Non.....-> BHOP
8. ☐ Refus.....-> BHOP
9. ☐ Ne sait pas....-> BHOP

BSPETYP. De qui s'agit-il ?

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. ☐ Ophtalmologiste
2. ☐ Gynécologue
3. ☐ Cardiologue
4. ☐ Chirurgien ou anesthésiste
5. ☐ Phlébologue,
6. ☐ Endocrinologue ou diabétologue
7. ☐ Neurologue
8. ☐ Psychiatre
9. ☐ Dermatologue
10. ☐ Rhumatologue
11. ☐ Autres
98. ☐ Refus
99. ☐ Ne sait pas

filtre : si Autres (si BSPETYP=11) :

BSPETYP1A. Quel autre spécialiste avez vous vu? _____ (libellé en clair)

BSPETYP1AUT. En avez vous vu un autre ?

1. ☐ Oui-> BSPETYP2A
2. ☐ Non-> BHOP

BSPETYP2A. Lequel? _____ (libellé en clair)

BSPETYP2AUT. En avez vous vu un autre ?

1. ☐ Oui-> BSPETYP3A
2. ☐ Non-> BHOP

BSPETYP3A. Lequel? _____ (libellé en clair)

BHOP. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour au moins une nuit et pour une courte durée dans un autre établissement ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Au cours de ces douze derniers mois, avez-vous eu recours pour vous-même à ...

<u>BCONS0</u> ... un dentiste	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS1</u> ... un laboratoire médical, un centre de radiologie	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS2</u> ... un kinésithérapeute	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS3</u> ... une infirmière ou une sage femme (excepté lors d'éventuelles hospitalisations, dans un laboratoire ou un centre de radiologie ou à domicile)	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS4</u> ... un diététicien	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS5</u> ... un orthophoniste	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS7</u> ... un ergothérapeute	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS8</u> ... un psychologue ou un psychothérapeute	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS9</u> ... un podologue ou un pédicure	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS10</u> ... un homéopathe	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS11</u> ... un acupuncteur	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS12</u> ... un chiropracteur ou un ostéopathe	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS13</u> ... un phytothérapeute	Oui\Non\Refus\Ne sait pas
<u>BCONS14</u> ... un autre professionnel de santé paramédical (exemple : motricien, psychomotricien)	Oui\Non\Refus\Ne sait pas

B2REC. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins médicaux chirurgicaux ou dentaires alors que vous en auriez eu vraiment besoin ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Oui, plusieurs fois-> passer à B2RECa
2. ☐ Oui, à une occasion-> passer à B2RECa
3. ☐ Non, jamais-> passer à BVACC1
4. ☐ Autre-> passer à BVACC1
8. ☐ Refus-> passer à BVACC1
9. ☐ Ne sait pas-> passer à BVACC1

FILTRE : Si OUI à B2REC, poser les questions B2RECA et B2RECB :

B2RECA. En ce qui concerne votre dernier renoncement, s'agissait-il ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ D'une hospitalisation (y compris de jour ou à domicile)
2. ☐ De soins dentaires ou d'orthodontie
3. ☐ D'une consultation par le généraliste
4. ☐ D'une consultation par le spécialiste
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

B2RECB. Quelle en était la raison principale ?

1. ☐ Je ne pouvais pas me le payer (trop cher ou mal remboursé par mon assurance maladie)
2. ☐ Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous était trop long
3. ☐ Je n'avais pas de lettre de recommandation
4. ☐ Je n'avais pas le temps
5. ☐ Je suis trop éloigné / il n'y a pas assez de moyens de transports / l'accès est trop compliqué
6. ☐ J'ai peur des médecins, du dentiste, de l'hôpital, des examens et/ou des traitements
7. ☐ Je voulais attendre et voir si cela passerait tout seul
8. ☐ Je ne connaissais pas de bon spécialiste, de bon généraliste ou de bon dentiste
9. ☐ Pour d'autres raisons
98. ☐ Refus
99. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si B2RECA =2 (renoncement à des soins dentaires ou d'orthodontie):

B2RECC. S'agissait-il de ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Poser ou entretenir une prothèse dentaire (bridge, couronne,...) ou un dentier
2. ☐ Poser ou entretenir un appareil d'orthodontie
3. ☐ Soigner une carie
4. ☐ Aller chez le dentiste en général
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Actions préventives

Vaccination

Introduction : Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur les vaccinations.

BVACC1. Pensez-vous être à jour de vos vaccinations ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BVACC2. Avez-vous un document écrit sur lequel sont reportées vos vaccinations ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BVACC3. Si AGE >= 10 ans : Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B au cours des 10 dernières années ?

Si AGE < 10 ans : Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B depuis votre naissance ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Oui, trois doses ou plus
2. ☐ Oui, moins de 3 doses
3. ☐ Oui, mais nombre de doses inconnu
4. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BVACC4. Avez-vous déjà été vacciné contre la grippe ?

1. ☐ Oui->passer à BVACC4a
2. ☐ Non->passer à BHTA
8. ☐ Refus->passer à BHTA
9. ☐ Ne sait pas ...->passer à BHTA

FILTRE : Si réponse OUI à BVACC4, poser les questions BVACC4A et BVACC4B :

BVACC4A. Quand l'avez-vous été pour la dernière fois ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Cette année (depuis le début de l'année).-> BVACC4b
2. ☐ L'année dernière-> BVACC4b
3. ☐ Avant l'année dernière-> passer à BHTA
8. ☐ Refus-> passer à BHTA
9. ☐ Ne sait pas-> passer à BHTA

filtre : si cette année ou l'année dernière (si BVACC4a=1 ou 2) :

BVACC4B. Pouvez-vous me dire au cours de quel mois ?

- ☐ Mois (1-12) ☐ Refus ☐ Ne sait pas

Examens médicaux

Filtre : Si AGE >= 18 ans : bloc de questions BHTA-BHTAA-BCHOL-BCHOLA :

BHTA. Votre tension (pression artérielle) a-t-elle déjà été mesurée par un professionnel de santé ?

1. ☐ Oui->passer à BHTAa
2. ☐ Non->passer à BCHOL
8. ☐ Refus->passer à BCHOL
9. ☐ Ne sait pas ..->passer à BCHOL

FILTRE : Si OUI, poser la questions BHTAA :

BHTAA. Quand votre tension a-t-elle été mesurée pour la dernière fois ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Moins de 1 an
2. ☐ Moins de 5 ans
3. ☐ Il y a plus de 5 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BCHOL. Avez-vous déjà eu un dosage de votre cholestérol ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non.....->passer à BMAM si femme de 18 ans et plus, ou BCOLO1 sinon
3. ☐ Ne sait pas ..->passer à BMAM si femme de 18 ans et plus ou BCOLO1 sinon
4. ☐ Refus ->passer à BMAM si femme de 18 ans et plus ou BCOLO1 sinon

FILTRE : Si OUI, poser la question BCHOLA :

BCHOLA. De quand date le dernier dosage ?

lire les modalités de réponse

Une seule réponse possible : passer à la question suivante dès qu'il y a une réponse positive

1. ☐ De moins d'un an
2. ☐ Moins de 2 ans
3. ☐ Moins de 3 ans
4. ☐ Il y a plus de 3 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : BLOC uniquement pour les femmes de 18 ans ou plus et de moins de 80 ans:

BMAM. Avez-vous déjà eu une mammographie, c'est-à-dire un examen radiologique des seins ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si OUI, poser la question BMAMA :

BMAMA. De quand date la dernière mammographie ?

lire les modalités de réponse

Une seule réponse possible : passer à la question suivante dès qu'il y a une réponse positive

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Moins de 2 ans
3. ☐ Moins de 3 ans
4. ☐ Plus de 3 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BFROI. Avez-vous déjà eu un frottis ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si OUI, poser la question BFROTA :

BFROTA. De quand date le dernier ?

lire les modalités de réponse

Une seule réponse possible : passer à la question suivante dès qu'il y a une réponse positive

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Moins de 2 ans
3. ☐ Moins de 3 ans
4. ☐ Plus de 3 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : BLOC « Cancer du colon » uniquement pour les adultes (18 ans ou plus) :

BCOLO1. Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du colon et du rectum (ou cancer de l'intestin) par recherche de sang dans les selles (test hémocult, test Magstream) ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si OUI, poser BCOLO1A :

BCOLO1A. De quand date le dernier test ?

lire les modalités de réponse

Une seule réponse possible : passer à la question suivante dès qu'il y a une réponse positive

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Moins de 2 ans
3. ☐ Moins de 3 ans
4. ☐ Plus de 3 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BCOLO2. Avez-vous déjà eu une coloscopie (examen du côlon et du rectum) ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ Oui suite à un test de dépistage de sang dans les selles
2. ☐ Oui, directement sur prescription d'un médecin
3. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : Si OUI (BCOLO2=1 ou 2), poser BCOLO2A :

BCOLO2A. De quand date la dernière coloscopie ?

lire les modalités de réponse

Une seule réponse possible : passer à la question suivante dès qu'il y a une réponse positive

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Moins de 2 ans
3. ☐ Moins de 5 ans
4. ☐ Plus de 5 ans
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Déterminants de santé

BTAIL. Quelle est votre taille en cm?

cm 20 à 250 ☐ Refus ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : pour les femmes enceintes il faut demander le poids avant la grossesse.

BPDS. Quel est votre poids?

kg 5 à 200 ☐ Refus ☐ Ne sait pas

contrôles: $IMC := BPDS / ((BTAIL / 100) ** 2)$ - afficher attention si $IMC \leq 17$ ou si $IMC \geq 35$

Nutrition

FILTRE : Si AGE >= 3 ans et APTER <> 0 poser le bloc de questions BNUT1 jusqu'à BNUT4B, sinon aller en fin de module B3.

Instruction enquêteur : en institution, il faut bien veiller à ce que les personnes déclarent ce qu'elles consomment réellement et non ce qui leur est servi. Ce bloc n'est pas posé si la personne est en état végétatif ou en coma.

BNUT1. Consommez-vous des fruits (y compris des jus de fruits 100% pur jus) chaque jour ?

- 0. ☐ Sans objet -> fin du module, aller au module C
(Alimenté exclusivement par sonde gastrique, substituts alimentaires, ...)
- 1. ☐ Oui->passer à BNUT1A
- 2. ☐ Non->passer à BNUT1B
- 8. ☐ Refus->passer à BNUT2
- 9. ☐ Ne sait pas->passer à BNUT2

filtre : Si oui à BNUT1 :

BNUT1A. Combien en mangez-vous par jour ?

instruction enquêteur : 1 portion de fruits = 1 pomme ou 1 salade de fruit ou 1 grappe de raisin ou une compote de fruits

- 1. ☐ 1 portion
- 2. ☐ 2 portions
- 3. ☐ 3 portions
- 4. ☐ 4 portions ou plus
- 8. ☐ Refus
- 9. ☐ Ne sait pas

filtre : Si non à BNUT1 :

BNUT1B. Combien en mangez-vous par semaine?

lire les modalités de réponse

- 1. ☐ 4 à 6 portions par semaine,
- 2. ☐ 2 à 3 portions par semaine
- 3. ☐ une portion par semaine ou moins
- 4. ☐ jamais
- 8. ☐ Refus
- 9. ☐ Ne sait pas

BNUT2. Mangez-vous des légumes (sauf les pommes de terre) chaque jour ?

- 1. ☐ Oui->passer à BNUT2A
- 2. ☐ Non->passer à BNUT2B
- 8. ☐ Refus->passer à BNUT3
- 9. ☐ Ne sait pas->passer à BNUT3

filtre : Si oui à BNUT2 :

BNUT2A. Combien en mangez-vous par jour ?

instruction enquêteur : 1 portion de légumes = 1 « part » de haricots verts ou 1 salade de tomate en entrée ou une part de ratatouille ou une salade composée ou une part de purée (sauf de pommes de terre)

- 1. ☐ 1 portion
- 2. ☐ 2 portions
- 3. ☐ 3 portions
- 4. ☐ 4 portions ou plus
- 8. ☐ Refus
- 9. ☐ Ne sait pas

filtre : Si non à BNUT2 :

BNUT2B. Combien en mangez-vous par semaine ?

lire les modalités de réponse

1. ☐ 4 à 6 portions par semaine,
2. ☐ 2 à 3 portions par semaine
3. ☐ Une portion par semaine ou moins
4. ☐ Jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BNUT3. Mangez-vous des produits laitiers chaque jour ?

instruction enquêteur : prendre en compte le lait, les fromages, les yaourts, le fromage blanc et les petits suisses mais pas les desserts lactés tels que les crèmes ou les flans

1. ☐ Oui->passer à BNUT3A
2. ☐ Non->passer à BNUT3B
8. ☐ Refus->passer à BNUT4
9. ☐ Ne sait pas->passer à BNUT4

filtre : Si oui à BNUT3 :

BNUT3A. Combien en mangez-vous par jour ?

instruction enquêteur : 1 portion laitage = 1 yoghourt ou 1 verre de lait ou 2 petits suisses

1. ☐ 1 produit laitier
2. ☐ 2 produits laitiers
3. ☐ 3 produits laitiers
4. ☐ 4 produits laitiers ou plus
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : Si non à BNUT3 :

BNUT3B. Combien en mangez-vous par semaine?

lire les modalités de réponse

1. ☐ 4 à 6 produits laitiers
2. ☐ 2 à 3 produits laitiers
3. ☐ Un produit laitier par semaine ou moins
4. ☐ Jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

BNUT4. Mangez-vous de la viande, de la volaille, du jambon, des œufs, du poisson ou d'autres produits de la pêche chaque jour ?

instruction enquêteur : La charcuterie n'est pas comprise dans cette catégorie

1. ☐ Oui->passer à BNUT4A
2. ☐ Non->passer à BNUT4B
8. ☐ Refus->passer au module C
9. ☐ Ne sait pas->passer au module C

filtre : Si oui à BNUT4 :

BNUT4A. Combien de fois en mangez-vous par jour ?

instruction enquêteur : 1 portion de viande = 1 tranche de jambon ou 1 steak ou 2 œufs.

1. ☐ 1 fois
2. ☐ 2 fois
3. ☐ 3 fois
4. ☐ 4 fois ou plus
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : Si non à BNUT4 :

BNUT4B. Combien de fois en mangez-vous par semaine?

lire les modalités de réponse

1. ☐ 4 à 6 fois par semaine,
2. ☐ 2 à 3 fois par semaine
3. ☐ Une fois par semaine ou moins
4. ☐ Jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Fin du filtre : Si AGE >= 3 ans et APTER <> 0 poser le bloc de questions BNUT1 jusqu'à BNUT4B

Module C - Déficiences

Voici la **carte n°1** des maladies appelée plusieurs fois dans ce module (même carte qu'au module B2) :

Maladies ou problèmes cardio-vasculaires

- 1 : Infarctus du myocarde
- 2 : Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor (hors infarctus du myocarde)
- 3 : Hypertension artérielle
- 4 : Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)
- 5 : Insuffisance cardiaque
- 6 : Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)
- 7 : Varices, ulcères variqueux, insuffisance veineuse
- 8 : Troubles du rythme
- 9 : Hémorroïdes

Cancer(s)

- 10 : Cancer (toutes les tumeurs malignes y compris les leucémies et les lymphomes)

Maladies respiratoires

- 11 : Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)
- 12 : Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
- 13 : Rhinites allergique (rhume des foins), conjonctivites allergiques,

Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations

- 14 : Lombalgies (douleurs des reins) et autres atteintes chroniques du dos
- 15 : Cervicalgies (douleurs du cou) et autres anomalies cervicales chroniques
- 16 : Scoliose, cyphose, déformations de la colonne vertébrale
- 17 : Polyarthrite rhumatoïde
- 18 : Autres arthrites (inflammation des articulations)
- 19 : Arthrose du genou (dégénérescence des articulations)
- 20 : Arthrose de la hanche
- 21 : Arthrose autres localisations
- 22 : Ostéoporose

Maladies ou problèmes digestifs

- 23 : Ulcère de l'estomac ou du duodénum
- 24 : Cirrhose du foie, maladie chronique du foie
- 25 : Allergies alimentaires

Maladies endocriniennes et métaboliques

- 26 : Diabète
- 27 : Problèmes thyroïdiens (hyperthyroïdie, hypothyroïdie, goitre)

Maladies ou problèmes neurologiques

- 28 : Maux de têtes importants, migraines
- 29 : Épilepsie
- 30 : Maladie d'Alzheimer ou autre maladie de type Alzheimer
- 31 : Maladie de Parkinson
- 32 : Sclérose en plaque

Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 33 : Anxiété chronique
- 34 : Dépression chronique
- 35 : Autisme
- 36 : Schizophrénie
- 37 : Trisomie 21

Maladies ou problèmes urinaires ou génitaux

- 38 : Incontinence urinaire (fuites urinaires)
- 39 : Calcul urinaire
- 40 : Cystites, infections urinaires fréquentes
- 41 : Adénome de la prostate

Maladies ou problèmes de peau

42 : Psoriasis

43 : Allergies cutanées, eczéma,

44 : Escarres

Maladies ou problèmes oculaires

45 : Cataracte

46 : Glaucome

47 : Strabisme

Autres maladies

48 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident

49 : Autres troubles neurologiques

50 : Autres troubles psychiques ou mentaux

51 : Autre(s) maladie(s)

Introduction : Nous allons maintenant aborder les conséquences concrètes de vos maladies ou de vos autres problèmes de santé. Ne tenez pas compte des problèmes passagers ou temporaires.

***** Problèmes moteurs ***** ;

DEFQMOUV. Avez-vous un des problèmes moteurs suivants**Présenter la CARTE n°2 du cahier des cartes****(plusieurs réponses possibles)**

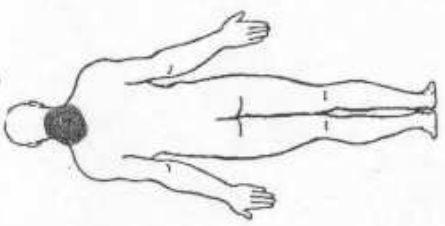
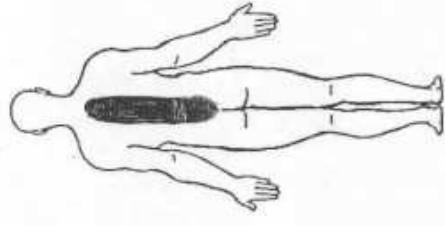
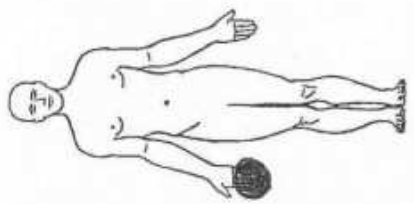
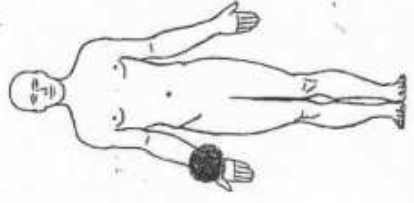
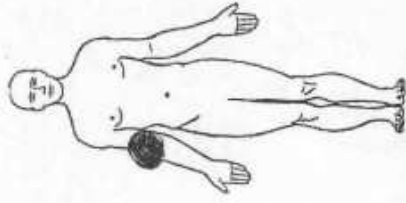
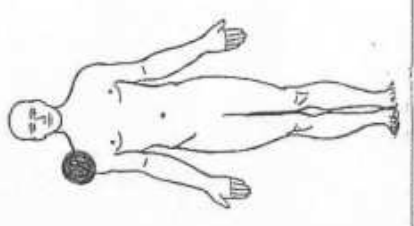
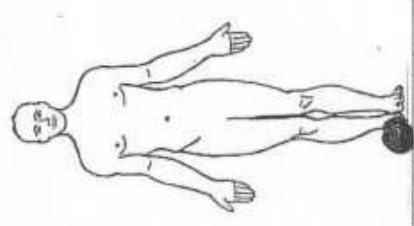
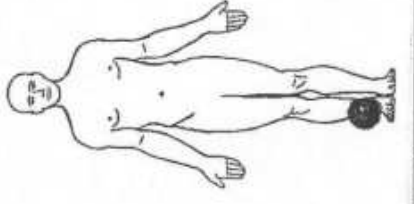
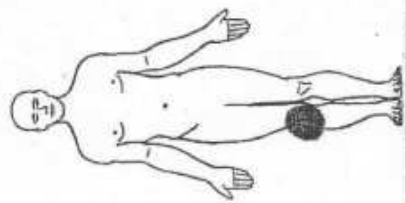
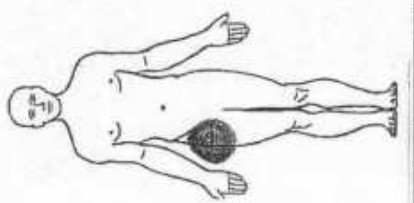
- | | |
|---|----------------------------|
| 0. En état végétatif ou dans le coma | ☐ 0 |
| 1. Paralysie complète d'une ou plusieurs parties du corps..... | ☐ 1 |
| 2. Paralysie partielle d'une ou plusieurs parties du corps | ☐ 2 |
| 3. Amputation | ☐ 3 |
| 4. Gène importante dans les articulations (douleur, raideur, limitation des mouvements) | ☐ 4 |
| 5. Limitation de la force musculaire..... | ☐ 5 |
| 6. Mouvements incontrôlés ou involontaires | ☐ 6 |
| 7. Troubles de l'équilibre | ☐ 7 |
| 8. Autres problèmes limitant les mouvements | ☐ 8 |
| 9. Rien de tout cela | ☐ 9 |

FILTRE : Si DEFQMOUV = 8 (autres problèmes) :**DPMOUV. Précisez ? Libellé en clair | _____ |****Filtre : Si DEFQMOUV=9 aller à B1VUE****Sinon continuer**

carte 3 ATTEINTE DES ARTICULATIONS

CARTE ATTEINTES DES ARTICULATIONS

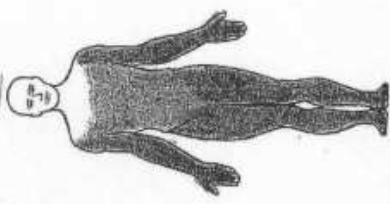
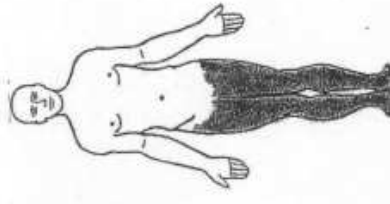
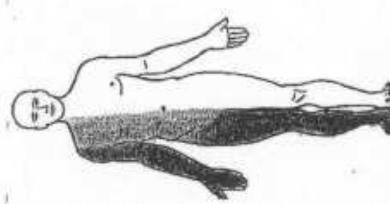
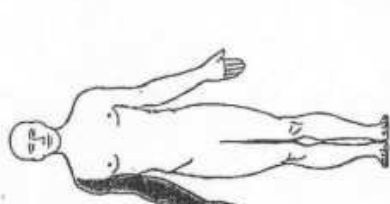
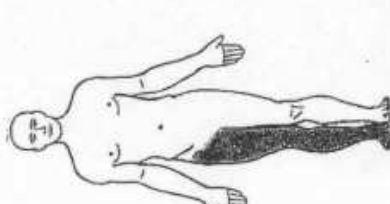
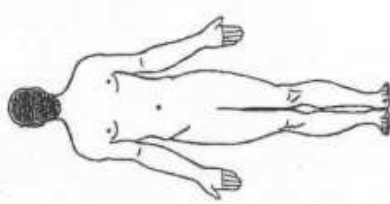
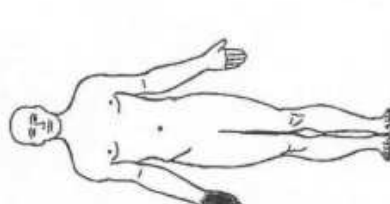
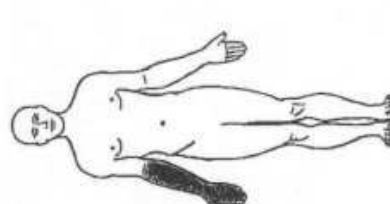
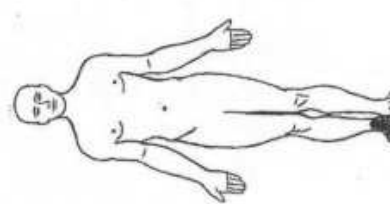
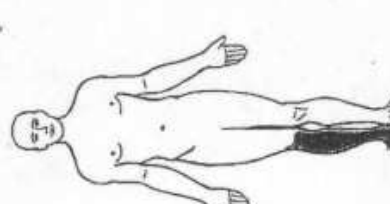
Les zones articulaires touchées sont grisées.
 Désignez le schéma représentant votre situation (*plusieurs réponses possibles*)

