

# **A**utonomie – **M**énages - **I**ndividus

**Enquête 2022**



Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa n°2022X055SA du Ministre de l'économie, des finances et de la relance, valable pour l'année 2022 – Arrêté en date du 20/12/2021.

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) représentée par M. Fabrice Lenghart, directeur (14 avenue Duquesne, 75 350 Paris 07 SP). Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de la Drees ([drees-rgpd@sante.gouv.fr](mailto:drees-rgpd@sante.gouv.fr)).

# Enquête Autonomie Individus

## SOMMAIRE

### Table des matières

Absence de L'enquêté .....	5
Famille – Ménage .....	7
1. Famille .....	7
2. Relations.....	9
État-civil .....	12
Tutelles .....	15
Santé et Recours aux Soins .....	18
Déficiences .....	25
1. Problèmes moteurs .....	25
2. Problèmes de vue.....	29
3. Problèmes d'audition .....	31
4. Problèmes liés à la parole .....	33
5. Problèmes organiques chroniques .....	35
6. Problèmes intellectuels, psychologiques ou comportementaux.....	37
Aides Techniques et Aménagements du Logement .....	44
1. Aides techniques .....	44
2. Aménagements du logement.....	49
3. Parentalité.....	51
Limitations Fonctionnelles .....	53
Restrictions d'Activité .....	60
Accessibilité .....	73
1. Accessibilité dans les déplacements .....	73
2. Accessibilité numérique et à l'information .....	77
3. Accessibilité du vote .....	78
Aide Humaine .....	80
4. Cohabitation.....	80
2. Famille proche .....	81
3. Aidants de l'entourage .....	83
4. Aidants professionnels .....	89
Enfants et Scolarité .....	93
Emploi.....	98
1. Personnes en emploi.....	99
2. Personnes en recherche d'emploi .....	103
3. Personnes sans emploi .....	103
4. Ancienne situation en emploi.....	105
Loisirs .....	108
1. Activités pratiquées .....	109
2. Absence de pratique physique ou sportive .....	110

3. Autres loisirs .....	110
Reconnaissance administrative, prestations liées au handicap et à la dépendance ....	114
1. Reconnaissance par la MDPH .....	114
2. Autres lieux de vie actuels et souhaités .....	117
3. Autres reconnaissances .....	119
4. Prestations et allocations.....	120
5. Dépenses restant à charge .....	122
6. Prise en charge médicale .....	123
Discriminations .....	126
Situations de maltraitance Violences physiques ou morales .....	129
Fin de Questionnaire .....	130
Conditions d'Enquête pour l'Enquêteur .....	131

## ABSENCE DE L'ENQUÊTÉ

ABPRES

*Ne pas poser cette question*

**[INDPRE] est-il/elle présent(e) lors de l'interrogation ?**

*Si l'individu se trouve dans le logement mais dans une autre pièce veuillez cocher « non ».*

1. Oui
2. Non

*Si ABPRES = 2*

ABSDUR

**Cette absence durera-t-elle jusqu'à la fin de l'enquête ?**

1. Oui
2. Non

*Si ABSDUR = 1*

ABLIEU

**Où est [INDPRE] pendant cette période d'absence prolongée ?**

*USLD=unité de soins de longue durée,*

*MAS=maison d'accueil spécialisée,*

*FAM= foyer d'accueil médicalisé.*

1. Dans un autre domicile ou celui d'un proche
2. Dans un établissement psychiatrique
3. Dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation (convalescence, maison de repos)
4. Dans un autre établissement de santé (hôpital, USLD, unité de court séjour...)
5. Dans un établissement pour personnes âgées (dont accueil temporaire)
6. Dans un établissement pour adultes handicapés (foyer d'hébergement, foyer de vie, MAS, FAM...)
7. En déplacement pour son travail
8. En vacances
9. Ailleurs

*Si ABLIEU = 9*

ABLIEUP

**Précisez le lieu.**

*Si le lieu est une institution ou une communauté, notez précisément son type*

(200 CARACTERES)

*Si SSECH = 4*

TUTCONT

**L'enquête est dans le groupe le plus dépendant de l'enquête VQS. Elle est peut-être sous tutelle. Dans ce cas, vous aurez besoin de contacter au préalable le tuteur ou la tutrice.**

**La personne est-elle actuellement placée sous une mesure de tutelle ?**

*Dans le cas d'une autre mesure de protection (curatelle notamment), il n'y a pas besoin de contacter la personne qui exerce la mesure de protection.*

*Le NSP est autorisé*

1. Oui
2. Non

*Si TUTCONT = 1*

INTROTUT

Message pour les enquêteurs : « L'autorisation de faire l'enquête doit être demandée au tuteur. Si le tuteur est présent, lui demander son accord. S'il est absent, stopper le questionnaire, demander ses coordonnées et prendre immédiatement contact avec l'équipe d'enquête en DEM pour que la demande se fasse dans les meilleurs délais. »

ABREPOND

**Qui va répondre au questionnaire ?**

*Un aidant professionnel à domicile n'est pas autorisé comme proxy.*

1. La personne enquêtée, [INDPRE]
2. Une autre personne (proxy)

Si ABREPOND = 2

ABRAIS

*Ne pas poser cette question*

**Pour quelles raisons y a-t-il un proxy ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'individu déclare ne pas être apte à répondre en raison d'un handicap, d'un problème de santé ou de l'âge
2. L'enquêteur constate que l'individu n'est pas apte à répondre
3. Le proxy déclare que l'individu n'est pas apte à répondre

# FAMILLE – MÉNAGE

FANATIO1N

**[INDPRE], vous êtes...**

*(plusieurs réponses possibles)*

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

## 1. Famille

INTRO2A

**Nous allons maintenant parler des membres de votre famille, qu'ils vivent avec vous ou non.**

**BOUCLE**

**La prochaine question boucle sur chaque cohabitant [FAPRE] lorsque l'information est manquante**

FALIE

**Quel est le lien entre le [FAPRE] et [INDPRE] ? [FAPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

FAFRERE

**Combien de frères avez-vous aujourd'hui, y compris vos demi-frères ?**

*Il s'agit de frères en vie (qu'ils vivent ou non avec la personne).*

|\_\_||\_\_|  
(0 à 25)

FASOEUR

**Combien de sœurs avez-vous aujourd'hui, y compris vos demi-sœurs ?**

*Il s'agit de sœurs en vie (qu'elles vivent ou non avec la personne).*

|\_\_||\_\_|  
(0 à 25)

*Si la personne a déclaré être célibataire*

FACPASSE

**Vous avez déclaré être célibataire, avez-vous déjà vécu en couple dans le passé ?**

1. Oui
2. Non

*Si la personne a déclaré être veuve*

FADCCONJ

**Vous avez déclaré être veuf(ve), en quelle année est décédé votre conjoint ?**

|\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|  
(1920 à AENQ)

*Si la personne a déclaré être divorcée*

FASEPAR

**Vous avez déclaré être divorcé(e), en quelle année a eu lieu votre séparation effective ?**

*La date de divorce est attendue, non la date de décohabitation.*

|\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

(1920 à AENQ)

*Si AGE > 15*

FAENF

**Combien d'enfants avez-vous aujourd'hui, y compris vos enfants adoptés ?**

*Il s'agit d'enfants en vie (qu'ils vivent ou non avec la personne).*

*Inclure les beaux-enfants si la personne les considère comme ses enfants.*

|\_\_||\_\_|

(0 à 50)

INTRO2B

**Nous allons maintenant parler de vos proches qui n'habitent pas dans votre logement.**

*Si le père est encore en vie et n'est pas un cohabitant*

FAPRENOMP

**Quel est le prénom de votre père ?**

|\_\_\_\_\_|

FANATIOP

**Quelle était la nationalité de votre père à sa naissance ?**

1. Française
2. Étrangère
3. Sans objet

FANAIP

**Où votre père est-il né ?**

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

*Si la mère est encore en vie et n'est pas un cohabitant*

FAPRENOMM

**Quel est le prénom de votre mère ?**

|\_\_\_\_\_|

FANATIOM

**Quelle était la nationalité de votre mère à sa naissance ?**

1. Française
2. Étrangère
3. Sans objet

FANAIM

**Où votre mère est-elle née ?**

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

*Si la personne est en couple mais n'habite pas avec son conjoint*

FACOPR

**Quel est le prénom de votre conjoint(e) ?**

|\_\_\_\_\_|

FACOSEX

**Quel est le sexe de [FACOPR] ?**

1. Masculin
2. Féminin



INTRO2C

Nous allons maintenant parler de vos frères et sœurs qui n'habitent pas avec vous.

**BOUCLE**

*Les prochaines questions bouclent sur chaque frère et sœur non cohabitant.*

FAFSPRENOM

Quel est son prénom ?

FAFSSEXE

Quel est le sexe de [FAFSPRENOM] ?

1. Masculin
2. Féminin

INTRO2D

Nous allons maintenant parler de votre / vos enfant(s) qui habite(nt) avec vous.

**BOUCLE**

*Les prochaines questions bouclent sur chaque enfant cohabitant*

*Si l'enfant a plus de 15 ans*

FAEENF

Combien [FAENFPRE] a-t-il/elle d'enfants ?

INTRO2E

Nous allons maintenant parler de votre / vos enfant(s) qui n'habite(nt) pas avec vous].

**Début de BOUCLE**

*Les prochaines questions bouclent sur chaque enfant non cohabitant*

FAENFPRE

Quel est son prénom ?

*Si deux enfants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

(50 CARACTERES)

FAENFSEX

Quel est son sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

*Si FAENFAGE > 15*

FAEENF

Combien [FAENFPRE] a-t-il/elle d'enfants ?

(0 à 50)

FAENFCOU

[FAENFPRE] vit-il/elle en couple ?

1. Oui
2. Non

## 2. Relations

FARENFAM

Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré et passé du temps avec des personnes de votre famille (qui ne vivent pas avec vous) ?

*Il est ici question de la famille au sens large, enfants, parents, cousins, oncles etc.*

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 au cours des 12 derniers mois
7. *(ne pas lire cette modalité)* Sans objet : pas de famille

**FARENAMI**

**Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré et passé du temps avec vos amis ou vos voisins ?**

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 au cours des 12 derniers mois
7. *(ne pas lire cette modalité)* Sans objet : pas d'ami

*Si FARENAM#7 ET FARENAMI#7*

**FARENSVT**

**Aimeriez-vous voir votre famille ou vos amis...**

1. Plus souvent
2. Aussi souvent
3. Moins souvent

**FAREPOND**

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement

[liste des enfants hors habitants du logement

Père [(PER1E=2) : FAPRENOMP]

Mère [(MER1E=2) : FAPRENOMM]

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et mère

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

**FAREPNB**

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

**BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque nouveau répondant**

**REPRE**

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

*(50 CARACTERES, NSP/RF non autorisés)*

**RESEX**

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

*NSP/RF non autorisés*

**RENAI**

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|année

*(1900 à AENQ)*

## RELIE

### Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. **Si FACOPR = « . » :** Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

*S'il était prévu que l'enquêté réponde au questionnaire seul mais ne l'a pas fait*

## RELIEPK

### Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## ÉTAT-CIVIL

INTRO3A

La plaquette que vous avez reçue précise que nous avons besoin de votre état civil et de votre numéro de sécurité sociale pour avoir des informations sur vos soins. Il sera par la suite supprimé et ne figurera pas dans les fichiers anonymes utilisés pour les traitements statistiques.