				
01 Cou	02 Dos (ou partie du dos)	03 Doigts d'un seul côté 04 Doigts des deux côtés	05 Poignet d'un seul côté 06 Poignet des deux côtés	07 Coudé d'un seul côté 08 Coudé des deux côtés
				
09 Épaule d'un seul côté 10 Épaule des deux côtés	11 Orteils d'un seul côté 12 Orteils des deux côtés	13 Cheville d'un seul côté 14 Cheville des deux côtés	15 Genou d'un seul côté 16 Genou des deux côtés	17 Hanche d'un seul côté 18 Hanche des deux côtés

carte 4 paralysie ou limitation de la force musculaire

CARTE PARALYSIE COMPLETE OU PARTIELLE ET LIMITATION DE LA FORCE MUSCULAIRE

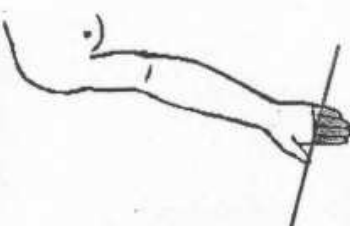
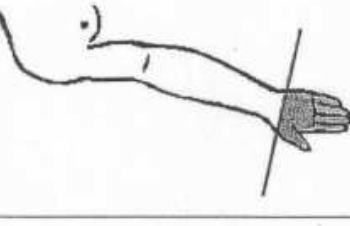
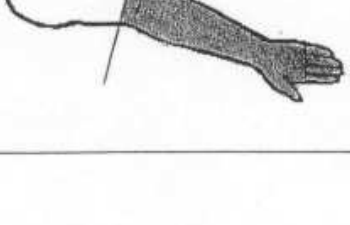
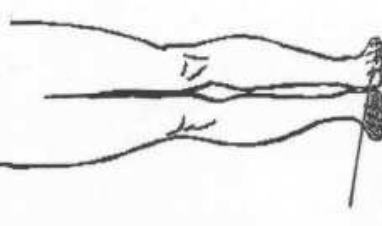
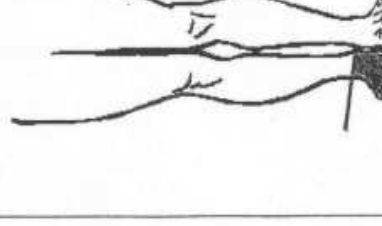
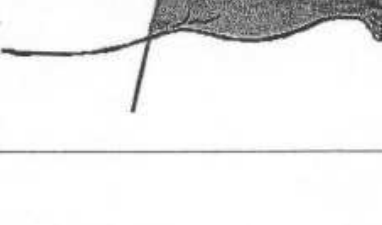
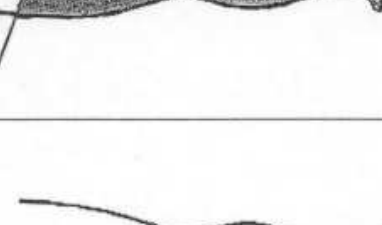
Les zones paralysées ou dont la force musculaire est limitée sont grisées.
 Désignez le schéma représentant votre situation (*plusieurs réponses possibles*)

				
01 Quatre membres	02 Deux membres inférieurs	03 Membre supérieur et inférieur du même côté (droit ou gauche)	04 Membre supérieur (droit ou gauche)	05 Membre inférieur (droit ou gauche)
				
06 Paralysie faciale	07 Main d'un seul côté 08 Main des deux côtés	09 Avant-bras d'un seul côté 10 Avant-bras des deux côtés	11 Pied d'un seul côté 12 Pied des deux côtés	13 Jambe d'un seul côté 14 Jambe des deux côtés

carte 5 AMPUTATION

CARTE AMPUTATION

Le niveau d'amputation est représenté par un trait.
 Désignez le schéma représentant votre situation (*plusieurs réponses possibles*)

				
01 Phalanges ou doigts d'un seul côté 02 Phalanges ou doigts des deux côtés	03 Main en dessous du poignet d'un seul côté 04 Main en dessous du poignet des deux côtés	05 Main au-dessus du poignet d'un seul côté 06 Main au-dessus du poignet des deux côtés	07 Au dessus du coude d'un seul côté 08 Au dessus du coude des deux côtés	09 Niveau épaule d'un seul côté 10 Niveau épaule des deux côtés
				
11 Phalanges ou orteils d'un seul côté 12 Phalanges ou orteils des deux côtés	13 Pied en dessous de la cheville d'un seul côté 14 Pied en dessous de la cheville des deux côtés	15 Pied au dessus de la cheville d'un seul côté 16 Pied au dessus de la cheville des deux côtés	17 Au dessus du genou d'un seul côté 18 Au dessus du genou des deux côtés	19 Niveau hanche d'un seul côté 20 Niveau hanche des deux côtés

Filtre : si DEFQMOUV = 1:

Présenter la CARTE n°4 du cahier des cartes (plusieurs réponses possibles)

DEF1PARA. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle(s) paralysée(s) complètement?

1. ☐ Quatre membres
2. ☐ Deux membres inférieurs
3. ☐ Membre supérieur et inférieur du même côté (droit ou gauche)
4. ☐ Membre supérieur (droit et/ou gauche)
5. ☐ Membre inférieur (droit ou gauche)
6. ☐ Paralysie faciale
7. ☐ Main d'un seul côté
8. ☐ Main des deux côtés
9. ☐ Avant-bras d'un seul côté
10. ☐ Avant-bras des deux côtés
11. ☐ Pied d'un seul côté
12. ☐ Pied des deux côtés
13. ☐ Jambe d'un seul côté
14. ☐ Jambe des deux côtés

Filtre : si DEFQMOUV =2:

Présenter la CARTE n°4 du cahier des cartes (plusieurs réponses possibles)

DEF2PARA. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle(s) paralysée(s) partiellement?

1. ☐ Quatre membres
2. ☐ Deux membres inférieurs
3. ☐ Membre supérieur et inférieur du même côté (droit ou gauche)
4. ☐ Membre supérieur (droit et/ou gauche)
5. ☐ Membre inférieur (droit ou gauche)
6. ☐ Paralysie faciale
7. ☐ Main d'un seul côté
8. ☐ Main des deux côtés
9. ☐ Avant-bras d'un seul côté
10. ☐ Avant-bras des deux côtés
11. ☐ Pied d'un seul côté
12. ☐ Pied des deux côtés
13. ☐ Jambe d'un seul côté
14. ☐ Jambe des deux côtés

Filtre : si DEFQMOUV = 5 :

Présenter la CARTE n°4 du cahier des cartes (plusieurs réponses possibles)

DEF5PARA. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle(s) touchée(s) par une limitation de la force musculaire?

1. ☐ Quatre membres
2. ☐ Deux membres inférieurs
3. ☐ Membre supérieur et inférieur du même côté (droit ou gauche)
4. ☐ Membre supérieur (droit et/ou gauche)
5. ☐ Membre inférieur (droit ou gauche)
6. ☐ Paralysie faciale
7. ☐ Main d'un seul côté
8. ☐ Main des deux côtés
9. ☐ Avant-bras d'un seul côté
10. ☐ Avant-bras des deux côtés
11. ☐ Pied d'un seul côté
12. ☐ Pied des deux côtés
13. ☐ Jambe d'un seul côté
14. ☐ Jambe des deux côtés
15. ☐ toutes les parties du corps

Filtre : si DEFQMOUV = 3 :

Amputation - Présenter la CARTE n°5 du cahier des cartes (plusieurs réponses possibles)

DEFAMPUT. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle (s) touchée (s)?

1. ☐ Phalange ou doigt d'un seul côté
2. ☐ Phalange ou doigt des deux côtés
3. ☐ Main en dessous du poignet d'un seul côté
4. ☐ Main en dessous du poignet des deux côtés
5. ☐ Main au dessus du poignet d'un seul côté
6. ☐ Main au dessus du poignet des deux côtés
7. ☐ Au dessus du coude d'un seul côté
8. ☐ Au dessus du coude des deux côtés
9. ☐ Niveau épaule d'un seul côté
10. ☐ Niveau épaule des deux côtés
11. ☐ Phalanges ou orteils d'un seul côté
12. ☐ Phalanges ou orteils des deux côtés
13. ☐ Pied en dessous de la cheville d'un seul côté
14. ☐ Pied en dessous de la cheville des deux côtés
15. ☐ Pied au dessus de la cheville d'un seul côté
16. ☐ Pied en dessus de la cheville des deux côtés
17. ☐ Au dessus du genou d'un seul côté
18. ☐ Au dessus du genou des deux côtés
19. ☐ Niveau hanche d'un seul côté
20. ☐ Niveau hanche des deux côtés
21. ☐ Autre

Filtre : si DEFQMOUV = 4 :

Gène dans les articulations (douleur, raideur, limitation des mouvements)

Présenter la CARTE n°3 du cahier des cartes (plusieurs réponses possibles)

DEFARTI. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle(s) touchée (s)?

1. ☐ Cou
2. ☐ Dos (ou partie du dos)
3. ☐ Doigts d'un seul côté
4. ☐ Doigts des deux côtés
5. ☐ Poignet d'un seul côté
6. ☐ Poignet des deux côtés
7. ☐ Coude d'un seul côté
8. ☐ Coude des deux côtés
9. ☐ Épaule d'un seul côté
10. ☐ Épaule des deux côtés
11. ☐ Orteils d'un seul côté
12. ☐ Orteils des deux côtés
13. ☐ Cheville d'un seul côté
14. ☐ Cheville des deux côtés
15. ☐ Genou d'un seul côté
16. ☐ Genou des deux côtés
17. ☐ Hanche d'un seul côté
18. ☐ Hanche des deux côtés

Filtre : si DEFQMOUV = 6:

DEFINCONT. Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont)-elle(s) touchée(s) par des mouvements incontrôlés ou involontaires? (plusieurs réponses possibles)

- 1 ☐ Les membres supérieurs
- 2 ☐ Les membres inférieurs
- 3 ☐ Le visage

FILTRE Si DEFQMOUV = 6 ou 8 : ⇒ aller au filtre du module du bloc B1VUE à DEFMP (avant B1VUE)

***** On pose le bloc suivant (D1PROBM à DEFMP) si DEFQMOUV = 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 7 *******

Si une seule réponse, on passe donc le bloc une fois

Si deux réponses, on passe le bloc deux fois, (ordre par gravité décroissante : 0,1, 2, 3, 4, 5, 7)

Si plusieurs réponses, on décrit les 2 plus graves (ordre par gravité décroissante : 0,1, 2, 3, 4, 5, 7)***

D1PROBM.

Depuis combien de temps (en mois ou en années) avez-vous ce problème moteur? ([problème X])
depuis /_/_/ ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : si l'enquête a du mal à calculer cocher 'ne sait pas' ; En particulier si ce problème est lié au vieillissement (limitation générale de la force musculaire par exemple).

D2PROBM. Unité de temps

1 ☐ mois 2 ☐ année(s)

Si D1PROBM = Ne sait pas

DAPROBM. A quel âge environ ce problème moteur est-il apparu? ([problème X])

depuis l'âge de /_/_/ ans. - autoriser Ne sait pas
contrôle : DAPROBM <= âge de l'enquête

FILTRE : pour les cas où le problème remonte à la naissance ou avant l'âge de 5 ans :

DEFMOT. Est-ce lié plus précisément à une complication de la grossesse ou de l'accouchement de votre mère ([problème X])?

1. Oui -> passer au BLOC MALADIE
2. Non -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION
9. Ne sait pas-> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

DEFMAC. Ce problème moteur a-t-il été causé par un traumatisme, un accident ou une agression? ([problème X])

1. Oui
2. Non-> aller à BLOC MALADIE
9. Ne sait pas-> aller à BLOC MALADIE

FILTRE : Si DEFMAC = 1 et si la personne a déclaré une « blessure ou séquelle permanente causée par un accident » (BMALA48 de la carte n°1 du module B2) :

DEFMACL. Est-ce en lien avec la blessure causée par un accident que vous m'avez déclarée auparavant ? ([problème X])

1. Oui
2. Non

FILTRE : Si DEFMAC = 1 :

DEFMNAT. De quel type de traumatisme, accident ou agression s'agit-il ? ([problème X])

Présenter la carte n°6 du cahier des cartes

1. Accident du travail
2. Accident de la circulation
3. Accident domestique (survenu au domicile, incluant bricolage, jardinage),
4. Accident de sport
5. Autre accident de la vie courante (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)
6. Opération médicale ou suites d'un traitement médical
7. Tentative de suicide
8. Violence dans l'enfance
9. Violence conjugale, entre partenaires
10. Agression autre, dont faits de guerre
11. Autre type de traumatisme

passer au bloc AUTRES CAUSES

BLOC MALADIE

DEFMMA. Ce problème moteur a-t-il été causé par une maladie ou un autre problème de santé ? ([problème X])

1. Oui -> aller DEFMMAC
2. Non -> aller à BLOC AUTRES CAUSES
9. Ne sait pas -> aller à BLOC AUTRES CAUSES

DEFMMAC. S'agit-il d'une maladie ou d'un autre problème de santé précédemment citée ? ([problème X])

1. Oui -> DEFMMAN
2. Non -> retour à la liste des maladies
8. Refus -> passer au BLOC AUTRES CAUSES

DEFMMAN. Laquelle? ([problème X])

Passer au bloc AUTRES CAUSES

BLOC AUTRES CAUSES

Filter : passer le bloc AUTRES CAUSES seulement si APTE in (1,2)

Filter : si la personne a déjà travaillé (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1 ou ACTIVANTE = 1 dans TCM):

DMACTI. Vos conditions de travail ont-elles joué un rôle ou contribué à aggraver ce problème moteur? ([problème X])

1. Oui -> DMACTIP
2. Non -> DMCVIE
8. Refus -> DMCVIE
9. Ne sait pas -> DMCVIE

filter : si Oui (si DMACTI = 1):

DMACTIP. S'agit-il plus précisément... Lecture des modalités par l'enquêteur

1. De conditions de travail physiquement pénibles
2. D'une exposition à des nuisances
3. De stress, de harcèlement
4. Autre cause liée aux conditions de travail
8. Refus
9. Ne sait pas

DMACTIA. Si autre préciser :

DMCVIE. Vos conditions de vie ou un événement important de votre vie ont-elles joué un rôle ou contribué à aggraver ce problème moteur? ([problème X])

1. Oui -> DMCVIEP
2. Non -> DEFMAUT
8. Refus -> DEFMAUT
9. Ne sait pas -> DEFMAUT

filter : si DMCVIE = 1 :

DMCVIEP. S'agit-il plus précisément ...Lecture des modalités par l'enquêteur

1. De difficultés financières
2. De problèmes familiaux (comme le décès d'un proche)
3. D'une perte d'emploi, de chômage de longue durée ou d'inactivité subie
4. Autre cause liée aux conditions de vie
8. Refus
9. Ne sait pas

DMCVIEA. Si autre préciser :

DEFMAUT. Y a-t-il une autre raison qui a pu provoquer ou aggraver ce problème moteur?
([problème X])

- 1. Oui -> DEFMP
- 2. Non -> B1VUE
- 8. Refus -> B1VUE
- 9. Ne sait pas -> B1VUE

filtre : si DEFMAUT = 1 :

DEFMP. Laquelle ? Recueil du libellé en clair | _____ |

***** Fin du filtre DEFQMOUV =0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 7 (problèmes moteurs) ***** ;

FILTRE Si APTER=0: ⇒ aller à DEFPSY, sinon aller à B1VUE.

***** Problèmes de vue ***** ;

B1VUE. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?

- 1. Oui
- 2. Non

DEFVISU.

Si B1VUE=1 Avez-vous des problèmes de vue sans vos lentilles ou vos lunettes?

Si B1VUE=2 Avez-vous des problèmes de vue ?

- 1 ☐ Oui ⇒ aller à DEFQVISU
- 2 ☐ Non ⇒ aller à B1OUI
- 8 ☐ Refus ⇒ aller à B1OUI
- 9 ☐ Ne sait pas ⇒ aller à B1OUI

FILTRE : Si DEFVISU = 1 :

DEFQVISU. Est-ce lié à un (ou plusieurs) des problèmes suivants :

Instruction enquêteur : Lecture des modalités par l'enquêteur (plusieurs réponses possibles)

- 1. Aveugle (ou seulement perception de la lumière)
- 2. Malvoyant (Instruction enquêteur : pour une déficience visuelle grave mais sans être aveugle)
- 3. Un œil ne voit rien ou quasiment rien.....
- 4. Difficulté pour voir de près ou de loin, mais ni malvoyant, ni aveugle
- 5. Limitation du champ visuel (ne pas voir sur les côtés, ou dans une partie du champ visuel...).....
- 6. Autre problème visuel (trouble de la vision des couleurs, fatigue visuelle)
- 8. Refus
- 9. Ne sait pas

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

FILTRE : Si DEFQVISU = 6 (Autre problème visuel) :

DPVISU. Précisez ? libellé en clair | _____ |

FILTRE Si DEFQVISU = 4, 6, 8 ou 9 : ⇒ aller à B1OUI

****le bloc de questions D1PROBV à DEFVP est passé une seule fois pour la réponse la plus grave à la question DEFQVISU parmi les réponses 1, 2, 3 ou 5 (ordre par gravité décroissante :1, 2, 3, 5) *******

D1PROBV.

Depuis combien de temps (en mois ou en année) avez-vous ce problème de vue ? ([problème X])

depuis /___/___/ ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : si l'enquêté a du mal à calculer cocher 'ne sait pas'

D2PROBV. Unité de temps

1. ☐ mois 2. ☐ année(s)

Si D1PROBV = Ne sait pas

DAPROBV. A quel âge environ ce problème de vue est-il apparu ? ([problème X])

depuis l'âge de /___/___/ ans. autoriser Ne sait pas

contrôle : DAPROBV <=âge de l'enquêté

FILTRE : pour les cas où le problème remonte à la naissance ou avant l'âge de 5 ans :

DEFVUE. Est-ce lié plus précisément à une complication de la grossesse ou de l'accouchement de votre mère ? ([problème X])

1. Oui -> passer au BLOC MALADIE

2. Non -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

9. Ne sait pas -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

DEFVAC. Ce problème de vue a-t-il été causé par un traumatisme, un accident ou une agression? ([problème X])

1. Oui

2. Non -> aller au BLOC MALADIE

9. Ne sait pas -> aller au BLOC MALADIE

FILTRE : Si DEFWAC = 1 et si la personne a déclaré une « blessure ou séquelle permanente causée par un accident » (BMALA48 de la carte n°1 du module B2) :

DEFVACL. Est ce en lien avec la blessure causée par un accident que vous m'avez déclarée auparavant ? ([problème X])

1. Oui

2. Non

FILTRE : si DEFWAC = 1 :

DEFVNAT. De quel type de traumatisme, accident ou agression s'agit-il ? ([problème X])

Présenter la carte n°6 du cahier des cartes

1. Accident du travail
2. Accident de la circulation
3. Accident domestique (survenu au domicile, incluant bricolage, jardinage),
4. Accident de sport
5. Autre accident de la vie courante (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)
6. Opération médicale ou suites d'un traitement médical
7. Tentative de suicide
8. Violence dans l'enfance
9. Violence conjugale, entre partenaires
10. Agression autre, dont faits de guerre
11. Autre type de traumatisme

passer à DEFVAUT

BLOC MALADIE

DEFVMA. Ce problème de vue a-t-il été causé par une maladie ou un autre problème de santé ?
([problème X])

- 1. Oui
- 2. Non -> aller à DEFVAUT
- 9. Ne sait pas -> aller à DEFVAUT

FILTRE : Si DEFMMA = 1 :

DEFVMAC- S'agit-il d'une maladie ou d'un autre problème de santé précédemment cité ?
([problème X])

- 1. Oui -> DEFVMAN
- 2. Non -> retour à la liste des maladies
- 8. Refus -> DEFVAUT

FILTRE : si DEFVMAC = 1 :

DEFVMAN . Laquelle? ([problème X])

passer à DEFVAUT

DEFVAUT. Y a-t-il une autre raison qui a pu provoquer ou aggraver ce problème de vue ?
([problème X])

- 1. Oui -> DEFVP
- 2. Non -> B1OUI
- 8. Refus -> B1OUI
- 9. Ne sait pas -> B1OUI

DEFVP. Laquelle ?

Recueil du libellé en clair | _____ |

***** fin du filtre DEFQVISU = 1, 2, 3 ou 5 (problème de vue)*****

***** Problèmes d'audition***** ,

B1OUI. Portez-vous un appareil auditif ?

- ☐ 1. Oui -> TYPAUD
- ☐ 2. Non -> B1OUIB
- ☐ 8. Refus -> DEFAUDI
- ☐ 9. Ne sait pas -> DEFAUDI

Filtre :Si B1OUI=2

B1OUIB. En auriez-vous besoin ?

- ☐ 1. Oui -> DEFQAUDI
- ☐ 2. Non -> DEFAUDI
- ☐ 9. Ne sait pas -> DEFAUDI

Filtre : si Oui, la personne porte un appareil auditif (si B1OUI=1)

TYPAUD. Lequel ?

- ☐ 1. Une prothèse auditive
- ☐ 2. Un implant cochléaire
- ☐ 3. Autre

Filtre : Si Non, la personne dit qu'elle n'en a pas besoin ou si non-réponse (si B1OUI=3,8 ou 9)

DEFAUDI. Avez-vous des problèmes d'audition (malentendant, bourdonnements,...) ?

- 1. Oui
- 2. Non => aller à DEFPAROL
- 8. Refus => aller à DEFPAROL
- 9. Ne sait pas => aller à DEFPAROL

FILTRE : Si DEFAUDI = 1 ou B1OUI=1 ou B1OUIB=1:

DEFQAUDI. Est-ce lié à un (ou plusieurs) des problèmes suivants :

Instruction enquêteur : lire les modalités, plusieurs réponses possibles

1. Surdité complète (des deux oreilles)
2. Malentendant (Instruction enquêteur : difficulté d'audition importante, mais pas aussi complète que la surdité)
3. Surdité d'une seule oreille
4. Autre difficulté à entendre mais ni malentendant, ni sourd
5. Autre problème auditif (bourdonnements, sifflements, acouphènes...)
8. Refus
9. Ne sait pas

- ☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 8

☐ 9

FILTRE : Si DEFQAUDI = 5 (Autre problème auditif) :

DPAUDI. Précisez ? libellé en clair | _____ |

FILTRE Si DEFQAUDI = 4, 5, 8 ou 9 :    aller à DEFPAROL

****le bloc de questions D1PROBA    DEFAP est passé une seule fois pour la réponse la plus grave à la question DEFQAUDI parmi les réponses 1, 2 ou 3 (ordre par gravité décroissante : 1, 2, 3) *******

D1PROBA.

Depuis combien de temps (en mois ou en année) avez-vous ce problème d'audition ? ([problème X])

depuis /___/___/ ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : si l'enquêté a du mal à calculer cocher 'ne sait pas'

D2PROBA. Unité de temps

1 ☐ mois 2 ☐ année(s)

Si D1PROBA = Ne sait pas

DAPROBA. A quel âge environ ce problème d'audition est-il apparu ? ([problème X])

depuis l'âge de /___/___/ ans. ☐ Ne sait pas

contrôle : DAPROBA <=  ge de l'enquêté

FILTRE : pour les cas où le problème remonte à la naissance ou avant l'âge de 5 ans :

DEFAUD. Est-ce lié plus précisément à une complication de la grossesse ou de l'accouchement de votre mère? ([problème X])

1. Oui -> passer au BLOC MALADIE
2. Non -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION
9. Ne sait pas -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

DEFAAC - Ce problème d'audition a-t-il été causé par un traumatisme, un accident ou une agression? ([problème X])

1. Oui
2. Non -> aller au BLOC MALADIE
9. Ne sait pas -> aller au BLOC MALADIE

FILTRE : Si DEFAAC = 1 et si la personne a déclaré une « blessure ou s  qu  le permanente causée par un accident » (BMALA48 de la carte n  1 du module B2) :

DEFAACL- Est ce en lien avec la blessure causée par un accident que vous m'avez déclarée auparavant ? ([problème X])

1. Oui
2. Non

FILTRE : si DEFAAC = OUI :

DEFANAT. De quel type de traumatisme, accident ou agression s'agit-il ? ([problème X])

Présenter la carte n°6 du cahier des cartes

1. Accident du travail
2. Accident de la circulation
3. Accident domestique (survenu au domicile, incluant bricolage, jardinage),
4. Accident de sport
5. Autre accident de la vie courante (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)
6. Opération médicale ou suites d'un traitement médical
7. Tentative de suicide
8. Violence dans l'enfance
9. Violence conjugale, entre partenaires
10. Agression autre, dont faits de guerre
11. Autre type de traumatisme

passer à DEFAAUT

BLOC MALADIE

DEFAMA. Ce problème d'audition a-t-il été causé par une maladie ou un autre problème de santé ? ([problème X])

1. Oui -> aller à DEFAMAC
2. Non -> aller à DEFAAUT
9. Ne sait pas -> aller à DEFAAUT

DEFAMAC- S'agit-il d'une maladie ou d'un autre problème de santé précédemment citée ? ([problème X])

1. Oui -> DEFAAN
2. Non -> retour à la liste des maladies
8. Refus -> DEFAAUT

DEFAAN. Laquelle? ([problème X])

passer à DEFAAUT

DEFAAUT. Y a-t-il une autre raison qui a pu provoquer ou aggraver ce problème d'audition ? ([problème X])

1. Oui -> DEFAP
2. Non -> DEFPAROL
8. Refus -> DEFPAROL
9. Ne sait pas -> DEFPAROL

DEFAP. Laquelle ?

Recueil du libellé en clair | _____ |

***** fin du filtre DEFQAUDI = 1, 2 ou 3 (problème d'audition)*****

***** Problèmes liés à la parole***** ;

DEFPAROL - Avez-vous des difficultés pour parler ?

- 1. Oui ⇒ aller à DEFQPAROL
- 2. Non ⇒ aller à DEFPSY
- 8. Refus ⇒ aller à DEFPSY
- 9. Ne sait pas ⇒ aller à DEFPSY

FILTRE : Si oui

DEFQPAROL - S'agit-il plus précisément de ...

Instruction enquêteur : lecture des modalités, plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Mutité (être muet) | ☐ 1 |
| 2. Troubles de l'expression orale : aphasie, dysphasie, difficultés pour choisir ou combiner des mots | ☐ 2 |
| 3. Atteinte des cordes vocales, laryngectomie | ☐ 3 |
| 4. Bégaiement..... | ☐ 4 |
| 5. Autres troubles de la parole ou du langage oral..... | ☐ 5 |
| 8. Refus..... | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

Filtre si DEFQPAROL = 5 (Autre trouble de la parole ou du langage oral):

DEFPPAROL. Préciser : libellé en clair | _____

FILTRE Si DEFQPAROL= 8 ou 9 : ⇒ aller à DEFPSY

****le bloc de questions D1PROBP à DEFPP est passé une seule fois pour la réponse la plus grave à la question DEFQPAROL parmi les réponses 1, 2, 3, 4 ou 5 (ordre par gravité décroissante :1,2,3,4,5) *****

D1PROBP.

Depuis combien de temps (en mois ou en année) avez-vous ce problème lié à la parole? ([problème X])

depuis /__/_/ ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : si l'enquêté a du mal à calculer cocher 'ne sait pas'

D2PROBP. Unité de temps

1 ☐ mois 2 ☐ année(s)

Si D1PROBP = ne sait pas

DAPROBP. A quel âge environ ce problème pour parler est-il apparu ? ([problème X])

depuis l'âge de /__/_/ ans. ☐ Ne sait pas

contrôle : DAPROBP <=âge de l'enquêté

Introduction : Nous allons maintenant vous interroger sur la ou les cause(s) directe(s) de ce problème lié à la parole.

FILTRE : pour les cas où le problème remonte à la naissance ou avant l'âge de 5 ans :

DEFPARQ - Est-ce lié plus précisément à une complication de la grossesse ou de l'accouchement de votre mère ? ([problème X])

- 1. Oui -> passer au BLOC MALADIE
- 2. Non -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION
- 9. Ne sait pas -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

DEFPAC - Ce problème de parole a-t-il été causé par un traumatisme, un accident ou une agression? ([problème X])

1. Oui
2. Non -> aller au BLOC MALADIE
9. Ne sait pas -> aller au BLOC MALADIE

FILTRE : Si DEFPAC = 1 et si la personne a déclaré une « blessure ou séquelle permanente causée par un accident » (BMALA48 de la carte n°1 du module B2) :

DEFPACL - Est ce en lien avec la blessure causée par un accident que vous m'avez déclarée auparavant ? ([problème X])

1. Oui
2. Non

FILTRE : si DEFPAC = 1 :

DEFPNAT - De quel type de traumatisme, accident ou agression s'agit-il ? ([problème X])

Présenter la carte n°6 du cahier des cartes

1. Accident du travail
2. Accident de la circulation
3. Accident domestique (survenu au domicile, incluant bricolage, jardinage),
4. Accident de sport
5. Autre accident de la vie courante (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)
6. Opération médicale ou suites d'un traitement médical
7. Tentative de suicide
8. Violence dans l'enfance
9. Violence conjugale, entre partenaires
10. Agression autre, dont faits de guerre
11. Autre type de traumatisme

passer à DEFPAUT

BLOC MALADIE

DEFPMA - Ce problème de parole a-t-il été causé par une maladie ou un autre problème de santé ? ([problème X])

1. Oui -> aller à DEFPMAC
2. Non -> aller à DEFPAUT
9. Ne sait pas -> aller à DEFPAUT

DEFPMAC - S'agit-il d'une maladie ou d'un autre problème de santé précédemment citée ? ([problème X])

1. Oui -> DEFPMAN
2. Non -> retour à la liste des maladies
8. Refus -> DEFPAUT

DEFPMAN. Laquelle? ([problème X])

passer à DEFPAUT

DEFPAUT. Y a-t-il une autre raison qui a pu provoquer ou aggraver ces difficultés pour parler ? ([problème X])

1. Oui -> DEFPP
2. Non -> DEFPSY
8. Refus -> DEFPSY
9. Ne sait pas -> DEFPSY

DEFPP. Laquelle ? Recueil du libellé en clair | _____ |

***** fin du filtre DEFQPAROL = 1, 2, 3, 4 ou 5 (problème lié à la parole) *****
***** Fin du filtre APTER = 0 ***** ;

***** Problèmes psychologiques*****

DEFPSY ; Avez-vous un des problèmes suivants ?

Instruction enquêteur : présenter la carte n°7 du cahier des cartes

Instruction enquêteur : Pour les personnes dans état végétatif ou coma (la modalité 0 d'APTER a été cochée) , cocher 11.

carte n°7 du cahier des cartes

1. ☐ Troubles d'orientation dans le temps ou dans l'espace

Instruction enquêteur : ne pas prendre en compte les troubles d'orientation liés uniquement à un problème de vue)

2. ☐ Troubles de mémoire importants (immédiat ou à long terme)

3. ☐ Troubles de l'humeur (découragement, démotivation)

4. ☐ Troubles anxieux

5. ☐ Difficultés de relations avec autrui (irascibilité, phobie sociale, sentiment d'être agressé)

6. ☐ Difficultés d'apprentissage

7. ☐ Difficultés de compréhension

8. ☐ Retard intellectuel

9. ☐ Autre trouble intellectuel → DEFPSY1P

10. ☐ Autre trouble psychique → DEFPSY2P

11. ☐ Autre trouble → DEFPSY3P

12. ☐ Aucun trouble

Si DEFPSY = 9,

DEFPSY1P. Préciser : | _____ | libellé en clair

Si DEFPSY = 10,

DEFPSY2P. Préciser : | _____ | libellé en clair

Pour les personnes dans état végétatif ou coma (la modalité 0 d'APTER a été cochée) , mettre « APTER=0 ».

Si DEFPSY = 11

DEFPSY3P. Préciser : | _____ | libellé en clair

FILTRE : si au moins une case cochée parmi les cases (DEFPSY=1, 2, 6, 7, 8, 9) poursuivre
Sinon ⇒ passer à DEFAUTRE

Instruction enquêteur : on pose les questions suivantes une seule fois, en englobant toutes les réponses cochées à DEFPSY parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9.

D1PROBPSY.

Depuis combien de temps (en mois ou en année) avez-vous ce(s) problème(s) ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

depuis /___/___/ ☐ Ne sait pas

Instruction enquêteur : si l'enquêté a du mal à calculer cocher 'ne sait pas'

D2PROBPSY. Unité de temps

1. ☐ mois 2. ☐ année(s)

Si D1PROBPSY = ne sait pas

DAPROBPSY. A quel âge environ ce(s) problème(s) est/sont il(s) apparu(s) ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

depuis l'âge de /___/___/ ans. ☐ Ne sait pas

contrôle : DAPROBPSY <= âge de l'enquêté

FILTRE : pour les cas où le problème remonte à la naissance ou avant l'âge de 5 ans :

DEFOPSY - Est-ce lié plus précisément à une complication de la grossesse ou de l'accouchement de votre mère? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

1. Oui -> passer au BLOC MALADIE
2. Non -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION
9. Ne sait pas -> passer au BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

BLOC TRAUMATISME, ACCIDENT, AGRESSION

DEFPSYAC - Ce(s) problème(s) a-t-il été causé par un traumatisme, un accident ou une agression? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

1. Oui
2. Non -> aller au BLOC MALADIE
9. Ne sait pas -> aller au BLOC MALADIE

FILTRE : Si DEFPSYAC = 1 et si la personne a déclaré une « blessure ou séquelle permanente causée par un accident » (MALA48 de la carte n°1 du module B2) :

DEFPSYACL - Est ce en lien avec la blessure causée par un accident que vous m'avez déclarée auparavant ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

1. Oui
2. Non

FILTRE : si DEFPSYAC = 1 :

DEFPSYNAT - De quel type de traumatisme, accident ou agression s'agit-il ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

Présenter la carte n°6 du cahier des cartes

1. Accident du travail
2. Accident de la circulation
3. Accident domestique (survenu au domicile, incluant bricolage, jardinage),
4. Accident de sport
5. Autre accident de la vie courante (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)
6. Opération médicale ou suites d'un traitement médical
7. Tentative de suicide
8. Violence dans l'enfance
9. Violence conjugale, entre partenaires
10. Agression autre, dont faits de guerre
11. Autre type de traumatisme

passer au bloc AUTRES CAUSES

BLOC MALADIE

DEFPSYMA - Ce(s) problème(s) a-t-il été causé par une maladie ou un autre problème de santé ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

1. Oui -> aller à DEFPSYMAC
2. Non -> aller à BLOC AUTRES CAUSES
9. Ne sait pas -> aller à BLOC AUTRES CAUSES

DEFPSYMAC - S'agit-il d'une maladie ou d'un autre problème de santé précédemment citée ? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

1. Oui -> DEFPSYMAN
2. Non -> retour à la liste des maladies
8. Refus -> passer au BLOC AUTRES CAUSES

DEFPSYMAN. Laquelle? ([problème X])

passer au bloc AUTRES CAUSES

BLOC AUTRES CAUSES

Filtre : passer le bloc AUTRES CAUSES seulement si APTE in (1,2)

Filtre : si la personne a déjà travaillé (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1 ou ACTIVANTE=1 dans TCM):

DPSYACTI Vos conditions de travail ont-elles joué un rôle ou contribué à aggraver ce(s) problème(s)? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

- 1. Oui -> DPSYACTIP
- 2. Non -> DPSYCVIE
- 8. Refus
- 9. Ne sait pas

filtre : si DPSYACTI = 1 :

DPSYACTIP- S'agit-il plus précisément... Lecture des modalités par l'enquêteur

- 1. De conditions de travail physiquement pénibles
- 2. D'une exposition à des nuisances
- 3. De stress, de harcèlement
- 4. Autre cause liée aux conditions de travail
- 8. Refus
- 9. Ne sait pas

DPSYACTIA. Si autre, précisez :

DPSYCVIE. Vos conditions de vie ou un événement important de votre vie ont-elles joué un rôle ou contribué à aggraver ce(s) problème(s)? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

- 1. Oui -> DPSYCVIEP
- 2. Non -> DEFPSYAUT
- 8. Refus -> DEFPSYAUT
- 9. Ne sait pas -> DEFPSYAUT

filtre : si DPSYCVIE =1 :

DPSYCVIEP- S'agit-il plus précisément ...Lecture des modalités par l'enquêteur

- 1. De difficultés financières
- 2. De problèmes familiaux (comme le décès d'un proche)
- 3. D'une perte d'emploi, de chômage de longue durée ou d'inactivité subie
- 4. Autre cause liée aux conditions de vie
- 8. Refus
- 9. Ne sait pas

DPSYCVIEA. Si autre : précisez

DEFPSYAUT. Y a-t-il une autre raison qui a pu provoquer ou aggraver ce(s) problème(s)? (rappeler ici les problèmes cochés parmi 1, 2, 6, 7, 8 et 9)

- 1. Oui -> DEFPSYP
- 2. Non -> DEFAUTRE
- 8. Refus -> DEFAUTRE
- 9. Ne sait pas -> DEFAUTRE

DEFPSYP. Laquelle ? Recueil du libellé en clair | _____ |

*****fin du filtre : si DEFPSY=1, 2, 6, 7, 8, 9*(problèmes psychologiques)*****

DEFAUTRE. Hormis ces problèmes ou les maladies déjà citées, avez-vous d'autres problèmes de santé ?
Instruction enquêteur : y compris déficiences esthétiques telles que bec de lièvre, tache de vin...

- 1. Oui -> DEFAUT1
- 2. Non -> passer au module D
- 8. Refus -> passer au module D
- 9. Ne sait pas -> passer au module D

filtre : si DEFAUTRE=1 : Laquelle ?

DEFAUT1. Déficience numéro 1 : écrire le libellé en clair | _____ |

DEFAUT2. Déficience numéro 2 : écrire le libellé en clair | _____ |

DEFAUT3. Déficience numéro 3 : écrire le libellé en clair | _____ |

Module D - Aides techniques

IntroD : Nous allons maintenant aborder les aides techniques que vous utilisez habituellement dans vos activités quotidiennes.

Présenter la CARTE n°8 du cahier des cartes

DPROTU. Pouvez-vous me dire quelles aides techniques/prothèses vous portez/utilisez ?

La carte s'affiche sous CAPI et l'enquêteur coche

Prothèses et implants

1. Prothèse de la hanche
2. Prothèse de genou
3. Prothèse des membres supérieurs (*doigt, main ou bras artificiel,...*)
4. Prothèse des membres inférieurs à l'exclusion de la hanche et du genou (*pied ou jambe artificielle...*)
5. Autre prothèse (*œil de verre, prothèse mammaire, prothèse de nez...*)

appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

6. Appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale (*corset...*)
7. Appareillage des membres supérieurs
8. Appareillage des membres inférieurs (*chaussures orthopédiques...*)
9. Autre appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

aides pour les soins personnels et la protection

10. Sonde ou un collecteur d'urines (*système d'évacuation de l'urine*)
11. Protections absorbantes (*couches*)
12. Vêtements adaptés
13. Aides pour stomisés (*poches, absorbants*)

aides pour la mobilité personnelle

aides au déplacement

14. Cannes ou béquilles
15. Canne blanche
16. Déambulateur
17. Fauteuil roulant manuel
18. Fauteuil roulant électrique
19. Tricycle (*manuel ou à moteur*)
20. Scooter adapté
21. Aide animalière comme un chien guide
22. Autres aides pour marcher ou se déplacer

aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit)

23. Planches, sangles, harnais
24. Lève-personnes
25. Autres aides pour aller du lit au fauteuil

aides pour les traitements

26. Assistance respiratoire (*respirateur, aspirateur, oxygénothérapie*)
27. Traitement d'une affection circulatoire (*bas anti-œdème, compression...*)
28. Matériel de dialyse
29. Matériel d'injection (*seringue ou aiguille, pompe à perfusion, pompe à insuline...*)
30. Matériel pour faire des examens de contrôle (*analyses de sang ou d'urines, tension artérielle...*)
31. Stimulateur cardiaque (*pacemaker*)
32. Matériel anti-escarres (*coussins, matelas...*)
33. Autre aide pour les traitements
34. Aucune aide technique/prothèse

*****Filtre : si la personne est en état végétatif ou coma (si APTER = 0), aller au module G, F1RENC : on ne pose ni la suite du module D, ni les modules E et F, sinon aller en DPROTB *******

DPROTB. Pouvez-vous me dire de quelles aides techniques/ prothèses vous auriez besoin ?

La carte s'affiche sous CAPI

Présenter la CARTE n°8 du cahier des cartes

****Filtre : si la personne a des problèmes de vue (si DEFQVISU=1,2, 3, 5 ou 6 - module C) ***

Utilisez-vous (utilise-t-il) une loupe, un agrandisseur électronique, une machine à lire ou une autre aide optique ou électro-optique?

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

DOPTIQ

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 7
- ☐ 9

**Si DOPTIQ=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DOPTIQB

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 9

Utilisez-vous (utilise-t-il) un système de reconnaissance vocale ou de synthèse vocale, un écran tactile ou une autre interface ordinateur ?

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

DORDIN

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 7
- ☐ 9

**Si DORDIN=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DORDINB

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 9

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

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

DAPBRA

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 7
- ☐ 9

Filtre : si la personne a appris le braille (si DAPBRA = 1) :

Pratiquez-vous (pratique-t-il) le braille pour la lecture et ou l'écriture?

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

DLIBRA

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 9

Utilisez-vous (utilise-t-il) des sorties braille (plages, imprimantes, bloc notes...) ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | ☐ 1 |
| 2. Non | ☐ 2 |
| 7. Sans objet : trop jeune | ☐ 7 |
| 9. Ne sait pas..... | ☐ 9 |

DECRTA

**Si DECRTA=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DECRTAB

*****fin du Filtre : si DEFQVISU=1,2,3,5 ou 6 (module C)*****

Filtre : si la personne a des difficultés pour parler (si DEFPAROL=1 - module C) :

Utilisez-vous (utilise-t-il) un générateur, un amplificateur de voix ou une autre aide pour parler ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui | ☐ 1 |
| 2. Non..... | ☐ 2 |
| 7. Sans objet : trop jeune | ☐ 7 |
| 9. Ne sait pas..... | ☐ 9 |

DVOIX

**Si DVOIX=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DVOIXB

Filtre : si la personne n'est pas aveugle (si DEFQVISU <>1 - module C) :

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

Lire les modalités de réponse

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Oui, je l'utilise | ☐ 1 |
| 2. Oui, je la comprends mais je ne l'utilise pas..... | ☐ 2 |
| 3. Non, je ne la connais pas mais je souhaiterais l'apprendre | ☐ 3 |
| 4. Non, je ne la connais pas et je n'en ai pas besoin | ☐ 4 |
| 7. Sans objet : trop jeune | ☐ 7 |
| 9. Ne sait pas..... | ☐ 9 |

DSIGNE

*******Filter : si la personne a des problèmes d'audition (si DEFAUDI = 1 ou B1OUI=1 ou B1OUIB=1)-
module C)*******

**Utilisez-vous (utilise-t-il) du matériel audio-visuel adapté pour les
malentendants ? (décodeur « CEEFAX »,...)**

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

DAUDIO

- ☐ 1
☐ 2
☐ 7
☐ 9

**Si DAUDIO=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DAUDIOB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

**Utilisez-vous (utilise-t-il) des boucles magnétiques, un amplificateur
de voix ou un autre aide pour entendre ?**

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

DOUIE

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

**Si DOUIE=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

DOUIEB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

***** fin Filter : si DEFAUDI = 1 ou B1OUI=1 ou B1OUIB=1 *****

*******Filter : si la personne a des problèmes relatifs aux membres supérieurs :** *****

si DEF1PARA=1,3,4,7,8,9,10 (paralysie totale)
OU si DEF2PARA=1,3,4,7,8,9,10 (paralysie partielle)
OU si DEF5PARA=1,3,4,7,8,9,10,15 (limitation de la force musculaire)
OU si DEFAMPUT=1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 (amputation)
OU si DEFARTI=3,4,5,6,7,8,9,10 (gêne dans les articulations)
Questions module C

**Utilisez-vous (utilise-t-il (s)) des équipements adaptés d'aide à l'écriture ?
Lire les modalités de réponse**

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DECRITB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

**Si DECRITB=non :
En auriez-vous besoin ?**

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DECRITBB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Utilisez-vous (utilise-t-il) des commandes à distance, de pinces, un télémanipulateur, une station robotisée ou une autre aide pour saisir ou manipuler à distance ?

Lire les modalités de réponse

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DMANIP

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Si DMANIP=non :

En auriez-vous besoin ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DMANIPB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Utilisez-vous (utilise-t-il) une licorne, une baguette buccale ou un autre système de compensation de la fonction des mains ou des doigts ?