ECINDNIR

**Quel est votre numéro de sécurité sociale ?**

*Demander la carte vitale.*

*Attention, si la personne a un ouvrant-droit ne pas noter ici le numéro de sécurité sociale de l'ouvrant mais celui de la personne interrogée.*

Variable caractère (15 positions) :

|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

(REFUS, NSP)

ECINDNOM

**Pouvez-vous me donner...**

**... Votre nom de naissance ?**

|\_\_\_\_\_

*Si l'enquêté est né en France*

ECINDCOM

**... Votre commune de naissance (code commune) ?**

|\_\_\_\_\_

ECINDCOML

**... Votre commune de naissance (libellé en clair) ?**

|\_\_\_\_\_

ECOUV

**Utilisez-vous le numéro de sécurité sociale de quelqu'un d'autre pour vos soins ?**

*Autrement dit, la personne interrogée est-elle l'ayant-droit d'une autre personne ? ou la personne interrogée a-t-elle un ouvrant-droit ?*

1. Oui
2. Non

*Si ECOUV = 1*

ECOUVNIR

**Quel est le numéro de sécurité sociale de cette personne ?**

*Demander la carte vitale.*

Variable caractère (15 positions) :

|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

*Si NHAB > 1*

ECOUVCOH

**Cette personne habite-t-elle dans le même logement que vous ?**

1. Oui
2. Non

*Si ECOUVCOH = 1 et NHAB > 2*

ECOUVQUI

**Qui est la personne dont le numéro de sécurité sociale sert pour vos remboursements ?**

*(une seule réponse possible)*

[Liste des habitants du logement : PRENOM hors individu interrogé (NOI=01), hors personnes de moins de 18 ans (AGE<18), FALIE]

ECOUVNOM

**Pouvez-vous me donner...**

**... Le nom de naissance de la personne dont le numéro de sécurité sociale sert pour vos remboursements ?**

|\_\_\_\_\_|  
(50 CARACTERES)

*Si ECOUVCOH = 2*

ECOUPRE

**... Son prénom ?**

|\_\_\_\_\_|  
(50 CARACTERES)

ECOUVSEX

**... Son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

ECOUVNAI

**... Sa date de naissance ?**

|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|

(format date de Blaise, à transformer en jour/mois/année –NSP, refus)

ECOUPAY

**Est-il/elle né(e) ...**

(une seule réponse possible)

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

*Si ECOUPAY=1*

ECOUCOM

**... Sa commune de naissance ?**

|\_\_\_\_\_|

ECOUCOML

**... Sa commune de naissance (libellé en clair) ?**

|\_\_\_\_\_|

*Si ECOUCOM et ECOUVOML in (NSP, RF, .)*

ECOUDPE

**... Son département de naissance (code commune) ?**

Codage comme DEPNAIS du TCM

*Si (ECOUCOH = 2 ET ECOUPAY=2)*

ECOUVETR

**Dans quel pays est-il/elle né(e) ?**

NSP

INTRO3B

**L'INSEE est tenu par la loi d'informer votre ouvrant-droit de son droit de suppression des données le concernant.**

**C'est pourquoi je vous laisse cette lettre à donner à cette personne.**

ECREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

(plusieurs réponses possibles)

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père [(PER1E=2) : FAPRENOMP]

Mère [(MER1E=2) : FAPRENOMM]

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et mère  
Une ou plusieurs autre(s) personne(s)]

ECREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

**BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque nouveau répondant**

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|année

(1900 à AENQ -)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?**

*A une partie ou au module entier*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

# TUTELLES

INTRO5A

**Nous allons nous intéresser aux interventions de personnes dans les actes importants de votre vie (gestion de vos ressources par exemple) et aux mesures juridiques qui pourraient vous concerner.**

Si AGE >=18

TUPROC

**Avez-vous donné une procuration bancaire à des proches ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, à un ou des membres de votre famille
2. Oui, à une autre personne (ami, association, travailleur social, établissement)
3. Non

TUJUR

**Êtes-vous actuellement placé(e) sous une mesure de protection juridique?**

1. Oui, une tutelle (tutelle complète, administration sous contrôle judiciaire, tutelle d'État ou gérance de tutelle)
2. Oui, une curatelle
3. Oui, une sauvegarde de justice
4. Oui, une habilitation familiale
5. Oui, un mandat de protection future
6. Autre
7. Non, aucune de ces mesures

Si TUJUR=6

TUJURQP

**Sous quelle autre mesure de protection êtes-vous ?**

\_\_\_\_\_

(200 CARACTERES)

Si TUJUR=2

TUJUC

**Est-ce...**

1. une curatelle simple ?
2. une curatelle renforcée ?
3. une curatelle aménagée ?

Si TUJUR=1

TUJUT

**Est-ce une mesure portant sur...**

1. ...votre propre protection et celle de vos biens
2. ...votre propre protection uniquement
3. ...la protection de vos biens uniquement

Si TUJUR=1 ou si TUJUR=2 ou si TUJUR=3

TUJURDS

**Depuis combien de temps êtes-vous placé(e) sous une mesure de protection juridique (mois ou année(s)) ?**

*Seules les mesures suivantes sont concernées : tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice*

*Si la personne a enchaîné plusieurs mesures (curatelle puis tutelle par exemple), noter la plus récente.*

*Vous pouvez renseigner un chiffre après la virgule. Exemple : pour « deux mois et demi », renseigner 2,5.*

| \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | , | \_\_\_\_ | semaine(s), mois ou année(s)

(00,0 à 99 – NSP, REFUS)

TUJURDUT

**Unité de temps :**

**[TUJURDS] en :**

1. semaine(s)
2. mois
3. année(s)

Si AGE < 18

TUJURENF

**Êtes-vous actuellement placé(e) sous tutelle ?**

*Un enfant mineur est placé sous le régime de la tutelle :*

- si ses 2 parents sont décédés,
- ou s'ils font l'objet tous les 2 d'un retrait de l'autorité parentale,
- ou si l'enfant n'a ni père, ni mère

1. Oui
2. Non

Si TUJUR=1 ou TUJURENF = 1

INTRO5B

**Dans le cas d'une personne sous tutelle, l'INSEE est tenu par la loi de demander au tuteur l'autorisation de poursuivre l'enquête concernant son protégé.**

**C'est pourquoi nous vous demandons les coordonnées de votre tuteur.**

TUREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père [(PER1E=2) : FAPRENOMP]

Mère [(MER1E=2) : FAPRENOMM]

Conjoint, [FACOPR]

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

TUREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

**BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque nouveau répondant**

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|année

(1900 à AENQ -)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]



4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...) )

#### RELIEPK

#### **Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?**

*A une partie ou au module entier*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

# SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS

INTRO7

Nous allons maintenant parler de votre santé.

RSSANTE

**Comment est votre état de santé en général ?**

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

RSCHRO

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

*Une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer pendant 6 mois au moins.*

1. Oui
2. Non

RSLIMI

**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(e)
2. Oui, limité(e) mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout

RSMALA

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous un (ou des) problème(s) de santé durable(s) de la liste suivante ?**

*Nous entendons par là qu'un médecin l'a diagnostiqué (pas forcément au cours des 12 derniers mois), et que vous avez été ou êtes actuellement traité(e) pour cette maladie ou ce problème.  
(plusieurs réponses possibles)*

→ **carte 1**

## 1. Maladies ou problèmes cardio-vasculaires

- 11 : Infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou séquelles d'infarctus
- 12 : Maladies des artères coronaires, angine de poitrine
- 13 : Hypertension artérielle
- 14 : Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale) ou séquelle d'AVC ou d'attaque cérébrale
- 15 : Insuffisance cardiaque
- 16 : Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)
- 17 : Troubles du rythme
- 18 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires

## 2. Maladies respiratoires

- 21 : Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
- 22 : Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
- 23 : Allergie (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire
- 24 : Autres maladies respiratoires

## 3. Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations

- 31 : Douleurs ou affection chronique du dos ou du bas du dos, telle que lombalgie, lumbago, sciatique
- 32 : Douleurs ou affection chronique de la nuque ou des cervicales
- 33 : Polyarthrite rhumatoïde
- 34 : Autres arthrites (inflammation des articulations)
- 35 : Arthrose du genou
- 36 : Arthrose de la hanche
- 37 : Arthroses d'autres localisations
- 38 : Ostéoporose
- 39 : Autres maladies ou problèmes concernant les os et les articulations

## 4. Maladies ou problèmes neurologiques

- 41 : Migraines, maux de têtes importants

- 42 : Épilepsie
- 43 : Maladie d'Alzheimer et autres maladies du même type
- 44 : Maladie de Parkinson
- 45 : Sclérose en plaque
- 46 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

**5. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux**

- 51 : Anxiété
- 52 : Dépression
- 53 : Troubles du neuro-développement et / ou compris troubles du spectre de l'autisme
- 54 : Schizophrénie
- 55 : Troubles bipolaires
- 56 : Anorexie mentale
- 57 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

**6. Maladies ou problèmes oculaires ou auditifs**

- 61 : Cataracte non opérée
- 62 : Glaucome avec séquelles
- 63 : DMLA
- 64 : Autres maladies des yeux
- 65 : Maladies de l'oreille
- 66 : Autres maladies ou problèmes oculaires ou auditifs

**7. Autres maladies ou problèmes**

- 71 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 72 : Insuffisance rénale
- 73 : Cancer (toutes les tumeurs malignes y compris les leucémies et les lymphomes)
- 74 : Cirrhose du foie
- 75 : Diabète
- 76 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 77 : Autres maladies
- 78 : Aucun problème de santé ou maladie

Si RSMALA=73

RSMALAC

**De quel(s) cancer(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

(200 CARACTERES)

Si RSMALA = 18 OU RSMALA = 24 OU RSMALA = 39 OU RSMALA = 46 OU RSMALA = 57 OU RSMALA = 64  
OU RSMALA = 66 OU RSMALA = 77

RSMALAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

RSCOV

**Avez-vous déjà été testé(e) positif à la covid-19?**

*On parle ici de test PCR, de test antigénique ou de test de sérologie permettant de doser les anticorps a posteriori.*

- 1. Oui
- 2. Non

Si RSCOV = 1

RSSYMP

**Avez-vous eu des symptômes persistants de la Covid-19 pendant plus de 3 mois ?**

- 1. Non
- 2. Oui, et vous en avez toujours
- 3. Oui, mais ils ont disparu

Si RSSYMP = 2 ou 3

RSCOVDAT

**À quelle date aviez-vous été testé(e) positif(ve) ?**

Dans le cas de plusieurs tests positifs, prendre le plus ancien.  
(date en mois et année)

RSSOMMEIL

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu de manière répétée des troubles du sommeil ?**

1. Oui
2. Non

RSMALDOU

**Au cours de ces 4 dernières semaines, comment ont été vos douleurs physiques ?**

*Si la personne prend des médicaments pour calmer la douleur, répondre en prenant en compte le soulagement apporté par les médicaments*

3. Nulles
4. Très faibles
5. Faibles
6. Modérées
7. Fortes
8. Très fortes

RSBDETAT

**Comment décririez-vous l'état de vos dents et de vos gencives ?**

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

*Si AGE >= 10*

RSBDNOMB

**Avez-vous ?**

*Ne pas prendre en compte les dents de sagesse ou de lait*

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
4. Perdu toutes vos dents ou presque

*Si RSBDNOMB ≠ 4*

RSBDPROB

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

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Caries non traitées
2. Déchaussement des dents
3. Abscès dentaires fréquents
4. Aucun d'entre eux

RSENER

**Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?**

1. Oui
2. Non

RSEFFOR

**À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant des efforts physiques modérés, telles que s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener ?**

1. Plusieurs fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. Une à trois fois par mois
4. Presque jamais ou jamais

RSCONS

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté pour vous-même...**

*(plusieurs réponses possibles)*

*Consultation chez un professionnel ou à domicile*

1. un kinésithérapeute, un ostéopathe ou un chiropracteur
2. un psychomotricien
3. un diététicien ou un nutritionniste
4. un orthophoniste
5. un ergothérapeute
6. un podologue ou un pédicure
7. un homéopathe

RSMEDPSY

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel de santé parce que vous avez ressenti des difficultés psychologiques ou que vous n'aviez pas le moral ?**

*Plusieurs réponses possibles*

1. Oui, un psychologue ou un psychothérapeute
2. Oui, un psychiatre
3. Oui, un médecin généraliste
4. Oui, un autre professionnel de santé
5. Non

*Si RSMEDPSY= 1 ou 2 ou 3 ou 4*

RSMEDPSYQUI

**La dernière fois que vous avez consulté un professionnel ~~médecin~~ pour des raisons psychologiques ou psychiatriques, était-ce...**

1. De vous-même
2. Sur les conseils d'un proche ou d'un professionnel
3. Sous la contrainte d'un proche ou d'un professionnel

RSCMP

**Êtes-vous accompagné(e) par un centre de type CATTP, CMPP, CMP ?**

*CATTP : Centre d'accueil thérapeutique de jour*

*CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.*

*CMP : Centre médico-psychologique*

1. Oui
2. Non

RSHOP

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour au moins une nuit ?**

1. Oui
2. Non

*Si RSHOP = 1*

RSHOPPSY

**Cette hospitalisation s'est-elle déroulée principalement dans un service psychiatrique (d'un service, d'une clinique ou d'un hôpital) ?**

*Si plusieurs hospitalisations, répondre pour la dernière*

1. Oui
2. Non

*Si RSHOPPSY = 1*

RSHOPSC

**Cette hospitalisation a-t-elle fait l'objet d'une mesure de soin sans consentement (en péril imminent, à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'État) ?**

*Si plusieurs hospitalisations, répondre pour la dernière*

1. Oui
2. Non

*Si RSHOPSC = 2 ou RSHOPSC = RF ou RSHOPSC = NSP*

RSHOPQUI

**Par qui cette hospitalisation a-t-elle été décidée ?**

*Si plusieurs hospitalisations, répondre pour la dernière*

1. Par vous-même, de votre propre initiative
2. Par vous-même, sur les conseils d'un proche ou d'un professionnel
3. Par vous-même, mais sous la pression d'un proche ou d'un professionnel
4. Par un professionnel (y compris SAMU, pompiers, urgences...)
5. Par quelqu'un d'autre

*Si RSHOPQUI = 1, 2 ou 3 ou RSHOPSC = 1*

RSHOPRAI

**Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisé(e) dans cet établissement en particulier ?**  
*(plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 2**

1. C'est le plus proche de votre domicile ou du domicile d'un proche
2. Vous pouviez être pris(e) en charge par votre propre médecin
3. Votre médecin traitant vous l'a conseillé
4. Il vous a été conseillé par quelqu'un de votre entourage
5. En raison de sa réputation ou de la renommée de ses médecins