Lire les modalités de réponse

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DDOIGT

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Si DDOIGT=non :

En auriez-vous besoin ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DDOIGTB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Filtre : si la personne n'est pas aveugle (si DEFQVISU <>1 - module C) :

Utilisez-vous (utilise-t-il) un porte-livre, un tourne-pages ou une autre aide à la lecture ?

Lire les modalités de réponse

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DLECTU

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Si DLECTU=non :

En auriez-vous besoin ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DLECTUB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

***** fin du Filtre (problème aux membres supérieurs)*****

Utilisez-vous une téléalarme ?

Instruction enquêteur : la téléalarme est destinée à l'assistance utilisée en cas de difficulté (chute, par exemple). A ne pas confondre avec l'alarme que l'on a dans son domicile pour alerter en cas de vol ou avec un système d'appel en place dans l'institution.

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

BALARM

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

**Si BALARM=non :
En auriez-vous besoin ?**

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

BALARMB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

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

Lire les modalités de réponse

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DAUTEQ

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Si DAUTEQ=non : En auriez-vous besoin ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

DAUTEQB

- ☐ 1
☐ 2
☐ 9

Si DAUTEQ=oui : Lequel ? (notez en clair ci-dessous les équipements ou aides mentionnés)

**DEQUIP1
DEQUIP2
DEQUIP3
DEQUIP4
DEQUIP5**

Filtre : si la personne a déclaré avoir besoin d'une aide technique (si DPROTB<>34 ou DOPTIQB=1 ou DORDINB=1 ou DECRITAB=1 ou DVOIXB=1 ou DAUDIOB=1 ou DOUIEB=1 ou DECRITBB=1 ou DMANIPB=1 ou DDOIGTB=1 ou DLECTUB=1 ou BALARMB=1 ou DAUTEQB=1) :

J'aimerais que vous pensiez à toutes les aides et appareils spécialisés dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides ? (plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. Ça n'est pas pris en charge par les assurances /mutuelles.....
2. C'est insuffisamment pris en charge par les assurances /mutuelles
3. Ça coûte trop cher
4. Votre état de santé n'est pas assez grave
5. Vous ne savez pas comment l'obtenir
6. Ce n'est pas disponible
7. Vous ne pensez pas que cela serve durablement
8. Autre raison
9. Ne sait pas.....

DBESAP

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

Filtre : si DBESAP=8 :

DBESAPCL. Précisez (réponse en clair) | _____ |

Module E - Limitations fonctionnelles

Limitations

Maintenant, j'aimerais que vous pensiez aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans la vie de tous les jours. Ignorez les problèmes temporaires, passagers.

Instruction à l'enquêteur : On entend par « aide technique » un instrument, un équipement ou système adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité.

*******Filtre : si la personne n'est pas aveugle (si DEFQVISU<>1) .*******

B2VUE.

Si B1VUE=1 : Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal avec vos lentilles ou vos lunettes ?

Si B1VUE=2 : Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal ?

Lecture des modalités par l'enquêteur

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
9. Ne sait pas

B3VUE.

Si B1VUE=1 : Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) avec vos lentilles ou vos lunettes ?

Si B1VUE=2 : Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
9. Ne sait pas

*******fin du Filtre : si DEFQVISU<>1 .*******

*******Filtre : si la personne n'est pas complètement sourde (si DEFQAUDI<>1) .*******

B2OUI.

Si B1OUI=1 : Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes avec votre appareil auditif ?

Si B1OUI=21 : Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
9. Ne sait pas

BDEP. Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté.....-> aller à BESCAL
2. Oui, avec quelques difficultés.....->aller à BDEPCOMP
3. Oui, avec beaucoup de difficultés.->aller à BDEPCOMP
4. Non, je ne peux pas du tout.....->aller à BDEPCOMP
5. Sans objet : trop jeune.....-> aller à BESCAL
8. Refus..... -> aller à BESCAL
9. Ne sait pas..... -> aller à BESCAL

BDEPCOMP. Et avec l'aide d'une canne ou d'une aide technique, pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, mais j'ai toujours des difficultés
3. Non, je ne peux pas du tout
4. Je n'utilise pas d'aide technique pour marcher

BESCAL. Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

BBRAS. Pouvez-vous lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

BSOU. Pouvez-vous vous servir de vos mains et de vos doigts sans aide technique (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...) ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

BMAIN. Pouvez-vous prendre un objet avec chacune de vos mains sans aide technique ?

Lecture des modalités par l'enquêteur

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, mais uniquement de la main dominante
3. Oui, uniquement de la main non dominante
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

Filtre : Si la personne a des problèmes pour utiliser ses mains ou ses bras (si BBRAS=2,3 ou 4 ou BSOU=2,3 ou 4 ou BMAIN=2, 3 ou 4) :

BCOMPBRAS. Et avec une aide technique, pouvez-vous vous servir de vos bras, de vos mains ou de vos doigts ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, mais j'ai toujours des difficultés
3. Non, je ne peux pas du tout
4. Je n'utilise pas d'aide technique pour les bras ou les mains

BAGEN. Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté-> aller à BPOIDS
2. Oui, avec quelques difficultés.....-> aller à BAGENCOMP
3. Oui, avec beaucoup de difficultés.-> aller à BAGENCOMP
4. Non, je ne peux pas du tout.....-> aller à BAGENCOMP
5. Sans objet : trop jeune.....-> aller à BPOIDS
8. Refus.....-> aller à BPOIDS
9. Ne sait pas.....-> aller à BPOIDS

BAGENCOMP. Et avec une aide technique, pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, mais j'ai toujours des difficultés
3. Non, je ne peux pas du tout
4. Je n'utilise pas d'aide technique pour me baisser ou m'agenouiller

BPOIDS. Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

B1MORD. Portez-vous un dentier ?

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

B2MORD.

Si B1MORD=1 : Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs comme une pomme ferme (lorsque vous portez votre dentier) ?

Si B1MORD=2 : Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs comme une pomme ferme ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune
8. Refus
9. Ne sait pas

B1ELI. Pouvez-vous contrôler vos selles ou vos urines ?

1. Oui, sans difficulté-> BTEMPS
2. Oui, avec quelques difficultés.....-> B2ELI
3. Oui, avec beaucoup de difficultés...-> B2ELI
4. Non, je ne peux pas du tout.....-> B2ELI
5. Sans objet : trop jeune.....-> BTEMPS
8. Refus.....-> BTEMPS
9. Ne sait pas.....-> BTEMPS

B2ELI. Vous débrouillez-vous seul quand cela vous arrive ?

1. Oui, sans difficultés
2. Oui, mais j'ai toujours des difficultés
3. Je ne peux pas du tout
4. Je n'utilise pas d'aide
8. Refus
9. Ne sait pas

Difficultés fonctionnelles psychiques, intellectuelles et mentales

Filtre : si age<5 ans =>aller au module F

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

Lecture des modalités par l'enquêteur

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

BMEM. Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ?

Instruction enquêteur : Il s'agit d'une journée ordinaire et non de pas de la journée d'enquête.

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

BCONC. Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

BVIEQ. Avez-vous des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent) ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

BSAVOIR. Avez-vous des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoirs faire (par exemple avoir des problèmes importants de concentration, intégrer difficilement de nouvelles connaissances, avoir des troubles qui nuisent à un apprentissage, ...) que ce soit à l'école, en formation professionnelle, dans une activité de loisirs, ... ?

0. Sans objet (n'a pas envie)
1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

BCOMP. Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres (en dehors des difficultés liées aux différences de langue)?

- 1. Non
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, souvent
- 9. Ne sait pas

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

Instruction enquêteur : ne pas prendre en compte les cas de mise en danger liées uniquement à des problèmes de vue

- 1. Non
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, souvent
- 9. Ne sait pas

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

- 1. Non
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, souvent
- 9. Ne sait pas

Module F - Restrictions d'activité

Filtre : si la personne est en état végétatif ou coma (si APTER = 0), ou pour les enfants de moins de 5 ans => passer au module G

Préambule : Nous allons maintenant parler des difficultés que vous pouvez rencontrer dans les activités de la vie quotidienne et les aides éventuelles dont vous disposez pour les réaliser ainsi que celles dont vous auriez besoin. **Le mot aide se réfère à l'aide humaine, aux aides techniques et aux aménagements/adaptations du logement**. Une fois de plus, veuillez ignorer les problèmes passagers ou temporaires.

***** **Questions sur les ADL** ***** ;

NADL : Pouvez-vous, même avec difficultés, réaliser seul(e) l'une de ces activités ?

Présenter la carte n°9

1. oui
2. non
8. refus
9. ne sait pas

Carte n°9 :

1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)

***** **Filtre : si Non, la personne ne peut pas réaliser seule une des activités (si NADL = 2), poser le bloc AIDPDAL à BESTADL** *****

AIDPADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles que vous réalisez avec l'aide d'un tiers (membre de l'entourage ou professionnel) ? (présenter la carte 9)

(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

0. Aucune
1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)

AIDTADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles que vous réalisez avec l'aide d'un appareillage spécifique ou d'un aménagement du logement (suivant les cas) ? (présenter la carte 9)

(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

0. Aucune
1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)

BESPADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles pour lesquelles vous auriez besoin de d'aide ou de davantage d'aide de tiers (membre de l'entourage ou professionnel) ? (présenter la carte 9)

(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

0. Aucune
1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)

BESTADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles pour lesquelles vous auriez besoin d'aide ou de davantage d'aide sous forme d'un appareillage spécifique ou d'un aménagement du logement ? (présenter la carte 9)

(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

0. Aucune
1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)
2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)
4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête
5. Vous servir des toilettes seul(e)
6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)
7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)

Fin du filtre : si NADL = 2 ** ;

*****Filtre : si la personne peut réaliser au moins une des activités de la liste (si NADL = 1)*****

*** poser le bloc ADL--BTRA2BES *****

ADL. Parmi ces activités, quelles sont celles que vous avez des difficultés à réaliser seul(e) ou que vous ne pouvez pas réaliser seul(e) ?

(plusieurs réponses possibles)

Ne pas prendre en compte les cas où le parent répond que l'enfant est trop jeune (ex : se servir des toilettes seul pour un nourrisson)

présenter la carte n°9

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche)2. Vous habiller et vous déshabiller seul(e)3. Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e)4. Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête5. Vous servir des toilettes seul(e)6. Vous coucher et vous lever du lit seul(e)7. Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)8. Aucune difficulté pour réaliser chacune de ces activités. |
|---|

Filtre : si ADL=1 : (difficultés pour se laver seul)

BTOI. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BTOIPART. Vous avez des difficultés pour vous laver ...

1. Le haut du corps (y compris le visage, les bras et mains)
2. Le bas du corps (y compris les pieds)
3. La partie haute et la partie basse du corps

BTOIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour vous laver ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BTOIBES.

Si BTOIAID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour vous laver ?

Si BTOIAID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous laver ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=1 :

Filtre : si ADL=2 : (difficultés pour s'habiller et se déshabiller seul)

BHAB. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous habiller et vous déshabiller seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BHABPART. Vous avez des difficultés pour... (plusieurs réponses possibles)

1. passer, enfiler des vêtements par la tête ou le bras
2. fermer un vêtement ou mettre une ceinture, des bretelles, un soutien-gorge
3. passer, enfiler les vêtements par le bas (y compris les chaussettes)
4. mettre vos chaussures
5. pour tout faire

BHABAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour vous habiller et vous déshabiller ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BHABBES.

Si BHABAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller et vous déshabiller ?

Si BHABAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous habiller et vous déshabiller ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=2 :

Filtre : si ADL=3 : (difficultés pour couper le nourriture ou se servir à boire seul)

B1ALI. Quel degré de difficultés avez-vous pour couper votre nourriture ou vous servir à boire ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

B1ALIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour couper votre nourriture ou vous servir à boire ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

B1ALIBES.

Si B1ALIAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour couper votre nourriture ou vous servir à boire ?

Si B1ALIAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour couper votre nourriture ou vous servir à boire ?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=3 :

Filtre : si ADL=4 : (difficultés pour manger et boire seul)

B2ALI. Quel degré de difficultés avez-vous pour manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

B2ALIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour manger et boire, une fois que la nourriture est prête ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BALI3BES.

Si B2ALIAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour manger et boire, une fois que la nourriture est prête ?

Si B2ALIAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour manger et boire, une fois que la nourriture est prête ?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=4 :

Filtre : si ADL=5 : (difficultés pour se servir des toilettes seul)

BELI. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous servir des toilettes seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BELIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour vous servir des toilettes)? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BELIBES.

Si BELIAID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour vous servir des toilettes?

Si BELIAID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous servir des toilettes?
(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=5 :

Filtre : si ADL=6 : (difficultés pour se coucher et se lever du lit seul)

BTRA1. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous coucher et vous lever du lit seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BTRA1AID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour vous coucher et vous lever du lit ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BTRA1BES.

Si BTRA1AID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour vous coucher et vous lever du lit ?

Si BTRA1AID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous coucher et vous lever du lit ?
(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=6 :

Filtre : si ADL=7 : (difficultés pour s'asseoir et se lever d'un siège seul)

BTRA2. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BTRA2AID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour vous asseoir et vous lever d'un siège? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BTRA2BES.

Si BTRA2BES=5 : Avez-vous besoin d'aide pour vous asseoir et vous lever d'un siège?

Si BTRA2BES<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous asseoir et vous lever d'un siège? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si ADL=7 :

***** Fin des Questions sur les ADL ***** ;
***** Questions sur les IADL ***** ;

Filtre : si age>=15 :

NIADL. : Pouvez-vous, même avec difficultés, réaliser seul(e) l'une de ces activités ?

Présenter la carte n°10

1. oui
2. non
8. refus
9. ne sait pas

Ne tenir compte que des propositions qui sont dans le champ d'activité de la personne (par exemple, ne pas tenir compte de « Préparer vos repas » pour des personnes dont les repas sont préparés par l'institution) présenter la carte n°10

Carte n°10 :

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)
2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)
3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)
4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)
5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)
6. Prendre vos médicaments seul(e)
7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)
8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)
9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)
10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement
11. Vous servir du téléphone seul(e)
12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)

*******Filtre : si la personne ne peut pas réaliser au moins une des activités de la liste (si NIADL = 2), poser le bloc AIDPIADL à BESTIADL*******

AIDPIADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles que vous réalisez avec l'aide d'un tiers (membre de l'entourage ou professionnel) ? (présenter la carte 10)
(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

Filtre : pour toutes les personnes répondant au module F (soit APTER ≠0 et AGES ≥ 5ans)

- o **si au moins une des modalités (1, 2, 3, 4, 6 ou 12) à ACTIVITES est cochée alors IADL doit afficher les modalités cochées à ACTIVITES et les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11**
Ex : Si les modalités 1 et 12 de ACTIVITES sont cochées alors l'enquêteur peut cocher les modalités 1 et 12 de IADL.
- o **Si ACTIVITES=20, alors les modalités 1, 2, 3, 4, 6 et 12 ne doivent pas être affichées mais les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 doivent l'être**

Pour info, les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 sont systématiquement affichées.

0. Aucune

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)

2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)

3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)

4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)

5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)

6. Prendre vos médicaments seul(e)

7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)

8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)

9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)

10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement

11. Vous servir du téléphone seul(e)

12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)

AIDTIADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles que vous réalisez avec l'aide d'un appareillage spécifique ou d'un aménagement du logement (suivant les cas) ? (présenter la carte 10)
(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

Filtre : pour toutes les personnes répondant au module F (soit APTER ≠0 et AGES ≥ 5ans)

- o **si au moins une des modalités (1, 2, 3, 4, 6 ou 12) à ACTIVITES est cochée alors IADL doit afficher les modalités cochées à ACTIVITES et les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11**
Ex : Si les modalités 1 et 12 de ACTIVITES sont cochées alors l'enquêteur peut cocher les modalités 1 et 12 de IADL.
- o **Si ACTIVITES=20, alors les modalités 1, 2, 3, 4, 6 et 12 ne doivent pas être affichées mais les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 doivent l'être**

Pour info, les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 sont systématiquement affichées

0. Aucune

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)
2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)
3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)
4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)
5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)
6. Prendre vos médicaments seul(e)
7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)
8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)
9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)
10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement
11. Vous servir du téléphone seul(e)
12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)

BESPIADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles pour lesquelles vous auriez besoin d'aide ou de davantage d'aide de tiers (membre de l'entourage ou professionnel) ? (présenter la carte 10) (plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

Filtre : pour toutes les personnes répondant au module F (soit APTER ≠0 et AGES ≥ 5ans)

- o **si au moins une des modalités (1, 2, 3, 4, 6 ou 12) à ACTIVITES est cochée alors IADL doit afficher les modalités cochées à ACTIVITES et les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11**

Ex : Si les modalités 1 et 12 de ACTIVITES sont cochées alors l'enquêteur peut cocher les modalités 1 et 12 de IADL.

- o **Si ACTIVITES=20, alors les modalités 1, 2, 3, 4, 6 et 12 ne doivent pas être affichées mais les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 doivent l'être**

Pour info, les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 sont systématiquement affichées

0. Aucune

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)
2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)
3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)
4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)
5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)
6. Prendre vos médicaments seul(e)
7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)
8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)
9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)
10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement
11. Vous servir du téléphone seul(e)
12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)

BESTIADL : Parmi les activités suivantes, quelles sont celles pour lesquelles vous auriez besoin d'aide ou de davantage d'aide sous forme d'un appareillage spécifique ou d'un aménagement du logement ? (présenter la carte 10)
(plusieurs modalités possibles sauf si modalité 0 cochée)

Filtre : pour toutes les personnes répondant au module F (soit APTER ≠ 0 et AGES ≥ 5ans)

- o **si au moins une des modalités (1, 2, 3, 4, 6 ou 12) à ACTIVITES est cochée alors IADL doit afficher les modalités cochées à ACTIVITES et les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11**

Ex : Si les modalités 1 et 12 de ACTIVITES sont cochées alors l'enquêteur peut cocher les modalités 1 et 12 de IADL.

- o **Si ACTIVITES=20, alors les modalités 1, 2, 3, 4, 6 et 12 ne doivent pas être affichées mais les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 doivent l'être**

Pour info, les modalités 0, 5, 7, 8, 9, 10, 11 sont systématiquement affichées

0. Aucune

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)

2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)

3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)

4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)

5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)

6. Prendre vos médicaments seul(e)

7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)

8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)

9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)

10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement

11. Vous servir du téléphone seul(e)

12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)

*******Fin du filtre : (si NIADL = 2)*******

*******Filtre : si la personne peut réaliser au moins une des activités de la liste (si NIADL = 1),****

*******poser le bloc IADL--BORDIBES*******

IADL. Parmi ces activités, quelles sont celles que vous avez des difficultés à réaliser seul(e) ou que vous ne pouvez pas réaliser seul(e) ?

(plusieurs réponses possibles)

Ne pas prendre en compte les cas où le parent répond que l'enfant est trop jeune (ex : faire les démarches administratives courantes)

Si la personne ne s'est jamais servie d'un ordinateur, il ne faut pas cocher la case 12 : Vous servir d'un ordinateur seul(e) car la question est sans objet.

Ne tenir compte que des propositions qui sont dans le champ d'activité de la personne (par exemple, ne pas tenir compte de « Préparer vos repas » pour des personnes dont les repas sont préparés par l'institution)
présenter la carte n°10

filtre : pour toutes les personnes répondant au module F (soit APTER ≠0 et AGES ≥ 5ans)

- o **si au moins une des modalités (1, 2, 3, 4, 6 ou 12) à ACTIVITES est cochée alors IADL doit afficher les modalités cochées à ACTIVITES et les modalités 5, 7, 8, 9, 10, 11 et 13**

Ex : Si les modalités 1 et 12 de ACTIVITES sont cochées alors l'enquêteur peut cocher les modalités 1 et 12 de IADL.

- o **Si ACTIVITES=20, alors les modalités 1, 2, 3, 4, 6 et 12 ne doivent pas être affichées mais les modalités 5, 7, 8, 9, 10, 11 et 13 doivent l'être**

Pour info, les modalités 5, 7, 8, 9, 10, 11 et 13 sont systématiquement affichées

1. Faire vos courses seul(e) (y compris de façon épisodique, pour acheter des vêtements par exemple)
2. Préparer vos repas seul(e) (y compris de façon épisodique)
3. Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (rangement, repassage, lessive,...) seul(e)
4. Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, couture,...)
5. Faire les démarches administratives courantes seul(e)
6. Prendre vos médicaments seul(e)
7. Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e)
8. Sortir de votre chambre ou de votre logement seul(e)
9. Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)
10. Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez de votre chambre ou de votre logement
11. Vous servir du téléphone seul(e)
12. Vous servir d'un ordinateur seul(e)
13. Aucune difficulté pour réaliser chacune de ces activités.

Filtre : si IADL=1: (difficultés pour faire ses courses seul)

BACHA. Quel degré de difficultés avez-vous pour faire vos courses seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BACHACE. Pourquoi avez-vous des difficultés pour faire vos courses seul(e)?

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raisons (pas l'habitude, etc.)

BACHAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour faire vos courses ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BACHABES.

Si BACHAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour faire vos courses ?

Si BACHAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour faire vos courses ?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=1 :

Filtre : si IADL=2: (difficultés pour préparer ses repas seul)

BREP. Quel degré de difficultés avez-vous pour préparer vos repas seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BREPCF. Pourquoi avez-vous des difficultés pour préparer vos repas seul(e) ?

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raisons (pas l'habitude, etc.)

BREPAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour préparer vos repas ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BREPBES. (plusieurs réponses possibles)

Si BREPAID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour préparer vos repas ?

Si BREPAID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour préparer vos repas ?

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=2 :

Filtre : si IADL=3: (difficultés pour faire seul les tâches ménagères courantes)

BMEN1. Quel degré de difficultés avez-vous pour faire les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BMEN1CF. Pourquoi avez-vous des difficultés pour faire les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) seul(e) ?

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raisons (pas l'habitude, etc.)

BMEN1AID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour faire les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BMEN1BES. (plusieurs réponses possibles)

Si BMEN1AID =5 : Avez-vous besoin d'aide pour faire les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) ?

Si BMEN1AID <>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour faire les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) ?

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=3 :

Filtre : si IADL=4: (difficultés pour faire des petits travaux seul)

BMEN2. Quel degré de difficultés avez vous pour faire les tâches plus occasionnelles seul(e)(petits travaux, couture, etc.) ?

1. Quelques difficultés -> aller à BMEN2CF
2. Beaucoup de difficulté -> aller à BMEN2CF
3. Je ne peux pas faire seul(e) -> aller à BMEN2AID

BMEN2CF. Pourquoi avez-vous des difficultés pour faire les tâches plus occasionnelles seul(e)(petits travaux, couture, etc.)

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raison (pas l'habitude, etc.)

BMEN2AID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour faire les tâches plus occasionnelles (petits travaux, couture, etc.) ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BMEN2BES. (plusieurs réponses possibles)

Si BMEN2AID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour faire les tâches plus occasionnelles (petits travaux, couture, etc.) ?

Si BMEN2AID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour faire les tâches plus occasionnelles (petits travaux, couture, etc.) ?

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=4 :

Filtre : si IADL=5 : ((difficultés pour faire les démarches administratives seul)

BADM. Quel degré de difficultés avez-vous pour faire les démarches administratives courantes seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BADMCF. Pourquoi avez-vous des difficultés pour faire les démarches administratives courantes seul(e) ?

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raison (pas l'habitude, etc.)

BADMAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour faire les démarches administratives courantes ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BADMBES. (plusieurs réponses possibles)

Si BADMAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour faire les démarches administratives courantes?

Si BADMAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour faire les démarches administratives courantes ?

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=5 :

Filtre : si IADL=6: (difficultés pour prendre ses médicaments seul)

BMED. Quel degré de difficultés avez vous pour prendre vos médicaments seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BMEDAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour prendre vos médicaments ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BMEDBES.

Si BMEDAID =4 : Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments?

Si BMEDAID <>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour prendre vos médicaments?
(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=6 :

Filtre : si IADL=7: (difficultés pour se déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul)

BDEPI. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BDEPIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement de la chambre ou du logement pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage ?
(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BDEPIBES.

Si BDEPIAID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage ?

Si BDEPIAID <>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage ?
(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
4. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=7 :

Filtre : si IADL=8: (difficultés pour sortir de la chambre ou du logement seul)

BDEPE. Quel degré de difficultés avez-vous pour sortir de votre logement seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BDEPEAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un, une aide technique ou un aménagement pour sortir de votre chambre ou de votre logement ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Un aménagement de votre chambre ou de votre logement
5. Aucune aide

BDEPEBES.

Si BDEPEAID=5 : Avez-vous besoin d'aide pour sortir de votre chambre ou de votre logement?

Si BDEPEAID<>5 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour sortir de votre chambre ou de votre logement?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Un aménagement
4. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=8 :

Filtre : si IADL=9: (difficultés pour utiliser un moyen de déplacement seul)

BBUS. Quel degré de difficultés avez-vous pour utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BBUSAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique pour prendre un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander un si taxi, prendre les transports en commun) ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique
4. Aucune aide

BBUSBES.

Si BBUSAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour utiliser un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander un si taxi, prendre les transports en commun) ?

Si BBUSAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour utiliser un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander un si taxi, prendre les transports en commun) ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=9 :

Filtre : si IADL=10: (difficultés pour trouver seul son chemin)

BORI. Quel degré de difficultés avez-vous pour trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BORIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un ou une aide technique ou une aide animalière pour trouver votre chemin lorsque vous sortez ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un appareillage spécifique ou une aide animalière
4. Aucune aide

BORIBES.

Si BORIAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour trouver votre chemin lorsque vous sortez ?

Si BORIAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour trouver votre chemin lorsque vous sortez ?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un appareillage spécifique ou une aide animalière
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=10 :

Filtre : si IADL=11: (difficultés pour se servir du téléphone seul)

BTEL. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous servir du téléphone seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BTELAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un pour vous servir du téléphone ou d'un téléphone adapté ? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. Un téléphone adapté
4. Aucune aide

BTELBES.

Si BTELAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour vous servir du téléphone ?

Si BTELAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous servir du téléphone ?

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. Un téléphone adapté
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=11 :

Filtre : si IADL=12: (difficultés pour se servir d'un ordinateur seul)

BORDI. Quel degré de difficultés avez-vous pour vous servir d'un ordinateur seul(e) ?

1. Quelques difficultés
2. Beaucoup de difficulté
3. Je ne peux pas faire seul(e)

BORDICE. Pourquoi avez-vous des difficultés pour vous servir d'un ordinateur seul(e) ?

1. C'est surtout du fait de votre état de santé, d'un handicap ou de la vieillesse
2. Pour d'autres raisons (pas l'habitude, etc.)

BORDIAID. Utilisez-vous l'aide de quelqu'un pour vous servir d'un ordinateur ou un ordinateur adapté? (plusieurs réponses possibles)

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
3. un ordinateur adapté
4. Aucune aide

BORDIBES. (plusieurs réponses possibles)

Si BORDIAID=4 : Avez-vous besoin d'aide pour vous servir d'un ordinateur ?

Si BORDIAID<>4 : Avez-vous besoin de plus d'aide pour vous servir d'un ordinateur ?

1. L'aide d'un tiers (membres de l'entourage ou professionnels)
2. un ordinateur adapté
3. Aucune aide

fin Filtre : si IADL=12:

***** Fin des questions sur les IADL***** ;

Filtre : Pour tous ceux qui sont concernés par le module F :

BALE. Avez-vous des difficultés pour appeler à l'aide seul(e) en cas de problème?

1. Non aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficulté
4. Je ne peux pas faire seul(e)

Variables créées automatiquement par CAPI (utilisées dans d'autres modules)

Si la personne a au moins une restriction d'activité (au moins une des variables de BTOI à BTRA2 =1, 2 ou 3 ou au moins une des variables de BACHA à BORDI =1, 2 ou 3 RESTRIC=1 sinon RESTRIC=2

C'est à dire :

Si NADL = 2 ou NIADL= 2 ou BTOI=1,2ou 3 ou BHAB=1,2 ou 3 ou B1ALI=1,2 ou 3ou B2ALI=1,2 ou 3 ou BELI=1,2ou 3 ou BTRA1=1,2ou 3 ou BTRA2=1,2ou 3 ou BACHA=1,2 ou 3 ou BREP=1,2 ou 3 ou BMEN1=1,2 ou 3 ou BMEN2=1,2 ou 3 ou BADM=1,2 ou 3 ou BMED=1,2 ou 3 ou BDEPI=1,2 ou 3 ou BDEPE=1,2 ou 3 ou BBUS=1,2 ou 3 ou BORI=1,2 ou 3 ou BTEL=1,2 ou 3 ou BORDI=1,2 ou 3 alors RESTRIC=1, sinon RESTRIC=2

Si la personne a au moins une restriction d'activité forte (au moins une des variables de BTOI à BTRA2 =2 ou 3 ou au moins une des variables de BACHA à BORDI =2 ou 3) RESTRICFORT=1 sinon RESTRICFORT =2

C'est à dire :

Si NADL = 2 ou NIADL= 2 ou BTOI=2 ou 3 ou BHAB=2 ou 3 ou B1ALI=2 ou 3 ou B2ALI=2 ou 3 ou BELI=2 ou 3 ou BTRA1=2 ou 3 ou BTRA2=2 ou 3 ou BACHA=2 ou 3 ou BREP=2 ou 3 ou BMEN1=2 ou 3 ou BMEN2=2 ou 3 ou BADM=2 ou 3 ou BMED=2 ou 3 ou BDEPI=2 ou 3 ou BDEPE=2 ou 3 ou BBUS=2 ou 3 ou BORI=2 ou 3 ou BTEL=2 ou 3 ou BORDI=2 ou 3 alors RESTRICFORT =1, sinon RESTRICFORT =2

Filtre : si la personne a des difficultés pour se déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e) (si BDEPI=1, 2 ou 3 ou si NIADL = 2):

BMOB. Etes-vous obligé(e) de rester toute la journée...?

1. ... au lit
2. ... dans un fauteuil (non roulant)
3. ...ni l'un ni l'autre

Filtre : Pour tous ceux qui sont concernés par le module F : (RECAID à BREL°) :

RECAID. En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, y-a-t-il des personnes qui vous aident pour accomplir d'autres tâches de la vie quotidienne que celles déjà citées ?

1. Oui, une ou des personnes de mon entourage ou des aidants professionnels)
3. Non, mais j'en aurais besoin
4. Non, je n'en ai pas besoin
8. Refus

AUTAID. En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, y a-t-il des personnes (conjoint, famille, non-professionnel) qui vous aident financièrement ou matériellement ou bien encore qui vous apportent un soutien moral?

1. Oui
2. Non, mais j'en aurais besoin
3. Non, je n'en ai pas besoin
8. Refus

BPSY. Est-ce que des difficultés psychologiques perturbent votre vie quotidienne ?

1. Non, jamais
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
4. Oui, très souvent
8. Refus
9. Ne sait pas

BSTIM. Pensez à des activités de tous les jours, y en a-t-il pour lesquelles une personne doit vous rappeler, vous inciter à réaliser cette ou ces activités (faire votre toilette, prendre vos repas, etc.)?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

BREL. Au quotidien, éprouvez-vous des difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes ?

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
8. Refus

Module G - Environnement familial et aide

Relations

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré l'un ou l'autre des membres de votre famille? lire les modalités 1 à 6

1. Chaque jour
2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
3. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
4. Une fois par mois
5. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois)
6. Jamais
7. Sans objet (pas de famille)
9. Ne sait pas.....

F1RENC

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

Filtre : si F1RENC =1, 2, 3, 4 ou 5 :

F2RENC. Combien de membres de votre famille avez-vous rencontrés au cours du dernier mois ?

lire les modalités, une seule réponse possible

1. ☐ aucun
2. ☐ un
3. ☐ deux ou trois
4. ☐ quatre ou cinq
5. ☐ 6 ou plus
9. ☐ Ne sait pas

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré l'un ou l'autre de vos amis (y compris collègues de travail en dehors de vos obligations professionnelles) ? lire les modalités 1 à 6

1. Chaque jour
2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
3. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
4. Une fois par mois
5. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois)
6. Jamais
7. Sans objet (pas d'amis)
9. Ne sait pas.....

F3RENC

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

Filtre : si F3RENC =1, 2, 3, 4 ou 5 :

F4RENC. Combien d'amis avez-vous rencontrés au cours du dernier mois ?

lire les modalités, une seule réponse possible

1. ☐ aucun
2. ☐ un
3. ☐ deux ou trois
4. ☐ quatre ou cinq
5. ☐ 6 ou plus
9. ☐ Ne sait pas

Si NVTYPET <> 6 : Connaissez-vous d'autres pensionnaires ?

Si NVTYPET = 6 : Connaissez-vous vos voisins (ceux de votre domicile personnel) ?

1. Oui, presque tous
2. Oui, certains
3. Non, j'habite ici depuis trop peu de temps
4. Non, pour d'autres raisons
5. Sans objet (n'a pas de voisins)
9. Ne sait pas.....

F5RENC

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 9

filtre : si F5RENC<>5 :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des conflits avec vos voisins, des discussions désagréables ?

1. Oui
2. Non

CONFLI

- ☐ 1
- ☐ 2

filtre : si (F1RENC<>7 ou F3RENC<>7) et APTE in (1,2) :

Aimeriez-vous voir votre famille ou vos amis plus souvent ?

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

F6RENC

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 9

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous communiqué par téléphone, texto, internet, courrier, etc... avec l'un ou l'autre des membres de votre famille ?

(on ne prend en compte que les contacts avec les membres de votre qui ne vivent pas avec vous)

lire les modalités 1 à 6

1. Chaque jour
2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
3. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
4. Une fois par mois
5. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois)
6. Jamais.....
7. Sans objet (pas de famille)
9. Ne sait pas

F7RENC

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous communiqué par téléphone, texto, internet, courrier, etc. avec l'un ou l'autre de vos amis ?

lire les modalités 1 à 6

1. Chaque jour
2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
3. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
4. Une fois par mois
5. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois)
6. Jamais.....
7. Sans objet (pas d'amis)
9. Ne sait pas

F8RENC

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

Aidants non professionnels

GAIDFAM. Y-a-t-il des personnes (famille, amis,...) non professionnelles qui vous aident régulièrement pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, présence, ...), ou qui vous aident financièrement, ou matériellement ou bien encore qui vous apportent un soutien moral en raison d'un problème de santé ou d'un handicap?

1. Oui -> aller à GDESfam
2. Non -> aller à fin du module

GDESfam. De qui s'agit-il ?

(10 enregistrements possibles)

G0IDENT : enregistrer automatiquement dans cette variable i avec i valant de 1 à 10 (1 pour le premier aidant non professionnel, 2 pour le suivant,...)

G2IDENT. De qui s'agit-il ?

1. Son compagnon (conjoint, fiancé, copain, petit ami)
2. Son fils / fille
3. Son gendre / belle-fille
4. Son père / mère
5. Son beau-père / belle-mère
6. Son frère / sœur
7. Le conjoint d'un frère ou de sa sœur
8. Son grand-père / grand-mère
9. Son arrière grand-père / arrière grand-mère
10. Son petit-enfant / Son arrière petit-enfant
11. Le conjoint de son petit enfant / conjoint de son arrière petit-enfant
12. Un autre membre de sa famille
13. Un(e) collègue (ou ancien(ne) collègue)
14. Un(e) voisin(e)
15. Un(e) ami(e)
16. Un(e) bénévole (sans autre lien particulier)
17. Un autre membre de son entourage

Si G2IDENT=1 et Si couple=1 ou 2 et AGEcj est non vide : ne pas poser GASEXE et GAAGE

Si G2IDENT=4 et GASEXE=1 et si CPERE=1 et AGEPER est non vide : ne pas poser GAAGE

Si G2IDENT=4 et GASEXE=2 et si CMERE=1 et AGEMER est non vide : ne pas poser GAAGE

GASEXE : Quel est son sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

GAAGE : Quel âge a-t-il/elle ? |_|_| (0-120) ☐ Ne sait pas

GNPTYPEAIDE. [GPrenom] Vous aide-t-il (elle) (plusieurs réponses possibles)

1. pour les tâches de la vie quotidienne comme l'aide à la toilette, à l'habillage, l'aide aux tâches ménagères, ...
2. par une aide financière ou matérielle
3. en vous apportant un soutien moral

Filtre : si les 10 enregistrements AIDANTS NON PROFESSIONNELS sont remplis sous CAPI :

GAUTRE. Avez-vous d'autres aidants non professionnels ?

1. Oui -> GRESNB
2. Non -> module H

GRESNB. Combien avez-vous d'autres aidants non professionnels?

|_|_| (nombre sur 2 positions)

Module H - Aménagements du logement

Les 2 questions suivantes (DETAG et DASCEN) sont remplies par l'enquêteur directement (sans être posées).

A quel étage se trouve la chambre ou le logement ?

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

DETAG.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6

Y-a-t-il un ascenseur pour accéder à la chambre ou au logement ?

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

DASCEN

- ☐ 1
- ☐ 2

*******filtre : on ne pose les questions suivantes (DABAT à DLOGCOM) que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTER<> 0) *******

*******filtre : on pose les questions suivantes si la personne a des difficultés pour sortir de chez elle (BDEPE =1,2 ou 3) OU si elle a certaines déficiences (DEFQMOUV<>9) ou DEFQVISU=1,2 ou 3 OU BDEP=2,3 ou 4 OU BESCAL=2,3 ou 4 *******

Eprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à l'entrée de l'établissement depuis la rue ?

0. Sans objet : trop jeune
1. Oui, un peu
2. Oui, beaucoup.....
3. Oui, je ne peux y arriver seul(e)
4. Non
9. Ne sait pas.....

DABAT

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 9

Eprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à votre chambre ou à votre logement depuis l'entrée de l'établissement ?

0. Sans objet : trop jeune
1. Oui, un peu
2. Oui, beaucoup.....
3. Oui, je ne peux y arriver seul(e)
4. Non
9. Ne sait pas.....

DINBAT

- ☐ 0
- ☐ 1->DQGENE
- ☐ 2->DQGENE
- ☐ 3->DQGENE
- ☐ 4->filtre de DNIV
- ☐ 9->filtre de DNIV

Si la personne a des difficultés pour accéder seule à son logement
« DINBAT = 1, 2 ou 3 », ou « DABAT= 1, 2 ou 3 »

Est-ce parce que

(plusieurs réponses possibles)

présenter la carte n°12

1. l'escalier est difficile (trop de marches, marches trop hautes, absence de mains-courantes...)
2. le franchissement de la **porte d'entrée de l'établissement** est difficile : (mode d'interphone (identification du nom), paillason, poids de la porte, déclenchement de la serrure (pousser la porte en même temps qu'appuyer sur le bouton))
3. le franchissement de la **porte d'entrée de la chambre ou du logement** est difficile (mode d'interphone (identification du nom), paillason, poids de la porte, déclenchement de la serrure* (pousser la porte en même temps qu'appuyer sur le bouton)
4. l'ascenseur est mal adapté (trop petit, il reste des marches à franchir, bouton de commande trop haut, absence de plage braille,...)
5. il manque un ascenseur ou celui ci est souvent en panne
6. la rampe d'accès est difficile (pente trop forte, sol glissant, étroitesse...).
7. il manque une rampe d'accès ..
8. le cheminement de plain-pied est difficile (du fait de la nature du sol, des obstacles, d'une largeur insuffisante,...)
9. la signalétique est inexistante ou insuffisante
10. un autre élément de l'environnement vous gêne
11. aucun élément de l'environnement ne vous gêne

DQGENE

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

☐ 11

*******fin du filtre : si la personne a des difficultés pour sortir de chez elle (BDEPE =1,2 ou 3) OU si elle a certaines déficiences (DEFQMOUV<>9 ou DEFQVISU=1,2 ou 3) OU BDEP=2,3 ou 4 OU BSCAL=2,3 ou 4*******

Disposez-vous de meubles ou d'aménagements spécialement adaptés parmi ceux de la liste suivante ?

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

présenter la carte n°13

4. Des toilettes adaptées (réglables en hauteur, fixes mais rehaussées)
5. Une salle de bain adaptée (changement de baignoire en douche ou vice-versa, siège de douche (fixé au mur), élargissement de douche)
6. Une ou des tables adaptées (inclinables, réglables, roulantes,...)
7. Une cuisine adaptée (plan de travail réglable en hauteur, meubles/rangements réglables en hauteur)
8. Des dispositifs lumineux adaptés comme des sonnettes lumineuses
9. Des dispositifs de soutien (barres d'appui, main courante dans les toilettes, salle de bain, chambre)
10. Des équipements de domotique : dispositif pour ouvrir ou fermer volets, portes, fenêtres, rideaux
11. Un lit électrique ou médicalisé.....
12. Un ou des siège(s) adapté(s)
13. Rien de tout cela

DLOGCOM

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

☐ 11

☐ 12

☐ 13

*******Fin du filtre : (DABAT à DLOGCOM) que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTER<> 0)*******

Module I - Accessibilité

Habituellement, vous déplacez-vous hors de l'établissement ?

Instruction enquêteur : les déplacements hors de l'établissement ne comprennent pas les déplacements dans le jardin du logement - accepter les sorties accompagnées
lire les modalités de réponse

1. Tous les jours ou presque
2. Au moins une fois par semaine
3. Plus rarement
4. Jamais

TDHDOM

- ☐ 1 -> TSSOUV
☐ 2 -> TSSOUV
☐ 3 -> TRNODEP
☐ 4 -> TRNODEP

Si « plus rarement ou jamais », « TDHDOM = 3 ou 4 »,

Pour quelle(s) raison(s) ? lire les modalités de réponse

1. Votre état de santé ne vous le permet pas.....
2. Vous n'avez pas besoin de vous déplacer
3. Vous n'avez pas envie de sortir.....
4. Vous êtes angoissé à l'idée de sortir
5. L'environnement (voirie, lieux, modes de transport...) n'est pas adapté pour vous*
6. Vous ne disposez pas de l'aide humaine nécessaire pour sortir
7. Vous ne disposez pas de l'aide technique nécessaire pour sortir
8. Votre entourage ne souhaite pas que vous sortiez
9. Autre

TRNODEP

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9

***instruction enquêteur : si la personne ne comprend pas donner des exemples d'environnements inadaptés :**

Une personne aveugle peut avoir des difficultés pour traverser les rues en l'absence de signaux sonores indiquant la couleur des feux. Une personne en fauteuil roulant peut avoir de grosses difficultés à se déplacer sur la voirie.

Filtre : si jamais, (si TDHDOM = 4) et APTE in (1,2) :

TENVSOR. Aimeriez-vous sortir ?

1. Oui -> passer à IMDPH
2. Non -> passer à IMDPH.
9. Ne sait pas-> passer à IMDPH.

*******Filtre : on ne pose les questions suivantes (TSSOUV à fin du module K (emploi, -> fin) que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTE<= 0) ; sinon aller au début du module L *******

*****filtre : si âge>=10 ans*****

instruction enquêteur : la réponse doit intégrer toutes les contraintes (sauf précision contraire) pesant sur les individus, y compris celles non liées à la santé ou au handicap

Habituellement, sortez-vous...

... aussi souvent que vous voulez ?

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

TSSOUV

- ☐ 1
☐ 2
☐ 8
☐ 9

... où vous voulez ?

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

TSOU

- ☐ 1
☐ 2
☐ 8
☐ 9

...aux horaires que vous voulez ?

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

TSHOR

- ☐ 1
☐ 2
☐ 8
☐ 9

*****fin du filtre : si âge>=10 ans*****

Dans vos déplacements habituels hors de l'établissement, quel(s) mode(s) de transport(s) utilisez-vous régulièrement ?

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. La marche à pied
2. Un fauteuil roulant.....
3. Un deux roues (vélo, moto, scooter).....
4. Un tricycle (manuel ou à moteur) ou un scooter adapté
5. Une voiture privée
6. Les transports en commun (bus, métro, trains de banlieue...)
7. Un taxi.....
8. Un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite
9. Un véhicule sanitaire léger ou une ambulance
10. Le train
11. Un véhicule de l'institution
12. Un autre mode de transport
8. Refus
9. Ne sait pas

TMTRANS

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10
☐ 11
☐ 12
☐ 98
☐ 99

Filtre : si la personne est limitée (BLIMI = 1 ou 2 module B1) ou déclare au moins une restriction d'activité (RESTRIC = 1 module F), poser TDGENE / sinon aller à TCOND

Dans vos déplacements à pied ou en fauteuil roulant, êtes-vous gêné par... (plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. ...Une voirie inadaptée comme des trottoirs encombrés
2. ...La présence de marches à franchir
3. ...L'éloignement des lieux où vous vous rendez
4. ...L'absence de lieux de repos (banc, palier dans les pentes,...)
5. ...L'absence de toilettes publiques ou leur difficulté d'accès
6. ...L'absence de renseignements ou signalétique adaptés (indications en braille, signaux sonores, plan d'orientation...)
7. ...Le relief comme une côte à monter
8. ...Rien de tout cela
98. Refus
99. Ne sait pas

TDGENE

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 98
- ☐ 99

*****Si établissement = USLD (NVTYPET= 3), allez à TDTRAN*****
 *****Sinon, si NVTYPET=1,2,4,5,6 ou 7 *****

Filtre : si âge>=16 ans :

Conduisez-vous une automobile ?