6. En raison du faible délai d'attente pour y être hospitalisé
7. Parce que vous y avez déjà été hospitalisé(e)
8. Pour une autre raison

*Si RSHOPPSY = 1 et ABREPOND ≠ 2*

RSHOPOPI

**Selon vous, cette hospitalisation a été quelque chose de...**

1. Positif
2. Neutre
3. Négatif

*Si RSMEDPSY= 1 ou 2 ou 3 ou 4*

RSPSYTYP

**Avez-vous suivi dans les 12 derniers mois (ou suivez-vous encore) l'une des thérapies suivantes ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

*Si plusieurs psychothérapies, il s'agit de la dernière psychothérapie commencée*

1. Psychothérapie d'inspiration psychanalytique (une psychanalyse)
2. Remédiation cognitive
3. Thérapie cognitive et comportementale (TCC) (y compris méthode ABA)
4. Thérapie familiale et/ou systémique
5. Hypnothérapie
6. Une thérapie, mais vous ne savez pas de quelle sorte
7. Un autre type de thérapie
8. Aucune thérapie

*Si RSPSYTYP≠8*

RSPSYDUR

**Depuis quand suivez-vous cette psychothérapie ?**

1. Moins d'un mois
2. Entre un mois et un an
3. Plus d'un an

RSPSYFRE

**Combien de séances de psychothérapie avez-vous par mois ?**

1. 1 ou moins souvent
2. 2 à 4
3. 5 ou plus

*Si ABREPOND ≠ 2*

RSPSYOPI

**Selon vous, cette psychothérapie a été quelque chose de...**

1. Positif
2. Neutre
3. Négatif

RS2REC

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

1. Oui, plusieurs fois
2. Oui, une fois
3. Non, jamais

*Si RS2REC = 1 ou 2*

RS2RECA

**S'agissait-il ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. D'une hospitalisation (y compris de jour ou à domicile)
2. De soins dentaires ou d'orthodontie
3. D'une consultation par le médecin généraliste
4. D'une consultation par le médecin spécialiste
5. D'une consultation pour raisons psychologiques ou psychiatriques
6. Autre

RS2RECB

**Quelle en était la raison principale ?**

1. Vous ne pouviez pas vous le payer (trop cher ou mal remboursé par votre assurance maladie)

2. Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous était trop long
3. Vous n'aviez pas de lettre de recommandation
4. Vous n'aviez pas le temps (à cause de votre travail, de votre famille, etc.)
5. Vous ne pouviez pas vous y rendre (difficultés de transport, d'accès, etc.)
6. Cela vous a fait peur
7. Vous vouliez attendre et voir si cela passerait tout seul
8. Vous ne connaissiez pas de bon professionnel
9. Le professionnel n'était pas accueillant
10. Pour d'autres raisons

Si RS2RECB = 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 ou 10

RS2RECC

**Est-ce plus précisément en raison de la crise sanitaire liée à la covid-19 ?**

1. Oui
2. Non

RSTAIL

**Quelle est votre taille en cm ?**

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| cm

(20 à 280 ; NSP, REFUS)

RSPDS

**Quel est votre poids ?**

*Pour les femmes enceintes demander le poids avant la grossesse.*

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| kg

(5 à 300 ; NSP, REFUS)

RSPEPDS

**Avez-vous perdu involontairement du poids dans les 12 derniers mois ?**

*En dehors d'un régime alimentaire.*

1. Oui
2. Non

Si RSPEPDS = 1

RSPEKG

**Combien de poids avez-vous perdu ?**

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| kg

(1 à 50 ; NSP, REFUS)

RSREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père [(PER1E=2) : FAPRENOMP]

Mère [(MER1E=2) : FAPRENOMM]

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et hors mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

RSREPND

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

**BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque nouveau répondant**

REPPE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

|\_\_\_\_\_|

(50 CARACTERES, NSP/RF non autorisés)

#### RESEX

##### Quel est son sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

NSP/RF non autorisés

#### RENAI

##### Quelle est son année de naissance ?

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année  
(1900 à AENQ)

#### RELIE

##### Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. **Si FACOPR = « . »** : Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

#### RELIEPK

##### Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?

*à une partie ou au module entier*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier



# DÉFICIENCES

## 1. Problèmes moteurs

INTRO9

Nous allons maintenant aborder vos éventuels problèmes de santé ou handicaps, en commençant par les problèmes moteurs. Ne tenez pas compte des problèmes passagers ou temporaires.

DEFQMOUV

**Avez-vous l'un des problèmes suivants ?**

*Formulations alternatives :*

- *Paralyse : ne pas pouvoir bouger toutes les parties de son corps.*

- *Amputation : avoir une partie du corps en moins (un bras, une jambe, une main, etc.)*

- *Difficultés importantes à contrôler ou à coordonner ses mouvements, ses gestes : Problèmes pour faire des gestes précis comme fermer sa chemise, faire ses lacets, boire une tasse de café*

**→ carte 3**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Paralyse complète d'une ou plusieurs parties du corps
2. Paralyse partielle d'une ou plusieurs parties du corps
3. Amputation, malformation ou absence d'un membre
4. Gêne importante dans les articulations (douleur, raideur, limitation des mouvements)
5. Difficultés importantes à contrôler ou à coordonner ses mouvements, ses gestes (boutonner sa chemise, faire ses lacets, boire une tasse de café)
6. Limitation importante de la force musculaire
7. Troubles importants de l'équilibre
8. Autres difficultés importantes limitant les mouvements
9. Autres difficultés de moindre importance limitant les mouvements
10. Aucune difficulté de mouvement

Si DEFQMOUV = 8

DP8MOUV

**Précisez ces autres difficultés importantes ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFQMOUV = 9

DP9MOUV

**Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFQMOUV = 1

DEF1PARA

**Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) complètement paralysée(s) ?**

*Formulations alternatives :*

- *Les quatre membres : les bras et les jambes.*

- *Un membre inférieur : un pied ou une jambe.*

- *Les deux membres inférieurs : les deux jambes.*

- *Un membre supérieur : une main ou un bras.*

- *Les deux membres supérieurs : les deux bras.*

- *Le tronc : le milieu du corps.*

**→ carte 4**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Les quatre membres
2. Un membre inférieur
3. Les deux membres inférieurs
4. Un membre supérieur
5. Les deux membres supérieurs
6. La tête ou le cou
7. Le tronc

Si DEFQMOUV = 2

DEF2PARA

**Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) partiellement paralysée(s) ?**

*Formulations alternatives :*

- Les quatre membres : les bras et les jambes.
- Un membre inférieur : un pied ou une jambe.
- Les deux membres inférieurs : les deux jambes.
- Un membre supérieur : une main ou un bras.
- Les deux membres supérieurs : les deux bras.
- Le tronc : le milieu du corps.

**→ carte 4**

(plusieurs réponses possibles)

1. Les quatre membres
2. Un membre inférieur
3. Les deux membres inférieurs
4. Un membre supérieur
5. Les deux membres supérieurs
6. La tête ou le cou
7. Le tronc

Si DEFQMOUV = 4

DEFARTI

**Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) touchée (s) par des gênes importantes dans les articulations ?**

*Formulations alternatives :*

- Les quatre membres : les bras et les jambes.
- Un membre inférieur : un pied ou une jambe.
- Les deux membres inférieurs : les deux jambes.
- Un membre supérieur : une main ou un bras.
- Les deux membres supérieurs : les deux bras.
- Le tronc : le milieu du corps.

**→ carte 4**

(plusieurs réponses possibles)

1. Les quatre membres
2. Un membre inférieur
3. Les deux membres inférieurs
4. Un membre supérieur
5. Les deux membres supérieurs
6. La tête ou le cou
7. Le tronc

Si DEFQMOUV = 6

DEF6PARA

**Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) touchée(s) par une limitation importante de la force musculaire ?**

*Formulations alternatives :*

- Les quatre membres : les bras et les jambes.
- Un membre inférieur : un pied ou une jambe.
- Les deux membres inférieurs : les deux jambes.
- Un membre supérieur : une main ou un bras.
- Les deux membres supérieurs : les deux bras.
- Le tronc : le milieu du corps.

**→ carte 4**

(plusieurs réponses possibles)

1. Les quatre membres
2. Un membre inférieur
3. Les deux membres inférieurs
4. Un membre supérieur
5. Les deux membres supérieurs
6. La tête ou le cou
7. Le tronc

Si DEFQMOUV = 3

DEFAMPUT

**Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) touchée (s) par une amputation, une malformation ou l'absence d'un membre ?**

*Formulations alternatives :*

- Les quatre membres : les bras et les jambes.
- Un membre inférieur : un pied ou une jambe.
- Les deux membres inférieurs : les deux jambes.
- Un membre supérieur : une main ou un bras.
- Les deux membres supérieurs : les deux bras.

**→ carte 5**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Les quatre membres
2. Un membre inférieur
3. Les deux membres inférieurs
4. Un membre supérieur
5. Les deux membres supérieurs

*Si au moins 2 problèmes moteurs déclarés*

DEFQMOUVPR

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

1. Paralyse complète d'une ou plusieurs parties du corps
2. Paralyse partielle d'une ou plusieurs parties du corps
3. Amputation, malformation ou absence d'un membre
4. Gêne importante dans les articulations
5. Difficultés importantes à contrôler ou à coordonner ses mouvements, ses gestes
6. Limitation importante de la force musculaire
7. Troubles importants de l'équilibre
8. Autres difficultés importantes limitant les mouvements
9. *(Ne pas lire cette modalité)* Ils ont tous le même niveau de conséquence

*Si au moins 1 modalité cochée entre DEFQMOUV = 1 et DEFQMOUV = 8*

INTRO10

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

DEFPROBMO

**Quand est apparu ce problème ?**

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

DEFMOOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie ».*

*Formulations alternatives :*

- Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.
- Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

*Si DEFMOOR = 1*

DEFMOMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

**→ carte 1**

Si DEFMOA = 18 OU DEFMOA = 24 OU DEFMOA = 39 OU DEFMOA = 46 OU DEFMOA = 57  
OU DEFMOA = 64 OU DEFMOA = 66 OU DEFMOA = 77

DEFMOAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFMOOR = 2

DEFMOAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Formulations alternatives :*

- *Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*
- *Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*
- *Accident domestique : accident chez vous.*
- *Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFMOEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

- *Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*
- *Il est resté identique : ça ne change pas.*
- *Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

Si DEFMOEVOL = 1

DEFMOAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

**→ carte 6**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause
11. Aucune cause connue

Si DEFMOEVOL = 3

DEFMOAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale*
- *Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.*
- *Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

## 2. Problèmes de vue

### INTRO11

Nous allons maintenant aborder d'éventuels problèmes sensoriels. Ne tenez pas compte des problèmes passagers ou temporaires.

### DEFQVISU

**Avez-vous l'un des problèmes de vue suivants sans vos lunettes ou lentilles si vous en portez ?**

*Formulations alternatives :*

- *Aveugle : ne pas voir du tout.*
- *Malvoyant : ne pas bien voir, même avec des lunettes ou des lentilles.*
- *Un œil ne voit rien ou quasiment rien : un œil ne voit rien ou presque rien.*
- *Limitation importante du champ visuel : ne pas voir sur le côté seulement ou au milieu seulement.*
- *Autre problème visuel important : Autre problème grave pour voir.*
- *Autre difficulté pour voir de moindre importance : autre problème moins grave pour voir.*

### → carte 7

(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. Limitation importante du champ visuel (ne pas voir sur les côtés, ou dans une partie du champ visuel...)
5. Autre problème visuel important
6. Autre difficulté pour voir de moindre importance
7. Aucune difficulté de vue

Si DEFQVISU = 5

DP5PV

**Précisez cet autre problème visuel important ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFQVISU = 6

DP6PV

**Précisez cet autre problème visuel de moindre importance ?**

\_\_\_\_\_

Si au moins 2 modalités cochées entre DEFQVISU = 2 et DEFQVISU = 5

DEFQVISUPR

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

2. Malvoyant
3. Un œil ne voit rien ou quasiment rien
4. Limitation importante du champ visuel
5. Autre problème visuel important
6. (*Ne pas lire cette modalité*) Ils ont tous le même niveau de conséquence

Si au moins 1 modalité cochée entre DEFQVISU = 2 et DEFQVISU = 5

### INTRO12

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

### DEFPROBVU

**Quand est apparu ce problème ?**

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

### DEFVUOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie »*

*Formulations alternatives :*

- *Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.*
- *Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

(Plusieurs réponses possibles)

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

Si DEFVUOR = 1

DEFVUMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

→ **carte 1**

Si DEFVUMA = 18 OU DEFVUMA = 24 OU DEFVUMA = 39 OU DEFVUMA = 46 OU DEFVUMA = 57  
OU DEFVUMA = 64 OU DEFVUMA = 66 OU DEFVUMA = 77

DEFVUMAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFVUOR = 2

DEFVUAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Formulations alternatives :*

- *Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*
- *Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*
- *Accident domestique : accident chez vous.*
- *Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFVUEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

- *Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*
- *Il est resté identique : ça ne change pas.*
- *Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

Si DEFVUEVOL = 1

DEFVUAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

→ **carte 6**

(Plusieurs réponses possibles)

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause

11. Aucune cause connue

Si DEFVUEVOL = 3  
DEFVUAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale
- Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.
- Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

### 3. Problèmes d'audition

DEFQAUDI

**Avez-vous l'un (ou plusieurs) des problèmes suivants, sans implant ou appareil auditif ?**

*Classer l'hyperacousie en 5 et les malentendants (des deux oreilles) non entièrement sourds en 2.*

*Formulations alternatives :*

- Surdité complète : ne rien entendre du tout.

#### → carte 8

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Surdité complète (des deux oreilles)
2. Difficulté importante d'audition des deux oreilles (mais pas de surdité totale)
3. Surdité complète d'une seule oreille
4. Surdité moyenne à importante d'une seule oreille
5. Bourdonnements, acouphènes importants
6. Très grande sensibilité aux sons
7. Autre difficulté importante à entendre
8. Autre difficulté à entendre de moindre importance
9. Aucune difficulté à entendre

Si DEFQAUDI = 7

DP7AUDI

**Précisez cette autre difficulté importante ?**

|\_\_\_\_\_|

Si DEFQAUDI = 8

DP8AUDI

**Précisez cette autre difficulté de moindre importance ?**

|\_\_\_\_\_|

*Si au moins 2 modalités cochées entre DEFQAUDI = 1 et DEFQAUDI = 7*

DEFQAUDIPR

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

1. Surdité complète
2. Difficulté importante d'audition des deux oreilles
3. Surdité complète d'une seule oreille
4. Surdité moyenne à importante d'une seule oreille
5. Bourdonnements, acouphènes importants
6. Très grande sensibilité aux sons
7. Autre difficulté importante à entendre
8. *(Ne pas lire cette modalité)* Ils ont tous le même niveau de conséquence

*Si au moins 1 modalité cochée entre DEFQAUDI = 1 et DEFQAUDI = 7*

INTRO13

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

DEFPROBAU

**Quand est apparu ce problème ?**

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

DEFAUOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie »*

*Formulations alternatives :*

- *Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.*
- *Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

*Si DEFAUOR = 1*

DEFAUMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

**→ carte 1**

*Si DEFAUMA = 18 OU DEFAUMA = 24 OU DEFAUMA = 39 OU DEFAUMA = 46 OU DEFAUMA = 57  
OU DEFAUMA = 64 OU DEFAUMA = 66 OU DEFAUMA = 77*

DEFAUMAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

*Si DEFAUOR = 2*

DEFAUAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*

*Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*Accident domestique : accident chez vous.*

*Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFAUEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

- *Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*
- *Il est resté identique : ça ne change pas.*
- *Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

*Si DEFAUEVOL = 1*

DEFAUAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

**→ carte 6**



(Plusieurs réponses possibles)

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause
11. Aucune cause connue

Si DEFAUEVOL = 3

DEFAUAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale*

- *Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.*

- *Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.*

(Plusieurs réponses possibles)

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

## 4. Problèmes liés à la parole

DEFQPAROL

**Avez-vous une des difficultés suivantes ?**

*Classer l'aphasie dans la modalité 4.*

*Formulations alternatives :*

- *Articulation : manière de prononcer les mots.*

- *Fluidité de la parole : le fait de parler facilement, sans s'arrêter souvent, sans avoir du mal à prononcer les mots.*

*Pour les enfants, répondre par rapport aux enfants du même âge : par exemple, un enfant de 2 ans qui apprend à parler ne sera pas considéré comme ayant des difficultés importantes d'articulation ou de fluidité de la parole.*

**→ carte 9**

(plusieurs réponses possibles)

1. Impossibilité de parler (mutité - être muet)
2. Difficultés importantes d'articulation
3. Difficultés importantes de fluidité de la parole (bégaiement, problèmes de cadence...)
4. Difficultés importantes ou impossibilité à agencer des mots
5. Autres difficultés importantes de la parole
6. Autres difficultés de la parole de moindre importance
7. Aucune difficulté de la parole

Si DEFQPAROL = 5

DP5PAROL

**Précisez ces autres difficultés importantes ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFQPAROL = 6

DP6PAROL

**Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?**

\_\_\_\_\_

Si au moins 2 modalités cochées entre DEFQPAROL = 2 et DEFQPAROL = 5

DEFQPAROLPR

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

2. Difficultés importantes d'articulation
3. Difficultés importantes de fluidité de la parole

4. Difficultés importantes ou impossibilité à agencer des mots
5. Autres difficultés importantes de la parole
6. *(Ne pas lire cette modalité)* Elles ont toutes le même niveau de conséquence

*Si au moins 1 modalité cochée entre DEFQPAROL = 2 et DEFQPAROL = 5*

INTRO14

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

DEFPROBPA

**Quand est apparu ce problème ?**

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

DEFPAOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie »*

*Formulations alternatives :*

*- Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.*

*- Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

*Si DEFPAOR = 1*

DEFPAMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

**→ carte 1**

*Si DEFPAOR = 18 OU DEFPAOR = 24 OU DEFPAOR = 39 OU DEFPAOR = 46 OU DEFPAOR = 57  
OU DEFPAOR = 64 OU DEFPAOR = 66 OU DEFPAOR = 77*

DEFPAMAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

*Si DEFPAOR = 2*

DEFPAAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*

*Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*Accident domestique : accident chez vous.*

*Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFPAEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

*- Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*

*- Il est resté identique : ça ne change pas.*

*- Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

Si DEFPAEVOL = 1

DEFPAAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

*- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

**→ carte 6**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause
11. Aucune cause connue

Si DEFPAEVOL = 3

DEFPAAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

*- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale*

*- Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.*

*- Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

## 5. Problèmes organiques chroniques

DEFQMETA

**Avez-vous l'un des problèmes suivants ?**

*Formulations alternatives :*

*- Insuffisance rénale : quand les reins ne fonctionnent pas bien du tout.*

*- Insuffisance respiratoire : quand on a de gros problèmes pour respirer*

*- Insuffisance cardiaque : quand le cœur ne fonctionne pas bien du tout.*

*- Dérèglement hormonal : quand des problèmes dans le corps l'empêchent de bien fonctionner, par exemple quand on a souvent très froid ou très chaud sans raison, quand on transpire sans raison, quand on est très fatigué sans raison.*

*- Dysfonctionnement important de la digestion : des gros problèmes pour digérer / de ventre après avoir mangé.*

*- Métaboliques : qui concerne le fonctionnement du corps en général*

**→ carte 10**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Insuffisance rénale
2. Insuffisance respiratoire
3. Insuffisance cardiaque
4. Dérèglement hormonal ou métabolique important et durable (diabète, etc.)
5. Dysfonctionnement important de la digestion
6. Dysfonctionnement important de l'appareil urinaire (incontinence, problème de prostate, cystites chroniques etc.)
7. Douleurs récurrentes d'origine inconnue
8. Autres difficultés organiques chroniques importantes
9. Autres difficultés organiques chroniques de moindre importance
10. Aucune difficulté organique chronique

Si DEFQMETA = 7

DP7META

**Précisez ces autres difficultés importantes ?**

|\_\_\_\_\_|

Si DEFQMETA = 8

DP8META

**Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?**

|\_\_\_\_\_|

Si au moins 2 modalités cochées entre DEFQMETA = 1 et DEFQMETA = 7

DEFQMETAPR

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

1. Insuffisance rénale
2. Insuffisance respiratoire
3. Insuffisance cardiaque
4. Dérèglement hormonal ou métabolique important et durable
5. Dysfonctionnement important de la digestion
6. Dysfonctionnement important de l'appareil urinaire (incontinence, problème de prostate, cystites chroniques etc.)
7. Autres difficultés métaboliques importantes
8. *(Ne pas lire cette modalité)* Ils ont tous le même niveau de conséquence

Si au moins 1 modalité cochée entre DEFQMETA = 1 et DEFQMETA = 7

INTRO15

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

DEFPROBME

**Quand est apparu ce problème ?**

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

DEFMEOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie »*

*Formulations alternatives :*

*- Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.*

*- Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

Si DEFMEOR = 1

DEFMEMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

**→ carte 1**

*Si DEFMEMA = 18 OU DEFMEMA = 24 OU DEFMEMA = 39 OU DEFMEMA = 46 OU DEFMEMA = 57  
OU DEFMEMA = 64 OU DEFMEMA = 66 OU DEFMEMA = 77*

DEFMEMAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

|\_\_\_\_\_|

Si DEFMEOR = 2

DEFMEAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*

*Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*Accident domestique : accident chez vous.*

*Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFMEEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

*- Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*

*- Il est resté identique : ça ne change pas.*

*- Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

Si DEFMEEVOL = 1

DEFMEAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

*- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

**→ carte 6**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause
11. Aucune cause connue

Si DEFMEEVOL = 3

DEFMEAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

*- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale*

*- Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.*

*- Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

## **6. Problèmes intellectuels, psychologiques ou comportementaux**

INTRO16

Nous allons à présent aborder des questions sur le domaine intellectuel, psychologique ou comportemental. Ne tenez pas compte des problèmes passagers ou temporaires.

DEFINTQE

**Votre intelligence a-t-elle déjà été évaluée, testée ?**

1. Oui,
  2. Non
- Si DEFINTQE=1  
DEFINTQ

**Quel était le résultat ?**

*Si la personne parle de « retard mental », considérer que c'est équivalent à « déficience intellectuelle » et demander s'il était qualifié de léger, moyen ou profond. S'il y a eu plusieurs tests, demandez le résultat du dernier*

1. une déficience intellectuelle légère
2. une déficience intellectuelle moyenne
3. une déficience intellectuelle profonde
4. un autre type de déficience intellectuelle
5. une intelligence normale
6. une intelligence supérieure à la moyenne

**DEFINT**

**Avez-vous l'un des problèmes suivants ?**

*Pour les enfants, répondre par rapport aux enfants du même âge : par exemple, un enfant de 2 ans qui apprend à parler ne sera pas considéré comme ayant des difficultés importantes d'articulation ou de fluidité de la parole.*

**→ carte 11**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Difficultés importantes à comprendre une conversation ordinaire, une consigne ou un texte simple
2. Difficultés importantes d'apprentissage ou perte des acquis (lecture, écriture, calcul)
3. Difficultés importantes à prendre des décisions, à faire face aux imprévus ou à une situation nouvelle
4. Difficultés à se motiver
5. Difficultés importantes à se concentrer ou à fixer son attention
6. Difficultés importantes à se repérer dans le temps ou l'espace
7. Pertes importantes de mémoire (pour des événements récents ou anciens, des personnes...)
8. Grande fatigabilité
9. Difficultés importantes à réguler son humeur (excès de tristesse et/ou d'exaltation, épisodes dépressifs)
10. Difficultés importantes à gérer ses émotions
11. Angoisse, stress, peurs ou inquiétude importants et récurrents
12. Perturbations ou incohérences de la pensée, hallucinations, délires
13. Difficultés importantes à prendre soin de soi et/ou à reconnaître ses difficultés
14. Abus récurrent de substances nocives (alcool, drogues et autres substances nocives)
15. Difficultés importantes dans les relations avec d'autres personnes (difficulté à dire bonjour, à avoir un contact physique, repli sur soi)
16. Comportement fortement hors-norme (agressivité, inhibition, obsessions, rigidité...)
17. Difficultés importantes à se contrôler, se maîtriser (agitation, impulsivité...)
18. Aucune difficulté de cet ordre

*Si au moins 2 modalités cochées entre DEFINT = 1 et DEFINT = 19*

**DEFINTPR**

**Parmi les problèmes que vous venez de citer, si vous êtes seul et sans aide, quel est celui qui a selon vous les conséquences les plus importantes au quotidien ?**

*Si la personne ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».*

1. Difficultés importantes à comprendre une conversation ordinaire, une consigne ou un texte simple
2. Difficultés importantes d'apprentissage ou perte des acquis (lecture, écriture, calcul)
3. Difficultés importantes à prendre des décisions, à faire face aux imprévus ou à une situation nouvelle
4. Difficultés à se motiver
5. Difficultés importantes à se concentrer ou à fixer son attention
6. Difficultés importantes à se repérer dans le temps ou l'espace
7. Pertes importantes de mémoire (pour des événements récents ou anciens, des personnes...)
8. Grande fatigabilité
9. Difficultés importantes à réguler son humeur (excès de tristesse et/ou d'exaltation, épisodes dépressifs)
10. Difficultés importantes à gérer ses émotions
11. Angoisse, stress, peurs ou inquiétude importants et récurrents
12. Perturbations ou incohérences de la pensée, hallucinations, délires
13. Difficultés importantes à prendre soin de soi et/ou à reconnaître ses difficultés
14. Abus récurrent de substances nocives (alcool, drogues et autres substances nocives)
15. Difficultés importantes dans les relations avec d'autres personnes (difficulté à dire bonjour, à avoir un contact physique, repli sur soi)
16. Comportement fortement hors-norme (agressivité, inhibition, obsessions, rigidité...)
17. Difficultés importantes à se contrôler, se maîtriser (agitation, impulsivité...)
18. *(Ne pas lire cette modalité)* Elles ont toutes le même niveau de conséquence