1. Oui, régulièrement
2. Oui, occasionnellement
3. Non
98. Refus
99. Ne sait pas

TCOND

- ☐ 1->TVAM
- ☐ 2->TVAM
- ☐ 3->TPCOND
- ☐ 98->TVAM
- ☐ 99->TVAM

Si « non », « TCOND = 3 »,

Pourquoi ne conduisez-vous pas ? (plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. Vous n'avez pas besoin de voiture
2. Vous n'avez pas le permis.....
3. Vous n'êtes pas capable de conduire (maladie, handicap, accident...)
4. Vous préférez ne pas conduire (peur de conduire, n'aime pas, trop âgé)
5. Vous n'avez pas l'occasion de conduire (autre conducteur, autres moyens de transport, pas de voiture...)
6. Votre entourage vous déconseille de conduire
7. Il vous faudrait un véhicule adapté
8. Pour d'autres raisons
9. Ne sait pas

TPCOND

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

**Disposez-vous d'une voiture (vous appartenant ou à votre famille) comportant un aménagement particulier du fait d'un handicap ou d'un problème de santé vous concernant ?
(plusieurs réponses possibles)**

0. Sans objet: Ne dispose pas de voiture.....
1. Oui, pour la conduite
2. Oui, pour l'accès conducteur.....
3. Oui, pour l'accès passager
4. Oui, pour le transport d'une personne en fauteuil roulant
5. Oui, autres aménagements.....
6. Non, mais j'en aurais besoin
7. Non, je n'en ai pas besoin
8. Refus
9. Ne sait pas

TVAM

- ☐ 0-> TADAPT
- ☐ 1 > TVOTYP
- ☐ 2-> TVOTYP
- ☐ 3-> TVOTYP
- ☐ 4-> TVOTYP
- ☐ 5-> TVOTYP
- ☐ 6-> TADAPT
- ☐ 7-> TADAPT
- ☐ 8-> TADAPT
- ☐ 9-> TADAPT

Filtre : si TVAM = 1, 2, 3, 4 ou 5 :

S'agit-il... ?

1. D'une voiture spéciale (plancher surbaissé, petite vitesse...)
2. D'une adaptation pour véhicule automobile normal (adaptation de conduite, adaptation des systèmes de commande, sièges spéciaux, lève-personne, hayon élévateur...)
9. Ne sait pas

TVOTYP

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 2

Filtre : si âge>=18 ans and TPCOND<>2 :

Avez vous un permis « adapté » (permis de type F) ?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

TADAPT

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 2

*****Fin du filtre : si NVTYPET=1,2,4,5,6 ou 7 *****

Filtre : si âge>=10 ans :

Avez-vous des difficultés pour utiliser les transports en commun ?

0. Sans objet : il n'y a pas ou peu de transports en commun.....
1. Non
2. Oui, un peu.....
3. Oui, beaucoup
4. Oui, je ne peux pas les utiliser
8. Refus
9. Ne sait pas

TDTRAN

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2->TQDIFF
- ☐ 3->TQDIFF
- ☐ 4->TQDIFF
- ☐ 8
- ☐ 9

Si « oui », « TDTRAN = 2, 3 ou 4 »,

Est-ce... (plusieurs réponses possibles)

1. ... pour vous rendre aux transports en commun ?
2. ... pour monter ou descendre des véhicules ?
3. ... pour repérer votre itinéraire dans les transports en commun ?
4. ... pour rester debout lors des trajets (manque de places assises) ?
5. ... pour d'autres raisons (chaleur dans les transports, absence de toilettes,...) ?

TQDIFF

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Filtre : si la personne est limitée (BLIMI = 1 ou 2 module B1) ou déclare au moins une restriction d'activité (RESTRIC = 1 module F), poser TTRSPE / sinon, aller à TACCES :

Utilisez-vous un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ?

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

TTRSPE

- ☐ 1->TACCES
- ☐ 2->TNTRSPE
- ☐ 3->TACCES
- ☐ 8->TACCES
- ☐ 9->TACCES

Si « non, mais j'en aurais besoin », « TTRSPE = 2 »,

Pourquoi n'utilisez-vous pas de service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ? (plusieurs réponses possibles)

1. C'est trop cher
2. Il n'y en a pas à ma connaissance
3. Ils ne sont pas suffisamment disponibles.....
4. Ce n'est pas pratique (modalités de réservation,...)
5. Autre raison

TNTRSPE

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Y-a-t-il des lieux qui vous sont difficiles ou impossibles d'accès comme les commerces, les lieux de loisirs, les transports...?

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

TACCES

- ☐ 1->TLIEU1
- ☐ 2 ->passer à IMDPH
- ☐ 8->passer à IMDPH
- ☐ 9->passer à IMDPH

TLIEU1 à TLIEU14 :

Certains lieux sont difficiles ou impossibles d'accès. De quels lieux s'agit-il ?

- | | |
|---|---------------------|
| <u>TLIEU1.</u> La ville ou le centre ville | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU2.</u> Les services publics (mairie, poste, CAF, sécurité sociale ...) | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU3.</u> Les commerces ou services de proximité (pharmacie, marché, boutiques...) | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU4.</u> Le supermarché, le centre commercial | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU5.</u> Les établissements scolaires ou d'enseignement supérieur | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU6.</u> La plupart des lieux où vous avez postulé pour un emploi | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU7.</u> Certains locaux dans votre lieu de travail | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU8.</u> Les lieux de promenade, les jardins publics | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU9.</u> Les lieux de soins médicaux (dentiste, cabinet médical,hôpital) | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU10.</u> Les lieux de restauration, les cafés | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU11.</u> Les lieux de loisirs (cinéma, lieux de spectacles, lieux de pratique sportive) | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU12.</u> Chez des proches (amis, famille,...) | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU13.</u> Le bureau de vote | Oui/Non/Ne sait pas |
| <u>TLIEU14.</u> Le cimetière et les lieux de culte | Oui/Non/Ne sait pas |

TPACCES. Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) lire les modalités

1. ☐ Car l'environnement physique est inadapté : il manque une rampe d'accès ou un ascenseur, les escaliers ou le cheminement de plain-pied sont impraticables
2. ☐ Car la signalétique n'est pas adaptée (*absence de plage braille, indications trop petites,*)
3. ☐ Car l'accueil humain n'est pas adapté (*communication difficile, manque d'écoute ou d'attention, multiplicité des interlocuteurs, personnels d'accueil non spécialisés...*)
4. ☐ Car l'accueil matériel n'est pas adapté (*mauvaise configuration des lieux, absence de guichet isolé, pas d'espace d'attente aménagé,...*)
5. ☐ Car il n'y a pas de places de stationnement réservé
6. ☐ Car il est difficile de s'orienter (*pas de plan, pas assez d'indications,...*)
7. ☐ Car les gens ont des attitudes négatives (*moqueries, rejet,...*)
8. ☐ Pour d'autres raisons

IMDPH. Connaissez vous la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non -> passer au module suivant
9. ☐ Ne sait pas -> passer au module suivant

filtre: si IMDPH = 1:

IQMDPH. Par qui avez vous connu ce dispositif ?

1. ☐ L'hôpital
2. ☐ Un autre professionnel de santé (*mon médecin traitant, une infirmière, un kiné...*)
3. ☐ L'école
4. ☐ Mon employeur (*ou le médecin du travail*)
5. ☐ Un service social de la mairie
6. ☐ Un service social du département
7. ☐ Un membre de ma famille
8. ☐ Une association
9. ☐ Un voisin ou un proche
10. ☐ Un article de presse ou la télévision
11. ☐ Internet
12. ☐ Un autre moyen
99. ☐ Ne sait pas

Module J - Sclarité

(Questions ETUDES et ANAI)

Filtre :

Si ETUDES=1 c'est à dire si la personne est scolarisée : on pose le bloc SCLASS à STRSPE

Si ETUDES=2 c'est à dire si la personne n'est pas scolarisée :

- si elle a moins de 3 ans : passer au module suivant
- si elle a de 4 à 16 ans : passer à SRNSCOL
- si elle a de 17 à 30 ans : passer à SETFINIES
- si elle a plus de 30 ans : passer à SINTER

Si ETUDES=0 c'est à dire si la personne n'a jamais pu faire d'études en raison d'un problème de santé ou d'un handicap :

- si elle a moins de 6 ans : passer au module suivant
- sinon passer à SLIRE

Si ETUDES=Ne sait pas :

- si elle a moins de 6 ans : passer au module suivant
- sinon passer à SLIRE

***** Bloc : si la personne n'est pas scolarisée et si elle a de 4 à 30 ans : (SETFINIES et SRNSCOL)***

Filtre : Si ETUDES=2 et 16 < âge <= 30 :

SETFINIES. Avez-vous terminé vos études ?

1. ☐ Oui -> passer à SINTER
2. ☐ Non -> SRNSCOL
8. ☐ Refus -> SRNSCOL
9. ☐ Ne sait pas -> SRNSCOL

Filtre : Si SETFINIES<>1 ou (ETUDES=2 et 3 < âge <=16) :

SRNSCOL. Pourquoi n'êtes vous pas scolarisé(e) ?

1. ☐ Attente d'une disponibilité de place -> SLIRE
2. ☐ Besoin d'une prise en charge rééducative ou thérapeutique -> SLIRE
3. ☐ Arrêt demandé par l'établissement -> SLIRE
4. ☐ Retrait demandé par les parents -> SLIRE
5. ☐ En établissement spécialisé (IMP, IME, IMPRO, ITEP) mais non scolarisé -> SLIRE
9. ☐ Autres (déménagements, ...) -> SINTER

***** fin du bloc *****

***** Bloc : si la personne est scolarisée : SCLASS à STRSPE *******

Filtre : Si ETUDES=1

SCLASS. Dans quel type de classe ou d'établissement êtes vous inscrit ?

(plusieurs réponses possibles)

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

FILTRE : posée uniquement si SCLASS=6 :

STYPET. Précisez la spécialité de l'établissement fréquenté :

1. ☐ Établissement pour déficients intellectuels
2. ☐ Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ex : Instituts de Rééducation)
3. ☐ Instituts d'éducation motrice
4. ☐ Établissements pour déficients visuels
5. ☐ Établissements pour déficients auditifs
6. ☐ Établissements pour enfants sourds-aveugles
7. ☐ Établissements pour polyhandicapés
8. ☐ Autre
9. ☐ Ne sait pas

Filtre : si STYPET=8 :

STYPETPRECIS. Précisez ? | _____ | (libellé en clair)

JSCOLAR. Etes-vous scolarisé effectivement dans l'établissement d'enseignement dans lequel vous êtes inscrit?

1. ☐ Oui, toute la semaine
2. ☐ Oui, mais seulement une partie du temps
3. ☐ Non, pas du tout -> aller à SLIRE
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

SNIVEC. Type des études en cours

Présenter la carte n°14

1. École maternelle (y compris les CLIS (classes d'intégration scolaire))
2. Études primaires (du cours préparatoire (CP) au cours moyen 2ème année (CM2), y compris les CLIS (classes d'intégration scolaire), y compris alphabétisation, apprentissage du français)
3. 1er cycle (le plus souvent au collège)
4. 2ème cycle (en lycée), préparant aux baccalauréats L, ES, S
5. Enseignement technique ou professionnel court
6. Enseignement en classes ou établissements adaptés ou spécialisés pour enfants handicapés
7. Enseignement technique ou professionnel long
8. Enseignement supérieur ou technique supérieur

→ **Filtre : ne pas poser la question suivante pour les personnes scolarisées à domicile (SCLASS=0)**

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

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. interne | ☐ 1 |
| 2. demi-pensionnaire | ☐ 2 |
| 3. externe | ☐ 3 |
| 4. cela dépend des jours (ex : parfois interne et parfois demi-pensionnaire) | ☐ 4 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

Filtre : si SPENS=4 :

SPENSPRECIS. Etes-vous parfois interne à cette école ou établissement ?

1. Oui
2. Non

SMATSPA. En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous, pour votre scolarité d'une aide humaine individualisée?

- | | |
|---|--|
| 0. Sans objet (pas de problème de santé gênant pour suivre l'école) | ☐ 0 → STRFIN |
| 1. Oui, fourni par l'école..... | ☐ 1 |
| 2. Oui, mais non fourni par l'école | ☐ 2 |
| 3. Non, mais j'en aurais besoin | ☐ 3 |
| 4. Non, je n'en ai pas besoin | ☐ 4 |
| 8. Refus | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

Filtre Si SMATSPA=1 ou 2 :

SMATSPAP. Bénéficiez-vous...? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. D'un Auxiliaire de vie scolaire, un assistant d'éducation, un aide éducateur..... | ☐ 1 |
| 2. De Services d'éducation spéciale comme un SESSAD ou un SSES..... | ☐ 2 |
| 3. Autres..... | ☐ 3 |

Filtre Si SMATSPA<>0 :

SMATSPB. En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous, pour votre scolarité de matériel spécial?

- | | |
|---|----------------------------|
| 0. Sans objet (pas de problème de santé gênant pour suivre l'école) | ☐ 0 |
| 1. Oui, fourni par l'école | ☐ 1 |
| 2. Oui, mais non fourni par l'école | ☐ 2 |
| 3. Non, mais j'en aurais besoin | ☐ 3 |
| 4. Non, je n'en ai pas besoin | ☐ 4 |
| 8. Refus | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

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

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

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

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

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

****** fin du bloc : si la personne est scolarisée***** ;**

******Filtre : Si (ETUDES=1 et JSCOLAR<>3) ou (ETUDES=2 et (AGE>30 ou SETFINIES=1 ou SRNSCOL=9)) : SINTER et SPERTU******

SINTER.

SI sexe=1, Avez-vous dû interrompre vos études pour des raisons médicales ?

SI sexe=2, Avez-vous dû interrompre vos études pour des raisons médicales (non compris grossesse normale) ?

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

Filtre : Si SINTER=3 :

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

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

******fin du Filtre : Si (ETUDES=1 et JSCOLAR<>3) ou (ETUDES=2 et (AGE>30 ou SETFINIES=1 ou SRNSCOL=9)) : SINTER et SPERTU******

***** filtre : si la personne a plus de 5 ans et (n'a pas de diplôme (DIPLOME<>3,4,5,6,7 et 8) ou ETUDES=0)*****

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

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Oui, couramment | ☐ 1 |
| 2. Oui, mais avec difficultés | ☐ 2 |
| 3. Non | ☐ 3 |
| 8. Refus | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

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

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Oui, sans difficulté | ☐ 1 |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | ☐ 2 |
| 3. Non | ☐ 3 |
| 8. Refus | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

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

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Oui, sans difficulté | ☐ 1 |
| 2. Oui, mais avec quelques difficultés | ☐ 2 |
| 3. Non | ☐ 3 |
| 8. Refus | ☐ 8 |
| 9. Ne sait pas | ☐ 9 |

*******fin du filtre : si la personne a plus de 5 ans et n'a pas de diplôme *******

Module K - Emploi

Variables SITUA, TRAVAIL , RECHEMPLOI, ACTIVANTE

Filtres :

Si la personne a moins de 15 ans => aller au module L1

Sinon :

Si la personne travaille (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1) => passer le module EA uniquement.

Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET cherche un emploi (RECHEMPLOI=1 ou 2) ET a déjà travaillé (ACTIVANTE =1) => passer les modules EB et EC

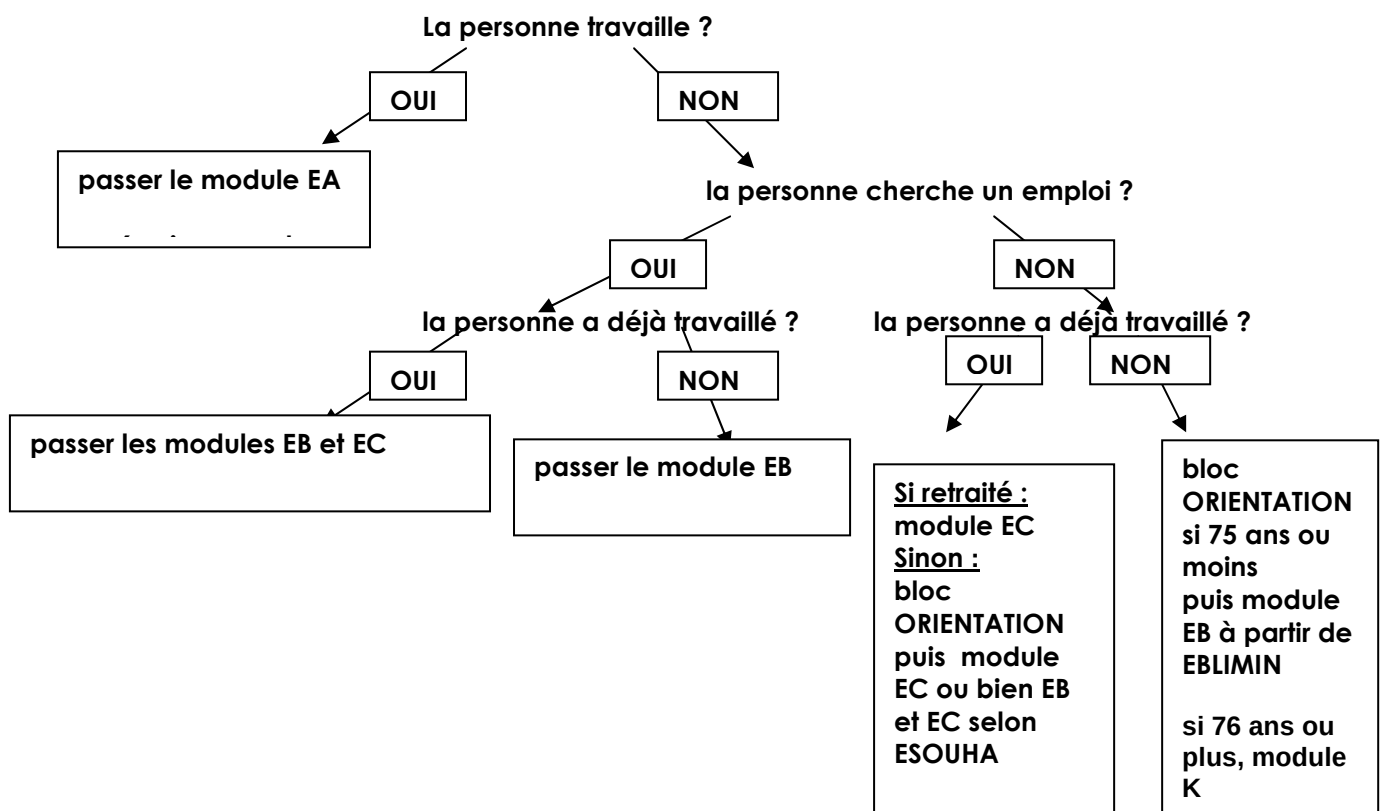
Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET cherche un emploi (RECHEMPLOI=1 ou 2) ET n'a jamais travaillé (ACTIVANTE =2) => passer le module EB uniquement.

Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET ne cherche pas d'emploi (RECHEMPLOI=3) ET a déjà travaillé (ACTIVANTE =1) ET est retraitée (SITUA =5) => passer le module EC uniquement.

Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET ne cherche pas d'emploi (RECHEMPLOI=3) ET a déjà travaillé (ACTIVANTE =1) ET n'est pas retraitée (SITUA <>5) => aller au bloc ORIENTATION.

Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET ne cherche pas d'emploi (RECHEMPLOI=3) ET n'a jamais travaillé (ACTIVANTE =2) et a 75 ans ou moins => aller au bloc ORIENTATION.

Si la personne ne travaille pas (SITUA<>1 et <> 2 et TRAVAIL=2) ET ne cherche pas d'emploi (RECHEMPLOI=3) ET n'a jamais travaillé (ACTIVANTE =2) ET a plus de 75 ans, on ne pose que la question ECINAC.



BLOC ORIENTATION

filtre (pour ECINAC seulement): si la personne n'a jamais travaillé (ACTIVANTE = 2) :

ECINAC. Si vous n'avez jamais exercé d'activité professionnelle, est-ce pour une raison de santé ou un handicap?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : si la personne a moins de 75 ans

ESOUHA. Souhaiteriez-vous travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard ?
Ajouter en bleu :

Pour l'enquêteur : si la personne considère qu'elle est trop âgée, coder 3 (la personne ne souhaite pas travailler)

1. ☐ J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard
2. ☐ Je souhaiterais travailler
3. ☐ Je ne souhaite pas travailler
4. ☐ Je suis inapte au travail pour raisons de santé
5. ☐ Je n'ai pas terminé mes études
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : si ESOUHA = 2, 3 ou 4 :

Certaines personnes ont rencontré des obstacles qui les ont découragées de chercher du travail.

Pourriez-vous dire si certains des énoncés suivants s'appliquent à votre situation :

Ajouter en bleu :

Pour l'enquêteur : Vous pouvez adapter la formulation des questions en utilisant éventuellement l'imparfait si la phrase énoncée au présent paraît ne pas avoir de sens.

EACCTRA. Vous avez des difficultés pour accéder aux lieux de travail : il y a trop de temps de transport ou ceux ci ne sont pas adaptés ; les lieux de travail vous sont difficilement accessibles

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Ne sait pas
9. ☐ Refus.....

EAVFIN. Les avantages financiers d'un emploi vous semblent insuffisants

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Ne sait pas
9. ☐ Refus

ERESFAM. Vos responsabilités familiales ou personnelles vous empêchent de travailler (ex : garde ses enfants, aide un membre de sa famille handicapé ou dépendant ...)

1. ☐ Oui
2. ☐ Non

EDEC. Après une période de recherche infructueuse, vous avez été découragé

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Ne sait pas
9. ☐ Refus

EHIMP. Vous considérez que vous avez un handicap ou des problèmes de santé trop importants pour trouver un emploi.

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Ne sait pas
9. ☐ Refus

***** Fin FILTRE : ESOUHA=2, 3 *****

Puis :

si ACTIVANTE=1 et ESOUHA = 1 (la personne a déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard)
passer le module EB et le module EC

si ACTIVANTE=1 et ESOUHA <> 1 : passer le module EC

si ACTIVANTE=2 et AGE< 76 : passer le module EB à partir de EBLIMIN

si ACTIVANTE=2 et AGE>75 : fin du module K, aller au module L1

Module EA (activité professionnelle)

EMPLAD. Est ce que votre emploi est un emploi de travailleur handicapé dans un établissement et service d'aide par le travail (ex CAT), une entreprise adaptée (ex atelier protégé) ou un centre de distribution de travail à domicile (CTDD) ?

1. ☐ Oui, un emploi de travailleur handicapé dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), (ex Centre d'aide par le travail (CAT))
2. ☐ Oui, un emploi de travailleur handicapé dans une entreprise adaptée (ex atelier protégé) ou un centre de distribution de travail à domicile (CTDD)
3. ☐ Non

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

1. ☐ A temps complet ?...-> EATROU
2. ☐ A temps partiel ?-> EATTAUX
9. ☐ Ne sait pas.....-> EATROU

Filtre : Si EATEMP=2 poser les 3 questions suivantes

EATTAUX. Quel est le taux de ce temps partiel ?

1. ☐ Moins d'un mi-temps (50%)
2. ☐ Mi-temps (50%)
3. ☐ Entre 50 et 80%
4. ☐ 80%
5. ☐ Plus de 80%

EATHER. Est ce un temps partiel thérapeutique ?

1. ☐ Oui --> EATROU
2. ☐ Non --> EATRAIS

EATRAIS. Pour quelle raison principale travaillez-vous à temps partiel ?