## INTRO17

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

### DEFPROBIN

#### Quand est apparu ce problème ?

1. Avant vos 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. À 60 ans ou plus tard

### DEFINDIAG

#### Un diagnostic a-t-il été posé par un médecin à propos de ce problème ?

1. Oui
2. Non

SI DEFINDIAG = 1

### DEFIN2DIAG

#### Vous souvenez-vous de sa formulation exacte ?

1. Oui
2. Non

SI DEFIN2DIAG = 1

### DEFIN3DIAG

#### Laquelle était-ce ?

### DEFIN4DIAG

#### Quel âge aviez-vous au moment de l'obtention de ce diagnostic ?

1. Moins de 5 ans
2. Entre 5 et 17 ans
3. Entre 18 et 59 ans
4. 60 ans ou plus

### DEFIN6DIAG

#### Où ce diagnostic a-t-il été posé ?

1. Dans un cabinet, chez un professionnel exerçant en libéral
2. Dans un CMP (centre médico-psychologique) ou un CMPP (centre médico psycho-pédagogique)
3. Dans un hôpital psychiatrique ou un service psychiatrique d'un hôpital public
4. Dans un autre service hospitalier public
5. Dans un hôpital privé ou une clinique
6. Dans un autre lieu

### DEFIN7DIAG

#### Quand ce diagnostic a-t-il été posé ?

1. Immédiatement ou quelques jours après l'apparition des troubles
2. Quelques semaines ou quelques mois après l'apparition des troubles
3. Un ou deux ans après l'apparition des troubles
4. Entre deux et dix ans après l'apparition des troubles
5. Plus de dix ans après l'apparition des troubles

SI DEFIN4DIAG >5 et ABREPOND = 1

### DEFIN8DIAG

#### Comment avez-vous reçu ce diagnostic sur le moment ?

*Formulation alternative :*

*- Cela m'a beaucoup affecté(e), inquiété(e) : cela m'a beaucoup inquiété(e), stressé(e).*

1. Cela m'a beaucoup affecté(e), inquiété(e)
2. Cela ne m'a pas fait grand-chose
3. Cela m'a plutôt soulagé(e)
4. Autre

### DEFIN9DIAG

#### Diriez-vous que ce diagnostic a été posé...

1. Trop tôt
2. Au bon moment
3. Trop tard

DEFIN10DIAG

**Après coup, vous diriez que le fait de connaître ce diagnostic a été quelque chose de...**

*Formulations alternatives :*

- Positif : *bien.*
  - Neutre : *ni bien ni mauvais.*
  - Négatif : *mauvais.*
1. Positif
  2. Neutre
  3. Négatif

DEFINTRAI

**Vous a-t-on prescrit un traitement, ou des soins pour ce problème ?**

*Le terme de traitement inclut les méthodes d'éducation, de rééducation ou d'accompagnement*

1. Oui
2. Non

SI DEFINTRAI = 1 et DEFINDIAG = 1

DEFIN2TRAI

**Quand ce traitement ou ces soins ont-ils débuté ?**

1. Avant l'annonce du diagnostic
2. Immédiatement après l'annonce du diagnostic
3. Quelques semaines après l'annonce du diagnostic
4. Plusieurs mois après l'annonce du diagnostic

SI DEFINTRAI = 1

DEFIN3TRAI

**Concernant ce traitement ou ces soins :**

*Formulations alternatives :*

- *Vous ne l'avez jamais suivi : vous ne l'avez jamais pris.*
  - *Vous l'avez suivi occasionnellement : vous l'avez pris de temps en temps.*
  - *Vous l'avez suivi la plupart du temps : vous l'avez pris presque tout le temps.*
  - *Vous l'avez suivi totalement : vous l'avez pris tout le temps.*
1. Vous ne l'avez jamais suivi
  2. Vous l'avez suivi occasionnellement
  3. Vous l'avez suivi la plupart du temps
  4. Vous l'avez suivi totalement

SI DEFIN3TRAI = 1 ou DEFIN3TRAI = 2 ou DEFIN3TRAI = 3

DEFIN4TRAI

**Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas suivi totalement le traitement ou les soins ?**

*Formulations alternatives :*

- *C'était trop cher : ça coûte trop d'argent.*
- *C'était trop contraignant : C'était trop compliqué.*
- *Ce n'était pas efficace : ça ne marchait pas.*
- *Il y avait trop d'effets secondaires : ça vous rendait trop malade.*

**→ carte 12**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. C'était trop cher
2. C'était trop contraignant
3. Ce n'était pas efficace
4. Vous pensiez que cela ne servait à rien
5. Cela vous faisait peur
6. Il y avait trop d'effets secondaires
7. Le problème est passé tout seul
8. Autre

DEFIN6TRAI

**Ces traitements ou soins ont-ils eu des effets indésirables au quotidien ?**

1. Non, pas du tout
2. Oui, un peu
3. Oui, beaucoup

DEFINOR

**Quelles sont selon vous les causes de ce problème ?**

*Si AVC, indiquer « 1. Une maladie, une malformation ou une anomalie »*

*Formulations alternatives :*

- *Des conséquences de vos conditions de travail : à cause du travail.*



- *Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

(Plusieurs réponses possibles)

1. Une maladie, une malformation ou une anomalie
2. Un accident
3. Une agression ou des violences
4. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
5. Des conséquences de vos conditions de travail
6. Des conséquences de vos conditions de vie
7. Votre avancée en âge
8. Une autre cause
9. Aucune cause connue

Si DEFINOR = 1

DEFINMA

**De quelle maladie, malformation ou anomalie s'agit-il ?**

Il s'agit de la même carte des maladies que dans le recours aux soins, sans la modalité 78.

→ **carte 1**

Si DEFINMA = 18 OU DEFINMA = 24 OU DEFINMA = 39 OU DEFINMA = 46 OU DEFINMA = 57 OU

DEFINMA = 64 OU DEFINMA = 66 OU DEFINMA = 77

DEFINMAQ

**De quelle(s) autre(s) maladie(s) s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

Si DEFINOR = 2

DEFINAC

**De quel type d'accident s'agit-il ?**

*Accident de la circulation : accident de voiture, de vélo, de moto, de transports, à pieds ou autres.*

*Des conséquences de vos conditions de vie : à cause de la manière dont vous vivez.*

*Accident domestique : accident chez vous.*

*Accident de la vie courante : accident dans la vie de tous les jours (loisirs, commerces, musées, promenade, école hors EPS, etc.)*

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.)

DEFINEVOL

**Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué ce problème ?**

*Formulations alternatives :*

*- Il s'est plutôt aggravé : c'est pire.*

*- Il est resté identique : ça ne change pas.*

*- Il s'est plutôt amélioré : c'est mieux.*

1. Il s'est plutôt aggravé
2. Il est resté identique
3. Il s'est plutôt amélioré

Si DEFINVOL = 1

DEFINAG

**Quelles sont selon vous les causes de cette aggravation ?**

*Formulations alternatives :*

*- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale.*

→ **carte 6**

(Plusieurs réponses possibles)

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Votre avancée en âge
3. Une maladie
4. Un accident
5. Une agression ou des violences
6. Des difficultés d'accès aux soins
7. Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical

8. Des conséquences de vos conditions de travail
9. Des conséquences de vos conditions de vie
10. Une autre cause
11. Aucune cause connue

Si DEFINEVOL = 3

DEFINAM

**Quelles sont selon vous les causes de cette amélioration ?**

*Formulations alternatives :*

- C'est l'évolution classique de votre problème : c'est une évolution normale
  - Des conséquences d'une rééducation : par exemple voir le kiné, l'ergothérapeute, l'orthophoniste.
  - Des conséquences d'un traitement, d'une opération : à cause des médicaments, d'une opération médicale.
- (Plusieurs réponses possibles)

1. C'est l'évolution classique de votre problème
2. Des conséquences d'une rééducation
3. Des conséquences d'un traitement, d'une opération
4. Des conséquences de vos conditions de travail
5. Des conséquences de vos conditions de vie
6. Une autre cause
7. Aucune cause connue

Si l'enquêté a un problème moteur et un problème intellectuel, psychique ou comportemental

DEFPOLYH

**Vous a-t-on diagnostiqué un polyhandicap ?**

*Il s'agit d'un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.*

1. Oui
2. Non

DEFOUBL

**Avez-vous un (ou des) problème(s) de santé durable(s) que vous n'auriez pas mentionné(s) jusque-là ?**

1. Oui
2. Non

Si DEFOUBL = 1

DEF1OUBL

**Lequel ?**

\_\_\_\_\_

(200 CARACTERES)

Jusqu'à 5 problèmes de santé décrits

DEFREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

- [liste des habitants du logement]
- [liste des enfants hors habitants du logement]
- Père [(PER1E=2) : FAPRENOMP]
- Mère [(MER1E=2) : FAPRENOMM]
- Conjoint
- [liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et mère]
- Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

DEFREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

(50 CARACTERES, NSP/RF non autorisés)

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année  
(1900 à AENQ)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. **Si FACOPR = « . » :** Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?**

*A une partie ou au module entier.*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

# AIDES TECHNIQUES ET AMÉNAGEMENTS DU LOGEMENT

## 1. Aides techniques

### Intro22A

Nous allons maintenant aborder les objets, aides techniques, orthèses et prothèses que vous utilisez habituellement dans vos activités quotidiennes en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge.

Nous entendons comme aides techniques tout matériel spécifique utilisé dans le cadre de certaines activités quotidiennes. Les dispositifs pour corriger la vue et l'audition sont inclus dans ces aides.

Nous aborderons dans un second temps les aménagements éventuellement réalisés dans votre logement.

### ATBEN

**Pouvez-vous me dire quels types d'aide technique vous utilisez en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

*Il faut entendre « problèmes de santé » au sens large, y compris problèmes de vue, d'audition etc.*

1. Aides pour voir, lire
2. Aides pour entendre ou parler
3. Prothèses et implants
4. Appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps (dont semelles orthopédiques)
5. Aides pour les soins personnels (sonde, protections ou vêtements adaptés)
6. Aides à la vie quotidienne (dont dentier et téléalarme, aide pour manger, se laver, s'habiller, se coucher, etc.)
7. Aides au déplacement (dont chien guide et canne)
8. Aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit), se lever et se coucher
9. Aides pour communiquer ou gérer les actes de la vie quotidienne (dont ordinateur ou téléphone adapté, objets avec télécommande)
10. Aucune aide technique mais vous en auriez besoin
11. Aucune aide technique et vous n'en avez pas besoin

*Si ATBEN#11.*

### ATBES

**Si ATBEN = 10 : Pouvez-vous me dire de quels types d'aide technique vous auriez besoin en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

**Si ATBEN < 10 : En plus des aides déjà mentionnées, pouvez-vous me dire de quels types d'aide technique vous auriez besoin en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

1. Aides pour voir, lire
2. Aides pour entendre ou parler
3. Prothèses et implants
4. Appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps (dont semelles orthopédiques)
5. Aides pour les soins personnels (sonde, protections ou vêtements adaptés)
6. Aides à la vie quotidienne (dont dentier et téléalarme, aide pour manger, se laver, s'habiller, se coucher, etc.)
7. Aides au déplacement (dont chien guide)
8. Aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit), se lever et se coucher
9. Aides pour communiquer ou gérer les actes de la vie quotidienne (ordinateur ou téléphone adapté, objets avec télécommande)
10. (si ATBEN<10) : Vous n'avez pas besoin d'autre aide technique.

*Si ATBEN= 1 ou ATBEN=2*

### ATLIST\_A

**Plus précisément, pouvez-vous me dire quels objets, aides techniques et prothèses vous portez/utilisez pour voir, entendre ou parler-?**

*(plusieurs réponses possibles)*

#### → carte 16

##### Aides pour voir, lire

1. Lunettes ou lentilles
2. Loupe optique ou électronique

3. Agrandisseur électronique
4. Système de reconnaissance vocale ou de synthèse vocale
5. Système de reconnaissance de caractères, machine à lire
6. Autre objet ou aide technique pour voir

**Aides pour entendre ou parler**

7. Implant auditif
8. Prothèse auditive
9. Matériel pour remplacer les sons de la maison
10. Matériel audio-visuel adapté pour les malentendants
11. Boucle magnétique
12. Générateur, amplificateur de voix, canule phonatoire
13. Autre objet ou aide technique pour communiquer

*Si ATLIST\_A = 1*

ATVISUCHG

**Auriez-vous besoin de changer de lunettes ou lentilles de contact car elles ne sont plus adaptées ?**

1. Oui
2. Non

*Si ATLIST\_A = 7 ou ALIST\_A = 8*

ATAUDICHG

**Auriez-vous besoin de changer votre implant ou appareil auditif car il n'est plus adapté ?**

1. Oui
2. Non

*Si ATBES = 1 ou ATBES = 2*

ATLISTB\_A

**Pouvez-vous me dire de quelle(s) aide(s) vous auriez besoin ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Lunettes ou lentilles
2. Loupe optique ou électronique
3. Agrandisseur électronique
4. Système de reconnaissance vocale ou de synthèse vocale
5. Système de reconnaissance de caractères, machine à lire
6. Autre objet ou aide technique pour voir
7. Implant auditif
8. Prothèse auditive
9. Matériel pour remplacer les sons de la maison
10. Matériel audio-visuel adapté pour les malentendants
11. Boucle magnétique
12. Générateur, amplificateur de voix, canule phonatoire
13. Autre objet ou aide technique pour entendre ou parler

*Si ATBEN = 3 ou ATBEN = 4*

ATLIST\_B

**Plus précisément, pouvez-vous me dire quels objets, aides techniques, orthèses et prothèses vous portez/utilisez ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ Carte 17**

**Prothèses et implants**

1. Prothèse externe ou orthèse des membres supérieurs (doigt, main ou bras artificiel, etc.)
2. Prothèse externe ou orthèse des membres inférieurs (pied ou jambe artificielle, etc.)
3. Autre prothèse (œil de verre, prothèse mammaire, prothèse de nez, etc.)

**Appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps**

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

*Si ATBES = 3 ou ATBES = 4*

ATLISTB\_B

**Pouvez-vous me dire de quelle(s) aide(s) vous auriez besoin ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Prothèse externe ou orthèse des membres supérieurs
2. Prothèse externe ou orthèse des membres inférieurs
3. Autre prothèse
4. Appareillage des membres inférieurs
5. Appareillage des membres supérieurs
6. Appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale
7. Autre appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps

*Si ATBEN = 5 ou ATBEN = 6*

ATLIST\_C

**Plus précisément, pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques vous portez/utilisez pour vos soins personnels ou la vie quotidienne ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ Carte 18**

**Aides pour les soins personnels**

1. Sonde ou collecteur d'urines (ou autre système d'évacuation de l'urine)
2. Protections absorbantes (couches)
3. Vêtements adaptés
4. Aides pour stomisés (poches, absorbants)
5. Matériel anti-escarres : coussins, matelas, etc.

**Aides à la vie quotidienne**

6. Dentier
7. Aides pour vous laver : brosse à dos adaptée, siège de douche non fixé au mur, planche de baignoire, etc.
8. Aides pour vous habiller : enfile-bas, chausse-pieds à long manche, crochet à boutons, etc.
9. Aides pour manger et boire : couverts coudés, gobelet à bec, gobelet à paille, assiette à rebord, assiette compartimentée, etc.
10. Aides pour aller aux toilettes : rehausseur non fixé à la cuvette, matériel pour faciliter l'hygiène intime, chaise percée, etc.
11. Aides pour faire les courses, préparer le repas, entretenir votre logement : système pour reconnaître l'argent ou pour payer, système pour aider dans l'utilisation des ustensiles de cuisine, etc.
12. Aides pour se lever ou se coucher : lit médicalisé, lit électrique (hors lit médicalisé)
13. Téléalarme
14. Autres aides pour les soins ou la vie quotidienne

*Si ATLIST\_C = 2 ou ATLIST\_C = 3 ou ATLIST\_C = 7 ou ATLIST\_C = 8 ou ATLIST\_C = 9 ou ATLIST\_C = 10 ou ATLIST\_C = 11 ou ATLIST\_C = 12 ou ATLIST\_C = 13*

ATAIDAN

**Vous avez déclaré utiliser des objets ou aides techniques dans le cadre de vos soins personnels ou de votre vie quotidienne. Certains de ces objets ou aides techniques sont-ils aussi utilisés pour faciliter la tâche à ceux qui vous aident ?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Protections absorbantes (couches)
2. Vêtements adaptés
3. Aides pour vous laver (brosse à dos adaptée, siège de douche non fixé au mur, planche de baignoire, etc.)
4. Aides pour vous habiller (enfile-bas, chausse-pieds à long manche, crochet à boutons, etc.)
5. Aides pour manger et boire (couverts coudés, gobelet à bec, gobelet à paille, assiette à rebord, assiette compartimentée, etc.)
6. Aides pour aller aux toilettes (rehausseur non fixé à la cuvette, matériel pour faciliter l'hygiène intime, chaise percée, etc.)
7. Aides pour faire les courses, préparer le repas, entretenir votre logement (système pour reconnaître l'argent ou pour payer, système pour aider dans l'utilisation des ustensiles de cuisine, etc.)
8. Aides pour se lever ou se coucher (lit médicalisé, lit électrique)
9. Téléalarme
10. Aucun de ces objets ne sert à faciliter la tâche de ceux qui vous aident

*Si ATBES = 5 ou ATBES = 6*

ATLISTB\_C

**Pouvez-vous me dire de quelle(s) aide(s) vous auriez besoin ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Sonde ou collecteur d'urines (ou autre système d'évacuation de l'urine)
2. Protections absorbantes (couches)
3. Vêtements adaptés
4. Aides pour stomisés (poches, absorbants)
5. Matériel anti-escarres : coussins, matelas, etc.

6. Dentier
7. Aides pour vous laver : brosse à dos adaptée, siège de douche non fixé au mur, planche de baignoire, etc.
8. Aides pour vous habiller : enfile-bas, chausse-pieds à long manche, crochet à boutons, etc.
9. Aides pour manger et boire : couverts coudés, gobelet à bec, gobelet à paille, assiette à rebord, assiette compartimentée, etc.
10. Aides pour aller aux toilettes : rehausseur non fixé à la cuvette, matériel pour faciliter l'hygiène intime, chaise percée, etc.
11. Aides pour faire les courses, préparer le repas, entretenir votre logement : système pour reconnaître l'argent ou pour payer, système pour aider dans l'utilisation des ustensiles de cuisine, etc.
12. Aides pour se lever ou se coucher : lit médicalisé, lit électrique (hors lit médicalisé)
13. Téléalarme
14. Autres aides pour les soins ou pour la vie quotidienne.

*Si ATBEN = 7 ou ATBEN = 8*

ATLIST\_D

**Plus précisément, pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques vous portez/utilisez pour bouger ou vous déplacer ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ Carte 19**

**Aides au déplacement**

1. Cannes ou béquilles
2. Canne blanche
3. Déambulateur
4. Fauteuil roulant manuel
5. Fauteuil roulant électrique
6. Tricycle, vélo adapté, trottinette adaptée
7. Aide animalière comme un chien guide
8. Autres aides pour marcher ou se déplacer

**Aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit), se lever et se coucher**

9. Un lève-personne, non fixé au plafond ou aux murs
10. Une planche de transfert ou sangle de transfert
11. Un matériel pour faciliter le transfert debout (guidon de transfert pivotant ou non, etc.)
12. Autres aides pour les transferts

*Si ATLIST\_D = 4 ou ATLIST\_D = 5*

ATFAUDIFF

**Avec votre fauteuil, pouvez-vous vous déplacer sur une distance de 500 m sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un ?**

*Si la personne a un fauteuil manuel et un fauteuil électrique, elle répond par rapport à celui qu'elle utilise habituellement.*

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

*Si ATBES = 7 ou ATBES = 8*

ATLISTB\_D

**Pouvez-vous me dire de quelle(s) aide(s) vous auriez besoin ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Cannes ou béquilles
2. Canne blanche
3. Déambulateur
4. Fauteuil roulant manuel
5. Fauteuil roulant électrique
6. Tricycle, vélo adapté, trottinette adaptée
7. Aide animalière comme un chien guide
8. Autres aides pour marcher ou se déplacer
9. Un lève-personne, non fixé au plafond ou aux murs
10. Une planche de transfert ou sangle de transfert
11. Un matériel pour faciliter le transfert debout (guidon de transfert pivotant ou non, etc.)
12. Autres aides pour les transferts

Si ATBEN = 9

ATLIST\_E

**Plus précisément, pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques vous portez/utilisez pour communiquer ou gérer les actes de la vie quotidienne ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ Carte 20**

1. Ordinateur ou tablette adapté (exemple : caractères plus gros, clavier ou souris adapté, utilisation simplifiée, volume du son élevé, fonctionnalités supplémentaires, etc.)
2. Téléphone fixe adapté
3. Téléphone portable adapté
4. Object connecté (hors enceinte)
5. Enceinte connectée adaptée ou non (assistant personnel)
6. Logiciel ou application spécifique
7. Télécommandes classiques ou adaptées pour gérer les ouvertures du logement ou les lumières
8. Appareil aussi utilisé pour d'autres choses (commande du fauteuil roulant, etc.)

Si ATBES = 9

ATLISTB\_E

**Pouvez-vous me dire de quelle(s) aide(s) vous auriez besoin ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Ordinateur ou tablette adapté (exemple : caractères plus gros, clavier ou souris adapté, utilisation simplifiée, volume du son élevé, fonctionnalités supplémentaires, etc.)
2. Téléphone fixe adapté
3. Téléphone portable adapté
4. Object connecté (hors enceinte)
5. Enceinte connectée adaptée ou non (assistant personnel)
6. Logiciel ou application spécifique
7. Télécommandes classiques ou adaptées pour gérer les ouvertures du logement ou les lumières
8. Appareil aussi utilisé pour d'autres choses (commande du fauteuil roulant, etc.)

Si ATLISTB\_E = 4

ATLISTB\_E4

**Quel est cet objet ?**

\_\_\_\_\_

Si ATLISTB\_E = 6

ATLISTB\_E6

**Quel est ce logiciel ou cette application ?**

\_\_\_\_\_

Si ATBES est rempli et < 10

ATLIST\_P

**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)*

**→ carte 21**

1. Ça coûte trop cher
2. C'est difficile à trouver, à obtenir (disponibilité, démarches administratives, manque d'information...)
3. C'est trop contraignant, trop difficile à utiliser
4. C'est fait pour des personnes dont l'état de santé est plus grave que le vôtre
5. Vous n'y avez pas pensé
6. Vous préférez vous débrouiller sans aide technique
7. Cela rendrait trop visible vos problèmes de santé / votre handicap
8. Vous ne pensez pas que cela serve durablement
9. Autre raison

Si DEFQVISU ≠ 1

ATSIGN

**Comprenez-vous ou utilisez-vous la langue des signes ?**

1. Oui, vous l'utilisez pour vous faire comprendre
2. Oui, vous la comprenez mais vous ne l'utilisez pas pour vous faire comprendre
3. Non, mais vous en auriez besoin
4. Non, vous ne la connaissez pas et vous n'en avez pas besoin
5. Sans objet : trop jeune



Si l'enquête a déclaré au moins une aide technique.

INTRO22B

**Vous m'avez indiqué que vous utilisez les aides techniques suivantes :**  
(Affichage de la liste des aides déclarées)

ATAUTR

**Utilisez-vous, en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, d'autres équipements spéciaux ou aides techniques non cités précédemment ?**

1. Oui
2. Non

Si ATAUTR = 1

AT1AUTR

**Lequel ?**

*Un seul équipement doit être cité. S'il y en a un autre, la question sera posée de nouveau, jusqu'à 5 objets.*

\_\_\_\_\_

Jusqu'à 5 objets déclarés

## 2. Aménagements du logement

Intro23

**Nous allons maintenant aborder les aménagements éventuellement réalisés dans votre logement.**

AMLIST

**Utilisez-vous les aménagements ou équipements suivants en raison de problèmes de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

*Attention notamment pour les rampes d'escalier et les volets roulants : cocher uniquement si la personne ne pourrait pas facilement monter l'escalier ou fermer ses volets sans ces aménagements, en raison de son état de santé.*

*(plusieurs réponses possibles)*

### → carte 22

#### Dans les toilettes

01. Une ou plusieurs barres d'appui
02. Des toilettes surélevées ou à hauteur variable (exclure les rehausseurs amovibles)
03. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
04. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser
05. Une pièce avec suffisamment d'espace, par exemple pour un fauteuil roulant
06. Une seule pièce pour la salle de bain et les toilettes (regroupement des pièces)

#### Dans la salle de bains

07. Une ou plusieurs barres d'appui
08. Une douche élargie ou avec un bac à douche au niveau du sol (douche à l'italienne par exemple)
09. Un siège de douche fixé au mur
10. Un lavabo adapté (par exemple réglable en hauteur)
11. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
12. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser
13. Une pièce avec suffisamment d'espace, par exemple pour un fauteuil roulant
14. Une seule pièce pour la salle de bain et les toilettes (regroupement des pièces)

#### Dans la cuisine

15. Un plan de travail abaissé ou réglable en hauteur
16. Un évier abaissé ou réglable en hauteur
17. Des meubles spéciaux
18. Des équipements spéciaux pour le four ou la hotte par exemple
19. Une rampe ou une barre pour se tenir
20. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
21. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser

#### Dans l'escalier

22. Une ou deux rampes pour vous tenir
23. Un siège monte-escalier
24. Une plate-forme élévatrice ou un monte-charge
25. Un ascenseur