1. ☐ Pour exercer une autre activité professionnelle ou suivre des études ou une formation
2. ☐ Pour raison de santé ou handicap
3. ☐ Vous n'avez pas trouvé d'emploi à temps plein
4. ☐ Pour vous occuper de votre ou vos enfants ou d'un autre membre de votre famille
5. ☐ Pour disposer de temps libre
6. ☐ Pour une autre raison

***** fin du filtre EATEMP=2 *****

EATROU. Comment avez-vous trouvé votre emploi ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Par mon école, un organisme où j'ai suivi une formation
2. ☐ En passant un concours ou un examen
3. ☐ Par une démarche personnelle auprès de l'employeur ou une candidature spontanée
4. ☐ Par petites annonces (journal, minitel, internet)
5. ☐ J'ai été contacté par un employeur
6. ☐ Je me suis mis à mon compte
7. ☐ Par relations familiales, personnelles ou professionnelles
8. ☐ Par la MDPH ou la COTOREP
9. ☐ Par l'ANPE
10. ☐ Par le réseau des cap emploi
11. ☐ Par un autre organisme de placement
12. ☐ Par une association pour handicapés
13. ☐ À la suite d'un stage dans cette entreprise
14. ☐ Suite à une mission d'intérim dans cette entreprise
15. ☐ Autre moyen
98. ☐ Refus

EABS. Au cours des 12 derniers mois, avez vous été absent(e) du travail pour raison de santé (hors grossesse) ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si oui, EABS = 1:

ENBJ. combien de jours?

jours ☐ Refus ☐ Ne sait pas

*******filtre : si APTE in (1,2) :*******

Filtre : si la personne a déclaré une maladie au cours des 12 derniers mois (BMALA<>52 et DERM=1) :

EACAUS. Est-ce qu'une maladie que vous auriez eue au cours des 12 derniers mois a été causée ou aggravée par votre travail actuel ou passé ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non

Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous dû pour des raisons médicales...

EACHENT....changer d'entreprise?

1. ☐ Oui, une fois
2. ☐ Oui, plusieurs fois
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

EACHPRO... changer de profession ?

1. ☐ Oui, une fois
2. ☐ Oui, plusieurs fois
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

*******fin du filtre : si APTE in (1,2) :*******

EALIMIN. En raison d'un handicap ou problème de santé, êtes-vous limité(e) dans la nature ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?

1. ☐ Oui, un peu
2. ☐ Oui, beaucoup
3. ☐ Non, pas du tout -> EAFINA
8. ☐ Refus
2. ☐ Ne sait pas

filtre : si EALIMIN=1 ou 2 :

EASITUA. Lorsque cette limitation est apparue vous étiez...

1. ☐ ...au même poste de travail qu'aujourd'hui
2. ☐ ...dans cette entreprise mais sur un autre poste
3. ☐ ...en emploi ailleurs
4. ☐ ...en formation (y compris formation initiale)
5. ☐ ...au chômage
6. ☐ ...dans une autre situation
9. ☐ ...ne sait pas

EAFINA. Votre emploi a-t-il bénéficié d'un financement de Association nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) ou du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ?

1. ☐ Je ne connais pas l'AGEFIPH ni le FIPHFP
2. ☐ Oui de l'AGEFIPH
3. ☐ Oui, du FIPHFP
4. ☐ Non, mais j'en aurais eu besoin
5. ☐ Non, je n'en ai pas eu besoin

filtre : si Oui (si EAFINA = 2 ou 3):

EAIDEEMP. A quoi a servi ce financement ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Pour un aménagement de poste
2. ☐ Pour une formation
3. ☐ Pour un aménagement des accès (*rampes, ascenseur, portes...*) ou circulations
4. ☐ Pour une prime à l'embauche
5. ☐ Pour une aide à la création d'activité
6. ☐ Autre

EAQUI. Qui a perçu cette ou ces aides?

1. ☐ Je l'ai perçue directement
2. ☐ Elle a été versée à mon employeur
3. ☐ Elle a bénéficié aux deux
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si Non (si EAFINA=1, 4 ou 5):

EAMEN. En raison d'un handicap ou problème de santé, bénéficiez vous d'un aménagement, d'une adaptation de vos conditions ou de votre environnement de travail ?

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

FILTRE : si EAMEN = 1 ou 2 ou EAFINA = 2, 3 ou 4-> poser les questions EAMENA à EAMENK

Bénéficiez-vous	1. ☐ Oui 2. ☐ Non, mais j'en aurais besoin 3. ☐ Non, je n'en ai pas besoin
EAMENA. ...de l'aide d'un assistant pris en charge par l'entreprise ?	_ _
EAMENB. ...du soutien et de la compréhension de la part des collègues et de votre supérieur ?	_ _
EAMENC. ... de matériel spécial ou de l'adaptation du poste de travail ?	_ _
EAMEND. ... d'horaires ou de calendrier adaptés ?	_ _
EAMENE. ...de transport domicile/travail ou de stationnement spécial ou gratuit ?	_ _
EAMENF. ...d'un changement de poste ?	_ _
EAMENG. ... d'une formation professionnelle spécifique ?	_ _
EAMENH. ... d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées, différentes ou allégées) ?	_ _
EAMENI. ... de la possibilité de travailler à votre domicile ?	_ _
EAMENJ. ...d'aménagements de l'accès à votre poste de travail (rampe d'accès, ascenseur,...) ?	_ _
EAMENK. ...autres aménagements ?	_ _

filtre : si la question n'a pas été posée dans le TCM

EACTIV. Quelle est l'activité de l'établissement qui vous emploie (ou que vous dirigez)?

Codification hiérarchique

en cas de difficulté ou d'hésitation sur la modalité à cocher :

Activité déclarée en clair (40 caractères au maximum)

Filtre : si la personne est salariée (si STATUT= 1, 2, 3, 4 ou 6 :

EANBSAL. Combien y a-t-il environ de salariés dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?

1. ☐ Aucun salarié
2. ☐ 1 à 9 salariés
3. ☐ 10 à 19 salariés
4. ☐ 20 à 49 salariés
5. ☐ 50 à 499 salariés
6. ☐ 500 salariés ou plus
9. ☐ Ne sait pas

EASTAG. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi un stage ou une formation professionnelle ?

1. ☐ Oui-> DEBSITUN
2. ☐ Non.....-> passer au module L1
9. ☐ Ne sait pas.....-> passer au module L1

filtre si OUI, (si EASTAG = 1):

DEBSITUN. La veille du 1^{er} jour de votre formation, vous étiez...

si plusieurs stages on décrit le dernier

Enquêteur : si la personne est salariée chef d'entreprise ou gérant de société coder 1

1. ☐ ...à votre compte, ou aidant un membre de votre famille sans être salarié
2. ☐ ...salarié (autre que chef d'entreprise)
3. ☐ ...au chômage
4. ☐ ...inactif
9. ☐ ...ne sait pas

FINCHO. Cette formation a été financée par (y compris les frais d'inscription, les frais pédagogiques, les frais de transport et d'hébergement occasionnés par la formation) ...

Enquêteur : lire les items 1 à 6 (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ ...vous même ou votre famille
2. ☐ ...votre employeur, un OPCA ou un FONGECIF
3. ☐ ...l'état, la région ou une autre collectivité territoriale
4. ☐ ...l'UNEDIC, l'ASSEDIC
5. ☐ ...l'ANPE, l'APEC
6. ☐ ...l'Agefiph ou le FIPHFP
7. ☐ ...autre
9. ☐ ...Ne sait pas

→ Filtre : pour les personnes ayant répondu au module EA →→ passer au module L1

Module EB (recherche d'un emploi)

EBCIRC. A la suite de quelle circonstance vous retrouvez vous sans emploi actuellement ?

0. ☐ Vous n'avez jamais travaillé-> EBTEMP
1. ☐ Vous avez terminé vos études-> EBTEMP
2. ☐ Vous avez terminé un stage-> EBTEMP
3. ☐ Vous avez quitté un emploi d'intérim ou un emploi à durée déterminée (CDD, emploi saisonnier)
4. ☐ Vous avez perdu un emploi d'intérim ou un emploi à durée déterminée (CDD, emploi saisonnier)
5. ☐ Vous avez quitté ou perdu un emploi occasionnel (petit boulot)
6. ☐ Vous avez perdu votre emploi : licenciement collectif ou suppression d'emploi
7. ☐ Vous avez perdu votre emploi : licenciement individuel
8. ☐ Vous avez démissionné
9. ☐ Vous êtes en préretraite (payée par les ASSEDIC ou l'entreprise)
10. ☐ Vous avez pris votre retraite
11. ☐ Vous avez cessé votre activité pour raisons personnelles
12. ☐ Autre cas
98. ☐ Refus-> EBTEMP
99. ☐ Ne sait pas-> EBTEMP

filtre si la personne a perdu ou quitté son travail (si EBCIRC = 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12):

EBPER. Cette perte d'emploi ou cessation d'activité est-elle liée à un problème de santé, un travail usant ou un accident ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Oui, j'ai été victime d'un accident
2. ☐ Oui, j'ai eu un autre problème de santé
3. ☐ Oui, j'étais usé par le travail
4. ☐ Non.....-> EBTEMP
8. ☐ Refus.....-> EBTEMP
9. ☐ Ne sait pas.....-> EBTEMP

filtre : Si Oui (si EBPER = 1, 2 ou 3) :

EBRES. Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné... (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Un arrêt de travail de longue durée
2. ☐ Une mise en invalidité
3. ☐ Une décision d'inaptitude à l'emploi
4. ☐ Non, rien de tout ça

filtre : Si la personne a eu un arrêt de travail de longue durée (si EBPER = 1) :

EBACCI. Était-ce...

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

ensuite -> EBTEMP

EBTEMP. Depuis quand cherchez-vous un emploi ?

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

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

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

module limitation (EBLIMIN à FINCHOB)

EBLIMIN. En raison d'un handicap ou problème de santé, êtes-vous limité(e) dans la nature ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?

1. ☐ Oui, un peu
2. ☐ Oui, beaucoup
3. ☐ Non, pas du tout -> EBAMEN
8. ☐ Refus-> EBAMEN
2. ☐ Ne sait pas-> EBAMEN

filtre : si Oui (si EBLIMIN=1 ou 2) :

EBSITUA. Lorsque cette limitation est apparue vous étiez...

1. ☐ ...au même poste de travail qu'aujourd'hui
2. ☐ ...dans cette entreprise mais sur un autre poste
3. ☐ ...en emploi ailleurs
4. ☐ ...en formation (y compris formation initiale)
5. ☐ ...au chômage
6. ☐ ...dans une autre situation
9. ☐ ...ne sait pas

EBAMEN. En raison d'un handicap ou problème de santé, auriez-vous besoin pour accéder à un emploi d'un aménagement, d'une adaptation de vos conditions de travail ou de votre environnement de travail ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
2. ☐ Ne sait pas

filtre : si OUI, EBAMEN = 1: vous auriez besoin ...

<u>EBAMENA</u> ...de l'aide d'un assistant pris en charge par l'entreprise	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENB</u> ...du soutien et de la compréhension de la part des collègues et de votre supérieur	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENC</u> ... de matériel spécial ou de l'adaptation du poste de travail	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMEND</u> ...d'horaires ou de calendrier adaptés	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENE</u> ...de transport domicile/travail ou de stationnement spécial ou gratuit	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENF</u> ... d'une formation professionnelle spécifique	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENG</u> ... de la possibilité de travailler à votre domicile	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENH</u> ...d'aménagements de l'accès à votre poste de travail (rampe d'accès, ascenseur,...)	1. ☐ Oui	2. ☐ Non
<u>EBAMENI</u> ...d'autres aménagements	1. ☐ Oui	2. ☐ Non

EBSTAG. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi un stage ou une formation professionnelle ?

1. ☐ Oui -> DEBSITUNB
2. ☐ Non -> module EC

filtre si OUI EBSTAG = 1:

DEBSITUNB. La veille du 1^{er} jour de votre formation, vous étiez...

si plusieurs stages on décrit le dernier

Enquêteur : si la personne est salariée chef d'entreprise ou gérant de société coder 1

1. ☐ ...à votre compte, ou aidant un membre de votre famille sans être salarié
2. ☐ ...salarié (autre que chef d'entreprise)
3. ☐ ... au chômage
4. ☐ ... inactif
9. ☐ ... ne sait pas

FINCHOB. Cette formation a été financée par (y compris les frais d'inscription, les frais pédagogiques, les frais de transport et d'hébergement occasionnés par la formation) ...

Enquêteur : lire les items 1 à 6 (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Vous même ou votre famille
2. ☐ Votre employeur, un OPCA ou un FONGECIF
3. ☐ L'état, la région ou une autre collectivité territoriale
4. ☐ L'UNEDIC, l'ASSEDIC
5. ☐ L'ANPE, l'APEC
6. ☐ L'Agefiph ou le FIPHFP
7. ☐ Autre
9. ☐ Ne sait pas

Module EC (activité professionnelle antérieure)

*******filtre : si APTE in (1,2) :*******

Filtre : si la personne a déclaré une maladie au cours des 12 derniers mois (BMALA<>52 et DERM=1) :

ECCAUS. Est-ce qu'une maladie que vous auriez eue au cours des 12 derniers mois a été causée ou aggravée par votre travail passé ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non

Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous dû pour des raisons médicales...

ECCHENT. ...changer d'entreprise?

1. ☐ Oui, une fois
2. ☐ Oui, plusieurs fois
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

ECCHPRO changer de profession ?

1. ☐ Oui, une fois
2. ☐ Oui, plusieurs fois
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

ECDATE. En quelle année avez-vous cessé d'exercer votre dernière activité professionnelle ?

|_|_|_|_| Année ☐ Ne sait pas (contrôle : ANAIS< ECDATE <= AENQ)

ECDURE. Combien d'années avez-vous travaillé ?

|_|_| ans

☐ Ne sait pas

(Contrôle : ECDURE<âge de l'enquêté)

*****fin du filtre : si APTE in (1,2) :*****

Filtre : pour les personnes ayant répondu au module EB passer au module L1 sinon continuer ECCIRC. A la suite de quelle circonstance avez-vous cessé votre activité ?

1. ☐ Vous avez terminé un emploi à durée limitée
2. ☐ Vous avez été licencié
3. ☐ Vous avez démissionné
4. ☐ Vous êtes en préretraite (payée par les ASSEDIC ou l'entreprise)
5. ☐ Vous avez pris votre retraite
6. ☐ Vous avez cessé votre activité pour raisons personnelles
7. ☐ Autre raison
9. ☐ Ne sait pas

ECPER. Cette perte d'emploi ou cessation d'activité est-elle liée à un problème de santé, un travail usant ou un accident ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Oui, j'ai été victime d'un accident
2. ☐ Oui, j'ai eu un autre problème de santé
3. ☐ Oui, j'étais usé par le travail
4. ☐ Non -> aller au module L1
8. ☐ Refus -> aller au module L1
9. ☐ Ne sait pas -> aller au module L1

filtre : Si Oui (si ECPER = 1, 2 ou 3) :

ECRES. Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné... (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ un arrêt de travail de longue durée
2. ☐ une mise en invalidité
3. ☐ une décision d'inaptitude à l'emploi
4. ☐ non, rien de tout ça.

filtre : Si la personne a été victime d'un accident (si ECPER =1) :

ECACCI. Etait-ce...

1. ☐ ...un accident du travail (nc accident de trajet) ?
2. ☐ ...un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ?
3. ☐ ...un autre accident de la circulation ?
4. ☐ ...un autre accident

*****Fin du filtre : on ne pose les questions suivantes (TSSOUV à fin du module K (emploi) que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTER<> 0)

Module L1- Revenus-allocations

Nous allons maintenant parler de vos revenus et allocations

RALLOC. Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :

Instruction enquêteur : plusieurs réponses possibles

Si la personne est bénéficiaire et que la prestation est versée à l'Institution, ne rien cocher.

L'enquêteur tend la Carte n°16

Revenus

1. ☐ Indemnités journalières de la sécurité sociale (arrêt maladie)
2. ☐ Allocation d'adultes handicapés (AAH) versée par la CAF ou la MSA (avec son complément éventuel : majoration pour vie autonome ou garantie de ressources aux personnes handicapées)
3. ☐ Pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne. Elles sont versées par l'assurance maladie (CPAM, MSA, ou CNRACL etc) (avec allocation supplémentaire d'invalidité)
4. ☐ Rente d'incapacité liée à un accident du travail versée par l'assurance maladie (CPAM, MSA, etc.)
5. ☐ Rente versée par une assurance ou une mutuelle
6. ☐ Pension militaire d'invalidité

Prestations d'aide à la personne

7. ☐ Allocation personnalisée autonomie (APA) versée par le conseil général
8. ☐ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée par le conseil général
9. ☐ Prestation de compensation (PCH) versée par le conseil général
10. ☐ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), ex-Allocation d'éducation spéciale (AES) versée par la CAF ou la MSA
11. ☐ Autre allocation ou prestation
12. ☐ Aucune

Remarque : le fait de bénéficier ou non de l'aide sociale départementale ou de l'état est demandé directement aux gestionnaires des établissements concernés par ce type de prise en charge

filtre : Si autre allocation (si RALLOC = 11) :

RQALLOC. Laquelle ?

→ libellé en clair (40 caractères)

Fitre : si une ou plusieurs prestations :

RMPREST. À combien environ estimez-vous le montant total des prestations que vous percevez DIRECTEMENT pour un mois ordinaire ?

L'enquêteur tend la Carte n°15 I____I

filtre : Si on vous a attribué une PCH (si RALLOC=9) :

RPCH. De quel(s) élément(s) de la PCH bénéficiez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

1. ☐ Aide humaine
2. ☐ Aide technique
3. ☐ Aménagement du logement ou du véhicule
4. ☐ Aide spécifique ou exceptionnelle
5. ☐ Aide animalière
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si l'enquêté a moins de 18 ans (âge<18), passer au module L2, sinon continuer

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

1. ☐ Oui seul ou avec votre conjoint (mais vous pourriez le faire seul)
2. ☐ Oui, mais avec l'aide d'un parent ou d'un ami
3. ☐ Oui, mais avec l'aide d'un tiers (association, travailleur social), d'un tuteur ou d'un juge
4. ☐ Non, un autre personne gère vos ressources (car vous ne pourriez pas le faire seul)
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

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

1. ☐ Oui, à un ou des membres de la famille
2. ☐ Oui, à une autre personne (ami, association, travailleur social, établissement...)
3. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si TUTEUR=2 (la personne n'est pas sous tutelle):

RPJUR. Êtes-vous placé(e) sous tutelle y compris tutelle aux prestations sociale, curatelle ou un autre régime de protection juridique ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

FILTRE : si la personne est placée sous tutelle (si RPJUR=OUI) :

RPROJU.

Si APTE=1 ou 2 : Vous déclarez être placé(e) sous un régime de protection juridique, lequel ?

Si APTE=3 : Sous quel régime de protection juridique « prénom » est-il (elle) placé(e) ? (plusieurs réponses possibles)

2. ☐ Curatelle
3. ☐ Sauvegarde de justice
4. ☐ Tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA)
5. ☐ Autre
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si la personne est sous curatelle (si RPROJU =2) :

RQPROJU.

Si APTE=1 ou 2 : Vous déclarez être placé(e) sous curatelle, est-ce... ?

Si APTE=3 : Sous quelle curatelle « prénom » est-il (elle) placé(e) ?

1. ☐ ... une curatelle simple
2. ☐ ... une curatelle aménagée
3. ☐ ... une curatelle renforcée
4. ☐ ... une autre curatelle
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Module L2 - Revenus-allocations

RAMAL. De quel régime de sécurité sociale (assurance-maladie) bénéficiez-vous ?

L'enquêteur tend la Carte n°17

Régimes rattachés au régime général	Régimes non rattachés au régime général
1. ☐ Régime général des salariés	14. ☐ Régime agricole AS (salariés agricoles)
2. ☐ Fonctionnaires et ouvriers de l'état	15. ☐ Régime agricole AMEXA (exploitants agricoles)
3. ☐ Agents des collectivités locales ou de la fonction publique hospitalière	16. ☐ Assurance maladie des professions indépendantes (AMPI ou CANAM encore appelée régime social indépendant (RSI))
4. ☐ EDF-GDF	17. ☐ SNCF, MINES, RATP
5. ☐ Etudiants	18. ☐ Autres régimes particuliers.
6. ☐ CMU de base	19. ☐ Travailleurs frontaliers (<i>français ou étrangers</i>)
7. ☐ Aide médicale d'état	20. ☐ MSA sans autre indication
8. ☐ Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)	99. ☐ Ne sait pas
9. ☐ Invalides de guerre	
10. ☐ Titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale	
11. ☐ Régime local Alsace-Moselle	
12. ☐ Autre régime particulier dépendant du régime général.	
13. ☐ Régime général sans autre indication	

RCMU. Actuellement, avez-vous la CMU complémentaire appelée aussi couverture maladie universelle complémentaire ?

1. ☐ Oui -> si la personne a 60 ans ou plus passer à RAPA et sinon passer à RCOTOR
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

***** filtre si RCMU <> Oui : *****

REXOTM- Etes-vous pris en charge à 100% par la sécurité sociale pour le remboursement de vos frais médicaux (c'est-à-dire bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur) ?

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

RAMAC. Avez-vous un régime maladie complémentaire (mutuelle, assurance...) ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si Oui à RAMAC :

RQAMAC. Auprès de quelle mutuelle ou assurance ?

Instruction enquêteur : si la personne n'est pas sûre du nom exact de sa mutuelle/assurance ou ne s'en rappelle pas, suggérez-lui de sortir sa carte d'adhérent ou d'assuré (ou encore carte de tiers payant) car le nom exact de sa mutuelle/assurance est porté sur ce document

Recueil du libellé en clair | _____ | 100 caractères

☐ Ne sait pas

***** fin du filtre si RCMU <> Oui: *****

RCOTOR. Avez-vous déjà déposé (ou a-t-on déposé pour vous) un dossier devant la MDPH ou la Cotorep ou la CDES ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Oui, la MDPH-> RCOT
2. ☐ Oui, la cotorep.....-> RCOT
3. ☐ Oui, la CDES.....-> RCOT
4. ☐ Non-> RINVAL
8. ☐ Refus-> RINVAL
9. ☐ Ne sait pas-> RINVAL

RCOTI. Avez-vous déjà reçu une décision rendue par la MDPH, la COTOREP ou la CDES ?
On peut répondre 1 et 2 : il peut y avoir eu plusieurs passages devant les commissions

1. ☐ Oui, une décision positive-> R1COOB
2. ☐ Oui, une décision négative-> R1COOB
3. ☐ Non-> RQADRE
8. ☐ Refus-> RQADRE
9. ☐ Ne sait pas-> RQADRE

R1COOB. Combien de temps avez vous dû attendre pour obtenir une décision de la MDPH, la COTOREP ou la CDES ?

Instruction enquêteur : s'il y a eu plusieurs passages devant la MDPH, la COTOREP ou la CDES prendre le dernier

|_|_| ☐ Ne sait pas

si R1COOB <> Ne sait pas : R2COOB. 1. ☐ mois 2. ☐ année

RTICOT. Quel taux d'incapacité vous a été reconnu par la MDPH ou la COTOREP ou la CDES ?

|_|_| (format 0-100) ☐ Refus ☐ Ne sait pas

***** filtre : si décision positive par la MDPH, la COTOREP ou la CDES (si RCOT=1) :*****
***** sinon aller à RQADRE *****

RCODAT. En quelle année avez-vous obtenu, pour la première fois, une décision positive de la part de la MDPH ou de la Cotorep ou de la CDES ?

|_|_|_|_| ☐ Ne sait pas

(contrôle ANAIS=< RCODAT <= AENQ)

si RCODAT= Ne sait pas, poser RCOANN, sinon aller à RCOTB

RCOANN. Quel âge vous aviez environ ?

|_|_| ☐ Ne sait pas

(contrôle :RCOANN<=AGE)

RCOTB. Quelles sont les décisions qui vous ont été rendues par la MDPH ou la COTOREP ou la CDES?