#### Dans le reste du logement

26. Un lève-personne fixé au plafond ou au mur

27. Des barres d'appui ou des rampes ailleurs dans votre logement
28. Des chemins lumineux ou des interrupteurs automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
29. Un dispositif lumineux pour alerter des bruits (ex : par flash)
30. Des fenêtres motorisées ou des volets roulants électriques
31. Des portes automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
32. Des portes ou des couloirs spécialement élargis
33. Des revêtements de sol anti-dérapants ailleurs dans votre logement
34. Des meubles abaissés ou réglables en hauteur ailleurs dans votre logement
35. Aucun de ces aménagements mais vous en auriez besoin
36. Aucun de ces aménagements et vous n'en avez pas besoin

#### AMAUTR

**En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, utilisez-vous d'autres aménagements dans votre logement ?**

1. Oui
2. Non

Si AMAUTR = 1

AM1AUTR

**Lequel ?**

*Un seul aménagement doit être cité. S'il y en a un autre, la question sera posée de nouveau, jusqu'à 5 objets.*

\_\_\_\_\_

Jusqu'à 5 objets déclarés

Si AMLIST ≠ 36

AMDEEB

**Auriez-vous besoin d'un des aménagements suivants en raison de votre état de santé, d'un handicap ou avancée en âge ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

#### **Dans les toilettes**

01. Une ou plusieurs barres d'appui
02. Des toilettes surélevées ou à hauteur variable (exclure les rehausseurs amovibles)
03. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
04. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser
05. Une pièce avec suffisamment d'espace, par exemple pour un fauteuil roulant
06. Une seule pièce pour la salle de bain et les toilettes (regroupement des pièces)

#### **Dans la salle de bains**

07. Une ou plusieurs barres d'appui
08. Une douche élargie ou avec un bac à douche au niveau du sol (douche à l'italienne par exemple)
09. Un siège de douche fixé au mur
10. Un lavabo adapté (par exemple réglable en hauteur)
11. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
12. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser
13. Une pièce avec suffisamment d'espace, par exemple pour un fauteuil roulant
14. Une seule pièce pour la salle de bain et les toilettes (regroupement des pièces)

#### **Dans la cuisine**

15. Un plan de travail abaissé ou réglable en hauteur
16. Un évier abaissé ou réglable en hauteur
17. Des meubles spéciaux
18. Des équipements spéciaux pour le four ou la hotte par exemple
19. Une rampe ou une barre pour se tenir
20. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
21. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser

#### **Dans l'escalier**

22. Une ou deux rampes pour vous tenir
23. Un siège monte-escalier
24. Une plate-forme élévatrice ou un monte-charge
25. Un ascenseur

#### **Dans le reste du logement**

26. Un lève-personne fixé au plafond ou au mur
27. Des barres d'appui ou des rampes ailleurs dans votre logement
28. Des chemins lumineux ou des interrupteurs automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
29. Un dispositif lumineux pour alerter des bruits (ex : par flash)
30. Des fenêtres motorisées ou des volets roulants électriques

31. Des portes automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
32. Des portes ou des couloirs spécialement élargis
33. Des revêtements de sol anti-dérapants ailleurs dans votre logement
34. Des meubles abaissés ou réglables en hauteur ailleurs dans votre logement
35. Vous n'avez besoin d'aucun de ces aménagements

Si AMDEEB ≠ 35 et AMDEEB ≠ RF et AMDEEB ≠ NSP

AMEBEW

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas cet/ces équipement(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

**→ carte 23**

1. Ça coûte trop cher
2. C'est difficile à obtenir (disponibilité, démarches administratives, manque d'information...)
3. C'est trop contraignant, trop difficile à utiliser
4. C'est fait pour des personnes dont l'état de santé est plus grave que le vôtre
5. Vous n'y avez pas pensé
6. Vous avez peur d'abîmer / de dévaloriser votre logement
7. Les personnes qui habitent avec vous ne le souhaitent pas
8. Il est impossible de faire ces aménagements dans votre logement actuel
9. Vous ne pensez pas que cela serve durablement
10. Pour une autre raison

AMACCLOG

**Pouvez-vous accéder sans difficulté à toutes les pièces de votre logement ?**

1. Oui
2. Non
3. Sans objet : trop jeune

Si AMACCLOG = 2

AMACCPIE

**De quelle(s) pièce(s) s'agit-il ?**

(plusieurs réponses possibles)

1. Votre chambre
2. Une ou d'autres chambre(s)
3. Le salon ou la salle à manger
4. La salle de bains
5. Les toilettes
6. La cuisine
7. Le garage, le grenier, les combles, la cave ou le sous-sol
8. Le jardin, le balcon, la terrasse ou la véranda
9. Une ou plusieurs autres pièces

Si AMACCPIE = 9

AMACCAP

**De quelle(s) autre(s) pièce(s) s'agit-il ?**

---

### 3. Parentalité

Ces questions sont posées aux personnes de moins de 60 ans ayant au moins un enfant et une déficience.

AMPARE

**Aviez-vous les difficultés ou problèmes de santé que vous avez déjà évoqué(s) lorsque vous avez élevé vos enfants (ou au moins l'un d'entre eux) ?**

1. Oui
2. Non

Si AMPARE = 1

AMPARF

**En raison de votre handicap ou de problèmes de santé, avez-vous eu recours à une aide pour le porter, vous en occuper, l'aider dans les devoirs, etc. ?**

(plusieurs réponses possibles)

1. Oui, l'aide d'une autre personne
2. Oui, une aide technique
3. Oui, un aménagement du logement
4. Non

ATREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père]Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

ATREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([j<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|année

(1900 à AENQ)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## LIMITATIONS FONCTIONNELLES

INTRO25

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

*Dans ce module, vous pouvez vous servir de la carte 24 pour la plupart des questions.*

*Si DEFQVISU ≠ 1*

LFVUECARSA

**Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal, avec vos lunettes ou vos lentilles si vous en portez ?**

*Il s'agit de voir et non de lire, pour les enfants il s'agit de voir des images, ce qui est écrit dans un livre par exemple*

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFVUEVISSA

**Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue), avec vos lunettes ou vos lentilles si vous en portez ?**

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFVISAG

**Lorsque vous vous déplacez, pouvez-vous voir (et éviter si besoin) une personne ou un objet situé sur le côté ?**

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFENVIR

**Pouvez-vous vous déplacer dans un environnement faiblement éclairé (par exemple à la tombée de la nuit) ?**

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFOUICONVSA

**Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes, avec votre implant ou votre appareil auditif si vous en portez un ?**

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFOUISILSA

**Pouvez-vous entendre une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse, avec votre implant ou votre appareil auditif si vous en portez un ?**

**→ carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFOUISONSA

**Pouvez-vous entendre les sons usuels de la vie quotidienne** (sons d'un jouet, sonnerie d'un téléphone, etc.), **avec votre implant ou votre appareil auditif si vous en portez un ?**

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFRAMOB

**Êtes-vous obligé(e) de rester toute la journée...**

1. ... au lit
2. ... dans un fauteuil (**NON** roulant)
3. ... ni l'un ni l'autre

*Si (LFRAMOB=3 ou LFRAMOB = RF ou LFRAMOB = NSP) et si AGE >= 5*

LFDEP

**Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, sans béquille, ni déambulateur ?**

*Cela correspond à environ 10 minutes de marche.*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

*Si LFDEP = 2 ou 3 ou 4*

LFDEPAT

**Et avec l'aide de béquilles ou d'un déambulateur, pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat ?**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFESCALSA

**Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier à pied sans l'aide de quelqu'un, sans canne ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

*Sans l'aide de béquilles.*

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «monter» et «descendre».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

*Si LFESCALSA = 2 ou 3 ou 4*

LFESCAL

**Et avec l'aide d'une canne, pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier à pied ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «monter» et «descendre».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFBRAS

**Pouvez-vous lever un bras au-dessus de la tête?**

*Coder la difficulté la plus importante si la personne peut lever un bras mais pas l'autre.*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout
5. *(ne pas lire)* Sans objet, la personne n'a pas de bras

LFSOUSA

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

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «se servir de ses mains» et «se servir de ses doigts».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout
5. *(ne pas lire)* Sans objet, la personne n'a pas de main

*Si LFSOUSA= 2 ou 3 ou 4*

LFSOU

**Et avec une aide technique, pouvez-vous vous servir de vos mains et de vos doigts** (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler un robinet, saisir un crayon ou utiliser des ciseaux...)?

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «se servir de ses mains» et «se servir de ses doigts».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout
5. *(ne pas lire)* Sans objet, la personne n'a pas de main

LFAGEN

**Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ni d'un appui ou d'un objet** (canne, chaise, table...)?

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «se baisser» et «s'agenouiller».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

*Si LFAGEN= 2 ou 3 ou 4*

LFAGENAT

**Et avec un appui ou un objet** (canne, chaise, table...), **pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «se baisser» et «s'agenouiller». Il s'agit de la canne qui sert d'appui pour marcher et non de la canne blanche*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

Si AGE >= 10

LFPOIDS

**Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres sans l'aide de quelqu'un, ni d'une aide technique (comme une ceinture lombaire) ?**

*Il s'agit ici de porter et non de tirer.*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

LFMORD

**Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs comme une pomme ferme, avec votre dentier si vous en portez un ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre « mordre » et « mâcher ».*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout

Si AGE >= 5

LFSEL

**Pouvez-vous contrôler vos selles et vos urines ?**

*Il s'agit de repérer les problèmes d'incontinence urinaire et fécale.*

*Pour un enfant, reformuler en « faire pipi ou caca sans vous salir » ?*

→ **carte 24**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout
5. *(ne pas lire cette modalité)* Sans objet (la personne a un anus artificiel et une sonde vésicale)

Si LFSEL = 2 ou 3 ou 4

LFSELQ

**Ces difficultés concernent-elle...**

1. Vos selles
2. Vos urines
3. Vos selles et vos urines

LFCHANGE

**Vous débrouillez seul(e) quand ces difficultés se produisent ? (Pour vous changer, gérer seul(e) les sondes éventuelles, etc.) ?**

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, vous ne pouvez pas du tout vous débrouiller seul(e)

LFTEMPS

**Vous arrive-t-il de ne plus savoir à quel moment de la journée on est ?**

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFTRMEM

**Vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ?**

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFCONC

**Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ?**

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent



LFVIEQ

**Avez-vous des difficultés pour prendre des décisions adaptées dans la vie de tous les jours ?**

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFPVIQ

**Est-ce que des difficultés psychologiques perturbent votre vie quotidienne ?**

*Formulation alternative :*

*Est-ce que dans la vie de tous les jours, vous avez des problèmes dans votre tête, pour vous sentir bien, pour être avec les autres etc. ?*

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFCOMP

**Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres ?**

*Ne pas tenir compte des différences de langue. Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «comprendre» et «se faire comprendre».*

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFREL

**Au quotidien, éprouvez-vous des difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes ?**

*Formulation alternative :*

*Dans la vie de tous les jours, avez-vous des difficultés pour parler à des personnes que vous ne connaissez pas, vous faire des amis ?*

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés

LFDEM

**Avez-vous des difficultés pour demander de l'aide en cas de besoin ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFAGRES

**Vous reproche-t-on d'être trop agressif(ve) ?**

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

LFDANG

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

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent

Si AGE >= 10

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous eu le sentiment... → <i>carte 25</i>	1. Tout le temps	2. La plupart du temps	3. Quelques fois	4. Rarement	5. Jamais
LFNERV ...d'être nerveux/nerveuse ?					
LFDESP ...d'être désespéré(e) ?					
LFAGIT ...d'être agité(e) ou incapable de tenir en place ?					
LFREMO ...d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?					
LFEFFO ...que tout vous demandait un effort ?					
LFRIEN ...de n'être bon(ne) à rien ?					

LFREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père [(PER1E=2)]

Mère [(MER1E=2)]

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, hors père et hors mère ]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

LFREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|année

(1900 à AENQ -)

## RELIE

### Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

### Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module

*À une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

### INTRO27

Nous allons maintenant parler des difficultés que vous pouvez rencontrer, chez vous, pour effectuer seul(e) certaines activités de la vie quotidienne.

Pour chaque activité, ne tenez pas compte de l'aide apportée par une autre personne, mais prenez en compte les objets ou appareils que vous utilisez.

Veillez ignorer les problèmes passagers ou temporaires.