Tendre la carte n°18 (plusieurs réponses possibles)

Pour tous

1. ☐ Attribution d'une allocation ou d'une prestation
2. ☐ Attribution d'une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement

Pour les enfants

3. ☐ Orientation vers un établissement médico-éducatif (y compris ITEP, ex IR)
4. ☐ Orientation vers le milieu scolaire ordinaire
5. ☐ Attribution d'une aide par un Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD, SSESAD)
6. ☐ Attribution d'un auxiliaire de vie scolaire
7. ☐ Attribution de matériel pédagogique adapté

Pour les adultes

8. ☐ Reconnaissance comme travailleur handicapé (RQTH)
9. ☐ Orientation vers un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, (ESAT))
10. ☐ Orientation vers le milieu ordinaire de travail
11. ☐ Orientation vers une structure de réinsertion professionnelle (*centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, Cap emploi, ex EPSR*)
12. ☐ Orientation vers un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
13. ☐ Orientation vers un foyer de vie ou foyer occupationnel
14. ☐ Orientation vers une maison d'accueil spécialisée (MAS)
15. ☐ Orientation vers un foyer d'accueil médicalisé (FAM)

filtre : Si RCOTB=8 (reconnaissance comme travailleur handicapé) :

RTRAV. Si vous avez obtenu une RQTH avant 2006, dans quelle catégorie de travailleur handicapé vous a-t-on classé ?

1. ☐ Catégorie A
2. ☐ Catégorie B
3. ☐ Catégorie C
7. ☐ Sans objet : RQTH obtenue après 2006
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si la personne travaille (si SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1):

RDEMARCH. Votre employeur a-t-il fait des démarches pour faire reconnaître la lourdeur de votre handicap?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

fin filtre : Si RCOTB=8 (travailleur handicapé)

filtre : Si RCOTB= 9, 11, 12, 13, 14 ou 15 (orientation vers un établissement spécialisé) :

RCORES. Avez-vous pu bénéficier de cette décision d'orientation vers un établissement pour adultes handicapés ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non, car il n'y avait pas de place
3. ☐ Non, car l'établissement était trop éloigné
4. ☐ Non, j'ai préféré rester chez moi

filtre : Si RCORES=1,2 ou 3 on pose R1COATT et R2COATT :

R1COATT. (paramétrer la question selon la réponse à RCORES)

Si RCORES=1 : Combien de temps avez-vous dû attendre pour en bénéficier ?

Si RCORES=2,3 : Depuis combien de temps attendez-vous pour en bénéficier ?

Instruction enquêteur : il s'agit du temps écoulé entre la date de demande et la date d'aujourd'hui (si la personne attend toujours) ou la date d'obtention

__|__| (format 0-99) ☐ Ne sait pas

filtre : Si R1COATT<>Ne sait pas :

R2COATT. 1. ☐ Mois 2. ☐ Année

Fin filtre : Si RCOTB= 9, 11, 12, 13, 14 ou 15 (orientation vers un établissement spécialisé)

filtre : Si RCOTB=3 (orientation vers un établissement médico-éducatif)

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

1. ☐ Établissement pour déficients intellectuels
2. ☐ Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ex : Instituts de Rééducation)
3. ☐ Instituts d'éducation motrice
4. ☐ Établissements pour déficients visuels
5. ☐ Établissements pour déficients auditifs
6. ☐ Établissements pour enfants sourds-aveugles
7. ☐ Établissements pour polyhandicapés
8. ☐ Autre
9. ☐ Ne sait pas

RCDRES. Avez-vous pu en bénéficier ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non, car il n'y avait pas de place
3. ☐ Non, car l'établissement était trop éloigné
4. ☐ Non, j'ai préféré rester chez moi

filtre : Si Si RCDRES=1,2 ou 3 on pose R3COATT et R4COATT :

R3COATT. (paramétrer la question selon la réponse à RCDRES)

Si RCDRES=1 : Combien de temps avez-vous dû attendre pour en bénéficier ?

Si RCDRES=2,3 : Depuis combien de temps attendez-vous pour en bénéficier ?

Instruction enquêteur : il s'agit du temps écoulé entre la date de demande et la date d'aujourd'hui (si la personne attend toujours) ou la date d'obtention

__|__| (format 0-99) ☐ Ne sait pas

filtre : Si R3COATT<>Ne sait pas :

R4COATT. 1. ☐ Mois 2. ☐ Année

Fin filtre : Si RCOTB=3 (orientation vers un établissement médico éducatif)

**** fin du filtre : si décision positive par la MDPH, la COTOREP ou la CDES (si RCOT=1) :****

filtre : si APTE in (1,2) :

RQADRE. Par qui avez-vous été adressé à la MDPH, la COTOREP ou la CDES ?

1. ☐ L'hôpital
2. ☐ Un autre professionnel de santé (le médecin traitant, une infirmière, un kiné...) ou un centre de santé, un dispensaire
3. ☐ L'école
4. ☐ L'employeur (ou le médecin du travail)
5. ☐ Un service social de la mairie
6. ☐ Un service social du département
7. ☐ Une association
8. ☐ Un membre de la famille
9. ☐ Un voisin ou un proche
10. ☐ Une autre personne ou un autre organisme
11. ☐ Personne, c'était de ma/sa propre initiative
99. ☐ Ne sait pas

Pour tous :

RCARTE. Avez-vous une carte d'invalidité ou de stationnement prioritaire ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si oui, la personne a une carte d'invalidité ou de stationnement prioritaire (si RCARTE=1) :

RTYPE. Laquelle ? (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Une carte d'invalidité (couleur orange)
2. ☐ Une carte priorité pour personne handicapée (couleur mauve) ou une carte « station debout pénible » (couleur verte)
3. ☐ Une carte de priorité des invalides du travail (barrée de bleu ou de rouge)
4. ☐ Une carte de pensionné militaire d'invalidité (barrée de bleu ou de rouge)
5. ☐ Une carte de stationnement prioritaire (carte européenne) ou d'un macaron spécial (du type GIC ou GIG)
9. NSP

Filtre :

si la personne travaille (SITUA=1 ou 2 ou TRAVAIL=1 - pages 36 et 37)

ET

si elle est reconnue comme travailleur handicapé (si RCOTB=8)

ou si elle perçoit l'AAH (si RALLOC=2 dans le module L1)

ou si elle a une carte d'invalidité ou de priorité (si RTYPE=1, 2, 3 ou 4) :

ET

si APTE in (1,2) :

RTHEMP. Votre employeur sait-il que vous avez une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, l'AAH ou un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

Module M - Loisirs

*****Filtre : on ne pose les questions du module M que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTER<> 0)*****

MSPORT. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pratiqué une activité sportive [que ce soit dans le cadre ou non d'une association]? (inclure les randonnées et la marche sportive, la danse, etc.)

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

filtre : si Oui (si MSPORT=1) :

MSPORTFREQ. Etait-ce :

- 1. ☐ Régulièrement tout au long de l'année
- 2. ☐ De temps en temps tout au long de l'année
- 3. ☐ Seulement pendant certaines périodes ou les vacances
- 4. ☐ Occasionnellement ou rarement
- 9. ☐ Ne sait pas

MBRIJAR. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait du bricolage ou du jardinage ? (en dehors des petits travaux ou réparations)

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

filtre : si Oui (si MBRIJAR =1) :

MBRIJARFREQ. Etait-ce :

- 1. ☐ Régulièrement tout au long de l'année
- 2. ☐ De temps en temps tout au long de l'année
- 3. ☐ Seulement pendant certaines périodes ou les vacances
- 4. ☐ Occasionnellement ou rarement
- 9. ☐ Ne sait pas

MBRODCOUT. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait de la couture, du tricot ou de la broderie ? (en dehors du raccommodage ou des petits travaux)

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

filtre : si MBRODCOUT =1 (oui) :

MBRODCOUTFREQ. Etait-ce :

- 1. ☐ Régulièrement tout au long de l'année
- 2. ☐ De temps en temps tout au long de l'année
- 3. ☐ Seulement pendant certaines périodes ou les vacances
- 4. ☐ Occasionnellement ou rarement
- 9. ☐ Ne sait pas

MARTIS. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pratiqué une activité artistique [que ce soit dans le cadre ou non d'une association]? (musique, peinture, théâtre, dessin, photo, etc.)

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

filtre : si MARTIS =1 (oui) :

MARTISFREQ. Etait-ce :

1. ☐ Régulièrement tout au long de l'année
2. ☐ De temps en temps tout au long de l'année
3. ☐ Seulement pendant certaines périodes ou les vacances
4. ☐ Occasionnellement ou rarement
9. ☐ Ne sait pas

MTELE. Au cours des douze derniers mois, avez-vous regardé la télévision, que ce soit chez vous ou ailleurs ? (y compris les émissions de télé enregistrées)

1. ☐ Oui, tous les jours ou presque
2. ☐ Oui de temps en temps ou rarement
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si Oui (si MTELE =1) :

MTELEFREQ. Combien d'heures environ par jour ?

1. ☐ Moins de 2 heures
2. ☐ De 2 à 4 heures
3. ☐ Plus de 4 heures
9. ☐ Ne sait pas

MDISQUE. Au cours des douze derniers mois, avez-vous écouté des CD, des disques ou des cassettes de musique que ce soit chez vous ou ailleurs ? (loués, empruntés ou enregistrés)

Hors musique diffusée par institution (musique d'ambiance).

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si Oui (si MDISQUE =1) :

MDISQUEFREQ. Etait-ce :

1. ☐ Tous les jours ou presque.
2. ☐ Une ou plusieurs fois par semaine (y compris le week-end)
3. ☐ Seulement pendant certaines périodes ou les vacances
4. ☐ Occasionnellement ou rarement
9. ☐ Ne sait pas

MLECT. Au cours des douze derniers mois, (et en dehors des obligations professionnelles ou scolaires), avez-vous lu des livres ?

Hors bandes dessinées, magazines, livres lus aux enfants

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si Oui (si MLECT =1) :

MLECTFREQ. Combien de livres environ ?

1. ☐ Moins de 6
2. ☐ De 6 à moins de 12
3. ☐ De 12 à 24 (c'est-à-dire entre 1 et 2 par mois)
4. ☐ Plus de 24 (c'est-à-dire plus de 2 livres par mois)
9. ☐ Ne sait pas

MCINE. Au cours des douze derniers mois, êtes-vous allé(e) au cinéma ?

Plusieurs réponses possibles

1. Oui, à des spectacles proposés par l'institution
2. Oui, à mon initiative hors de l'institution
3. Non
9. Ne sait pas

filtre : si Oui (si MCINE =1) :

MCINEFREQ. Combien de fois environ dans l'année ?

(compter ensemble les spectacles proposés par l'institution et à l'initiative de la personne)

1. ☐ Moins de 6 fois
2. ☐ De 6 à moins de 12 fois
3. ☐ 12 fois ou plus (c'est à dire au moins une fois par mois)
9. ☐ Ne sait pas

MCONC. Au cours des douze derniers mois, êtes-vous allé(e) au concert ou à un spectacle musical ? (musique classique, variété, jazz, rock, opéra, comédie musicale, ballet, etc.)

Plusieurs réponses possibles

1. Oui, à des spectacles proposés par l'institution
2. Oui, à mon initiative hors de l'institution
3. Non
9. Ne sait pas

MMUSEXPO. Au cours des douze derniers mois, êtes-vous allé(e) dans un musée ou visiter une exposition ?

Plusieurs réponses possibles

1. Oui, à des spectacles proposés par l'institution
2. Oui, à mon initiative hors de l'institution
3. Non
9. Ne sait pas

MACITSOC. Pratiquez vous des activités en société (jeux de société, loto en groupe, aller au café ...) ?

1. ☐ Oui, tous les jours
2. ☐ Oui, au moins une fois par semaine
3. ☐ Oui, au moins une fois par mois
4. ☐ Oui, plus rarement
5. ☐ Non, jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

MREPAS. Faites vous des repas entre amis ou avec votre famille ? (inviter ou être invité(e))

1. ☐ Oui, tous les jours
2. ☐ Oui, au moins une fois par semaine
3. ☐ Oui, au moins une fois par mois
4. ☐ Oui, plus rarement
5. ☐ Non, jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

Filtre : si âge >= 18 :

Instruction enquêteur : on considère qu'une personne a voté à une élection si elle a voté à au moins un des deux tours de cette élection

MVOTE. Avez-vous voté lors des dernières élections présidentielles ou législatives?

1. ☐ Oui, aux deux élections
2. ☐ Oui, à l'une des deux élections
3. ☐ Non, à aucune des deux élections
4. ☐ Sans objet : n'a pas le droit de vote (étranger, personne sous tutelle,...)
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

MASSOC. Participez-vous à l'une des activités suivantes? (plusieurs réponses possibles)
L'enquêteur tend la Carte n°19

1. ☐ Association artistique, culturelle ou musicale
2. ☐ Association sportive
3. ☐ Club du troisième âge ou autre association de personnes âgées
4. ☐ Anciens combattants
5. ☐ Associations de personnes handicapées ou de famille de personnes handicapées
6. ☐ Associations de parents d'élèves
7. ☐ Autres associations
8. ☐ Activité syndicale ou politique
9. ☐ Activité bénévole d'une autre nature
10. ☐ Aucune de ces activités
99. ☐ Ne sait pas

Puis pour chaque activité pratiquée, poser la question MASAC:

Instruction enquêteur : une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.

MASAC . Etes-vous...

1. ☐ Simple adhérent
2. ☐ Participant actif
3. ☐ Autre
9. ☐ Ne sait pas

MVAC. Partez-vous en vacances... lire les modalités

1. ☐ Plusieurs fois par an
2. ☐ Chaque année ou presque
3. ☐ A peu près une année sur deux
4. ☐ Plus rarement
5. ☐ Jamais
8. ☐ Refus
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si APTE in (1,2) :

MLOIS . Nous venons de parler d'un certain nombre d'activités. Aimeriez-vous en avoir davantage ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non -> passer au module N
2. ☐ Ne sait pas -> passer au module N

filtre : si OUI (si MLOIS=1) :

MEMP. Vous aimeriez avoir davantage d'activités, qu'est-ce qui vous empêche d'en avoir davantage ?

(plusieurs réponses possibles – lecture des modalités)

1. ☐ Vos revenus sont insuffisants
2. ☐ Vous n'avez pas le temps
3. ☐ Vos problèmes de santé ou un handicap vous en empêchent
4. ☐ L'attitude ou le comportement des autres vous en empêchent
5. ☐ Les lieux d'activité vous sont difficiles ou impossibles d'accès
6. ☐ Vous vous sentez en insécurité
7. ☐ Aucune de ces raisons

*******Fin du filtre : on ne pose les questions du module M que si la personne n'est pas dans un état végétatif ou dans le coma (Si APTER<> 0) *******

Module N - Discrimination

Instruction enquêteur : si la personne hésite ou n'est pas sûre de comprendre la question donner les exemples suivants.

Si l'enquêté est un enfant : par exemple un enfant peut subir les moqueries de ses camarades de classes s'il porte un corset.

Si l'enquêté est un adulte : par exemple une personne peut perdre son emploi ou se voir refuser une promotion en raison de son sexe, sa couleur de peau ou de son état de santé.

filtre : si APTÉ in (1,2) : poser NDISCR, sinon aller au module O

NDISCR. Au cours de votre vie, est-il arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non -> passer au module O
9. ☐ Ne sait pas -> passer au module O

filtre : si OUI : NDISCR=1

NCHAND. Est-ce à cause de votre état de santé ou d'un handicap ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non -> passer au module O

*** La suite du module concerne les personnes qui ont répondu **NCHAND=Oui** ****

NCAUS. Est-ce en raison ? (plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. ☐ De votre apparence (physique ou liée aux appareillages que vous portez)
2. ☐ D'a priori des gens sur votre handicap ou votre état de santé (jugements de valeur sur vos capacités ou incompréhension face à votre handicap ou état de santé)
3. ☐ De limitations liées à votre handicap ou votre état de santé (besoin d'aide humaine, lenteur, difficultés de communication)
4. ☐ D'attitudes inhabituelles que vous auriez aux yeux des autres
5. ☐ Aucune de ces raisons

NREL. Ces comportements négatifs ont eu lieu ...

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités

1. ☐ Lors de relations avec une administration
2. ☐ Lors de la recherche d'un emploi
3. ☐ Lors de la recherche d'un logement
4. ☐ Lors de relations avec vos voisins
5. ☐ Lors de relations avec un commerçant
6. ☐ En famille
7. ☐ Dans une relation amoureuse
8. ☐ Lorsque vous avez voulu faire partie d'un club, association, groupe
9. ☐ Lorsque vous avez voulu obtenir un emprunt bancaire ou une assurance
10. ☐ Dans une autre circonstance

NLIEU. Avez-vous ressenti ces comportements négatifs...

(plusieurs réponses possibles) lire les modalités

1. ☐ Sur votre lieu de travail
2. ☐ Sur votre lieu d'étude (école, au collège, à l'université)
3. ☐ Dans la rue, un lieu public ou les transports en commun
4. ☐ Sur un lieu de loisirs (cinéma, lieux de spectacles, lieux de pratique sportive)
5. ☐ Sur un lieu de restauration, un café
6. ☐ Dans un autre lieu

**NTYPE. De quels comportements négatifs s'agit-il ?
(plusieurs réponses possibles) lire les modalités**

1. ☐ Vous avez subi des insultes, des moqueries
2. ☐ Vous avez été mis(e) à l'écart des autres
3. ☐ Vous avez été traité(e) injustement
4. ☐ On vous a refusé un droit

**NCONS. Ces comportements ont-ils eu les conséquences suivantes sur votre vie
(plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse**

1. ☐ Cela vous a rendu triste, déprimé, abattu
2. ☐ Cela a eu d'autres conséquences négatives sur votre santé (perte de sommeil, d'appétit, fatigue, ...)
3. ☐ Vous avez fréquenté moins de gens (repli sur soi)
4. ☐ Vous avez renoncé à des activités ou des projets (ex : vous avez cessé de rechercher un emploi, d'aller au restaurant,...)
5. ☐ Cela a eu d'autres conséquences négatives sur votre vie
6. ☐ Cela n'a eu aucune conséquence négative ni sur votre santé ni sur votre vie

NDEM. Avez-vous engagé des démarches pour vous défendre?

1. ☐ Oui, vous avez déposé une plainte
2. ☐ Oui, vous avez effectué d'autres démarches (aller voir son supérieur ou un représentant de l'autorité)
3. ☐ Non

*****FILTRE : Si ces comportements ont eu lieu lors de la recherche d'un emploi (si NREL=2) :*****

NRECHA. Pensez vous qu'on vous a refusé un emploi en raison de votre état de santé ou d'un handicap?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

NRECHB. Lorsque vous êtes candidat à un emploi, signalez-vous vos problèmes de santé ou votre handicap?

1. ☐ Oui, avant le premier rendez-vous
2. ☐ Oui, mais après le premier rendez vous
3. ☐ Non
9. ☐ Ne sait pas

***** **fin du filtre : si NREL=2** *****

*****FILTRE : Si ces comportements ont eu lieu sur le lieu de travail (si NLIEU=1) :*******

NTRAVA. Ces comportements sur votre lieu de travail ont-ils eu les conséquences suivantes sur votre vie professionnelle ? (plusieurs réponses possibles) lire les modalités de réponse

1. ☐ Vous avez perdu votre emploi
2. ☐ Votre carrière a été bloquée
3. ☐ On vous a refusé l'accès à des formations
4. ☐ Aucune de ces conséquences
9. ☐ Ne sait pas

NTRAVB. Vos problèmes de santé ou votre handicap étaient-ils connus de votre employeur lorsque vous aviez obtenu cet emploi ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non
3. ☐ Ce problème n'existait pas
9. ☐ Ne sait pas

***** **fin du filtre : si NLIEU=1** *****

OACNIR2B. Est-ce que certains de vos remboursements sont effectués auprès d'une autre personne ?

1. ☐ Oui (en particulier pour les enfants) => continuer (ONOM2)
2. ☐ Non => aller à la question ENQUAL

*******filtre : si Oui (OACNIR2B=1) *******

Pouvez-vous me donner :

ONOM2. Le nom de la seconde personne (le nom de jeune fille pour les femmes) dont le numéro de sécurité sociale sert pour vos remboursements ?

_____ ☐ Refus ☐ Ne sait pas

Si Refus ou Ne sait pas à ONOM2 => aller à la question ENQUAL

OPRENOM2. Son prénom ?

_____ ☐ Refus ☐ Ne sait pas

OSEXE2. Son sexe

1. ☐ Masculin ?
2. ☐ Féminin ?

ODATENAIS2. Sa date de naissance ?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Refus ☐ Ne sait pas

OPAYS2NAIS1. Son lieu de naissance

1. ☐ En France (métropole ou DOM-TOM) ...=> aller à OCOMNAIS2
2. ☐ A l'étranger=> aller à OPAYS2NAIS2
9. ☐ Ne sait pas

filtre : si en France (OPAYS2NAIS1=1) :

OCOMNAIS2. Sa commune de naissance ? _____

- ☐ Refus
☐ Ne sait pas

filtre : si à l'étranger (OPAYS2NAIS1=2) :

OPAYS2NAIS2. Dans quel pays ? ... _____

- ☐ Ne sait pas

*******fin du filtre si OACNIR2B= 1 *******

*******Enquête qualitative *******

*******filtre : si APT=1 ou 2 (la personne répond seule ou avec l'aide de quelqu'un) *******

ENQUAL. Accepteriez-vous, dans quelques mois, un entretien complémentaire avec un chercheur envoyé par l'Insee, pour approfondir certains sujets de l'enquête?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non

*******fin du filtre si APT=1 ou 2 *******

OHAND.

Pour l'enquêteur : (à afficher en bleu)

D'après ce que vous avez pu constater, la personne a-t-elle un handicap ou un problème de santé que le questionnaire n'aurait pas permis de relever?

1. ☐ Oui -> OHANDET
2. ☐ Non -> OREM

filtre : si OHAND=Oui:

OHANDET.

Pour l'enquêteur

Est ce...

(plusieurs réponses possibles)

1. ☐ ...un handicap moteur
2. ☐ ...un handicap visuel
3. ☐ ...un handicap auditif
4. ☐ ...un handicap intellectuel
5. ☐ ...un handicap psychique
6. ☐ ...un autre handicap
7. ☐ ...un autre problème de santé

OREM.

Pour l'enquêteur : (à afficher en bleu)

Avez-vous des remarques sur le déroulement de l'entretien ?

_____ (300 caractères)

CADRIND.

Pour l'enquêteur : (à afficher en bleu)

Le questionnaire « données de cadrage » (version papier) a-t-il été renseigné par l'établissement (service) pour PRENOM ?

1. Oui
2. Non => fin d'enquête

**Partie 3 : saisie par l'enquêteur du questionnaire DONNEES DE
CADRAGE**