*Exemple : À la question « Avez-vous des difficultés pour vous coucher et vous lever de votre lit seul(e) », désigner le degré de difficultés sans l'aide de quelqu'un mais avec un lit électrique ou médicalisé si la personne en utilise un pour se coucher ou se lever.*

Si AGE  $\geq$  5

RATOI

**Avez-vous des difficultés pour vous laver seul(e) ?**

*Il s'agit d'avoir une hygiène corporelle satisfaisante, quelle que soit la méthode.*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas vous laver seul(e)
5. *(ne pas lire)* Non concerné(e), vous ne vous lavez jamais

RAHAB

**Avez-vous des difficultés pour vous habiller ou vous déshabiller seul(e) ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «s'habiller» et «se déshabiller».*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas vous habiller ou vous déshabiller seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), vous ne vous habillez jamais

RANOI

**Avez-vous des difficultés pour couper seul(e) votre nourriture ou vous servir à boire seul(e) ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «couper sa nourriture» et «se servir à boire».*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), vous ne faites jamais ces actions

RAMAN

**Avez-vous des difficultés pour manger ou boire seul(e), une fois que la nourriture est servie et découpée ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «manger» et «boire».*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), vous ne mangez jamais

#### RAELI

##### **Avez-vous des difficultés pour vous servir seul(e) des toilettes ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

##### **→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), nous ne vous servez jamais des toilettes

#### RACOU

##### **Avez-vous des difficultés pour vous coucher ou vous lever seul(e) de votre lit ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «se coucher» et «se lever».*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

##### **→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), vous ne vous couchez ou ne vous levez jamais

#### RAASS

##### **Avez-vous des difficultés pour vous asseoir ou vous lever seul(e) d'un siège ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «s'asseoir» et «se lever».*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

##### **→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. *(ne pas lire cette modalité)* Non concerné(e), vous ne vous levez ou ne vous asseyez jamais

*Si AGE >= 15*

#### RAACH

##### **Avez-vous des difficultés pour faire vos courses sans aide ?**

*Y compris sur internet et/ou avec livraison.*

##### **→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas les faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RAACH = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

#### RAACHW

##### **Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

#### RAREP

##### **Avez-vous des difficultés pour préparer vos repas sans aide ?**

##### **→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RAREP = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

#### RAREPW

##### **Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

**RAMEN**

**Avez-vous des difficultés pour faire sans aide les tâches ménagères courantes dans votre domicile telles que la vaisselle, la lessive, le rangement, le ménage... ?**

*Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre «faire la vaisselle», « faire la lessive », « faire du rangement » et «faire le ménage»*

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas les faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RAMEN = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

**RAMENW**

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

**RAOCC**

**Avez-vous des difficultés pour faire des tâches plus occasionnelles sans aide (petits travaux, laver les carreaux, etc.) ?**

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas les faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RAOCC = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

**RAOCCW**

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

**RAADM**

**Avez-vous des difficultés à faire sans aide les démarches administratives courantes ?**

*Y compris sur internet*

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas les faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RAADM = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

**RAADMW**

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

**RAMED**

**Avez-vous des difficultés pour prendre sans aide vos médicaments ?**

*Il s'agit de préparer ses médicaments mais non d'aller récupérer des médicaments en pharmacie.*

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne prenez jamais de médicament

Si RAMED = 2 ou 3 ou 4

RAMEDW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RADPI

**Avez-vous des difficultés pour vous déplacer sans l'aide de quelqu'un dans toutes les pièces d'un étage ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

RADPE

**Avez-vous des difficultés pour sortir de votre logement sans l'aide quelqu'un ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RADPE = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RADPEW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

Si AGE  $\geq$  10

RABUS

**Avez-vous des difficultés pour utiliser sans l'aide de quelqu'un un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun) ?**

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RABUS = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RABUSW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RAORI

**Avez-vous des difficultés pour trouver votre chemin lorsque vous sortez, sans l'aide de quelqu'un ?**

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RAORI = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RAORIW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RATEL

**Avez-vous des difficultés pour vous servir d'un téléphone ?**

*Exemple : passer un appel téléphonique, envoyer un sms.*

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RATEL = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RATELW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RAORD

**Avez-vous des difficultés pour vous servir, sans aide, d'un ordinateur, d'une tablette numérique ou d'un objet connecté ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas vous servir seul(e) d'un ordinateur, d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RAORD = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RAORDW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RASTIM

**Pensez à des activités de tous les jours (faire votre toilette, prendre vos repas, etc.). Pour mener à bien cette ou ces activités, une personne doit-elle vous les rappeler ou vous inciter à les réaliser ?**

*Pour un enfant, répondre par rapport aux enfants de son âge.*

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non
4. *(ne pas lire)* Sans objet, ne fait aucune activité seul(e)

Si AGE >=15

RACHOI

**Avez-vous des difficultés à choisir, sans aide, des vêtements adaptés aux circonstances ?**

*Par exemple : pour aller au travail, pour aller dormir, pour sortir avec des amis*

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout



Si RACHOI = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RACHOIW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RACHOIP

**Pour quel(les) raison(s) avez-vous ces difficultés ?**

*Pour les personnes ayant répondu « non concerné(é), il s'agit de comprendre pourquoi elles ne le font pas.*

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 27**

1. Vous n'êtes pas motivé(e)
2. Vous n'avez pas les ressources (argent, conditions de vie, etc.)
3. Vous n'avez pas le temps
4. Vous n'y arrivez pas physiquement
5. Cela vous stresse, vous angoisse, vous fait peur
6. Cela est trop compliqué pour vous
7. Autre raison

SI RACHOIP=7

**RACHOIPA**

**Pour quelle autre raison ?**

\_\_\_\_\_

RASAT

**Avez-vous des difficultés à avoir une alimentation régulière et équilibrée sans aide ?**

**→ carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

Si RASAT = 2 ou 3 ou 4 ou 5

RASATW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RASATP

**Pour quel(les) raison(s) avez-vous ces difficultés ?**

*Pour les personnes ayant répondu « non concerné(é), il s'agit de comprendre pourquoi elles ne le font pas.*

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 27**

1. Vous n'êtes pas motivé(e)
2. Vous n'avez pas les ressources (argent, conditions de vie, etc.)
3. Vous n'avez pas le temps
4. Vous n'y arrivez pas physiquement
5. Cela vous stresse, vous angoisse, vous fait peur
6. Cela est trop compliqué pour vous
7. Autre raison

SI RASATP=7

**RASATPA**

**Pour quelle autre raison ?**

\_\_\_\_\_

RABUD

**Avez-vous des difficultés à gérer sans aide votre argent, votre budget ?**

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RABUD = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

RABUDW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RABUDP

**Pour quel(les) raison(s) avez-vous ces difficultés ?**

*Pour les personnes ayant répondu « non concerné(é), il s'agit de comprendre pourquoi elles ne le font pas.*

*(plusieurs réponses possibles)*

→ **carte 27**

1. Vous n'êtes pas motivé(e)
2. Vous n'avez pas les ressources (argent, conditions de vie, etc.)
3. Vous n'avez pas le temps
4. Vous n'y arrivez pas physiquement
5. Cela vous stresse, vous angoisse, vous fait peur
6. Cela est trop compliqué pour vous
7. Autre raison

*SI RABUDP=7*

RABUDPA

**Pour quelle autre raison ?**

\_\_\_\_\_

RASOIG

**Avez-vous des difficultés pour gérer sans aide vos rendez-vous médicaux (prendre le rendez-vous, s'organiser pour y assister, etc.) ?**

→ **carte 26**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Vous ne pouvez pas le faire seul(e)
5. Non concerné(e), vous ne le faites pas du tout

*Si RASOIG = 2 ou 3 ou 4 ou 5*

RASOIGW

**Est-ce surtout à cause de votre état de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

RASOIGP

**Pour quel(les) raison(s) avez-vous ces difficultés ?**

*Pour les personnes ayant répondu « non concerné(é), il s'agit de comprendre pourquoi elles ne le font pas.*

*(plusieurs réponses possibles)*

→ **carte 27**

1. Vous n'êtes pas motivé(e)
2. Vous n'avez pas les ressources (argent, conditions de vie, etc.)
3. Vous n'avez pas le temps
4. Vous n'y arrivez pas physiquement
5. Cela vous stresse, vous angoisse, vous fait peur
6. Cela est trop compliqué pour vous
7. Autre raison

SI RASOIGP=7  
RASOIGPA  
Pour quelle autre raison ?

\_\_\_\_\_

RAGAR

**Une personne assure-t-elle pour vous une surveillance, y compris une garde de jour ou de nuit à votre domicile ?**

1. Oui, le jour
2. Oui, la nuit
3. Oui, le jour et la nuit
4. Non

*Si au moins une restriction d'activité en raison d'un handicap, d'un problème de santé ou de l'avancée en âge.*

RAAITECH

**Pour les activités suivantes, utilisez-vous ou portez-vous des objets, aides techniques, orthèses ou prothèse en raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Pour couper votre nourriture ou vous servir à boire
2. Pour vous coucher ou vous lever de votre lit
3. Pour vous asseoir ou vous lever d'un siège
4. Pour faire vos courses
5. Pour préparer vos repas
6. Pour les tâches ménagères courantes dans votre domicile
7. Pour faire les tâches occasionnelles
8. Pour faire les démarches administratives courantes
9. Pour prendre vos médicaments
10. Pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage
11. Pour sortir de votre logement
12. Pour utiliser un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun)
13. Pour trouver votre chemin lorsque vous sortez
14. Pour vous servir d'un téléphone
15. Pour vous servir d'un ordinateur ou d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
16. Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances
17. Pour avoir une alimentation régulière et équilibrée
18. Pour gérer votre argent, votre budget
19. Pour gérer vos rendez-vous médicaux
20. Aucune aide

RAAIDPRO

**Recevez-vous régulièrement de l'aide d'un ou plusieurs professionnels pour une ou plusieurs activités parmi les activités suivantes ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Pour vous laver
2. Pour vous habiller ou vous déshabiller
3. Pour couper votre nourriture ou vous servir à boire
4. Pour manger ou boire, une fois que la nourriture est servie ou découpée
5. Pour vous servir des toilettes
6. Pour vous coucher ou vous lever de votre lit
7. Pour vous asseoir ou vous lever d'un siège
8. Pour faire vos courses
9. Pour préparer vos repas
10. Pour les tâches ménagères courantes dans votre domicile
11. Pour les tâches plus occasionnelles
12. Pour faire les démarches administratives courantes
13. Pour prendre vos médicaments
14. Pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage
15. Pour sortir de votre logement
16. Pour utiliser un moyen de déplacement
17. Pour trouver votre chemin lorsque vous sortez
18. Pour vous servir du téléphone
19. Pour vous servir d'un ordinateur, d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
20. Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances
21. Pour avoir une alimentation régulière et équilibrée
22. Pour gérer votre argent, votre budget

23. Pour gérer vos rendez-vous médicaux
24. Pour vous assurer une garde de jour ou une garde de nuit
25. Aucune activité

RAAIDENT

**Recevez-vous régulièrement l'aide d'une ou plusieurs personnes de votre entourage (conjoint, famille, ami...) pour une ou plusieurs activités parmi les activités suivantes ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Pour vous laver
2. Pour vous habiller ou vous déshabiller
3. Pour couper votre nourriture ou vous servir à boire
4. Pour manger ou boire, une fois que la nourriture est servie ou découpée
5. Pour vous servir des toilettes
6. Pour vous coucher ou vous lever de votre lit
7. Pour vous asseoir ou vous lever d'un siège
8. Pour faire vos courses
9. Pour préparer vos repas
10. Pour les tâches ménagères courantes dans votre domicile
11. Pour les tâches plus occasionnelles
12. Pour faire les démarches administratives courantes
13. Pour prendre vos médicaments
14. Pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage
15. Pour sortir de votre logement
16. Pour utiliser un moyen de déplacement
17. Pour trouver votre chemin lorsque vous sortez
18. Pour vous servir du téléphone
19. Pour vous servir d'un ordinateur, d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
20. Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances
21. Pour avoir une alimentation régulière et équilibrée
22. Pour gérer votre argent, votre budget
23. Pour gérer vos rendez-vous médicaux
24. Pour vous assurer une garde de jour ou une garde de nuit
25. Aucune activité

Pour chaque activité :

RATOIPE

**Qui, dans votre entourage, vous apporte une aide pour [cette activité] ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[Liste des cohabitants]

Fils/fille [liste des enfants non cohabitants]

Père]

Mère]

Conjoint

[Liste des répondants non cohabitants non enfants, non aidants professionnels ET hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s) de votre entourage

**Combien de personnes de votre entourage vous aident pour [cette activité] ?**

**Combien d'autres personnes de votre entourage vous aident pour vous laver (en plus de [AHENTPRE des personnes cochées à RATOIPE]) ?**

*Ne pas inclure les aidants professionnels.*

1 à 99

Pour chaque personne de l'entourage :

AHENTPRE

**Quel est le prénom de cette personne ?**

*Si deux aidants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

*(50 CARACTERES NSP/RF non autorisés)*

AHENTLIE

**De qui s'agit-il ? [AHENTPRE] est ...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « l'aidant est le/la... de [INDPRE] ». Si l'interrogé(e) répond « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 2 : « l'aidant est la fille ou le fils de [INDPRE]. »*

*Ne pas lire les modalités de réponse.*

1. Votre compagnon / compagne (conjoint, fiancé, partenaire)
2. *(ne pas afficher)* Votre enfant (fils/fille)
3. Votre père / mère
4. Votre frère / sœur
5. Votre petit-enfant ou votre grand-parent
6. Votre gendre, belle-fille, beau-père ou belle-mère
7. Votre neveu, nièce, cousin, cousine, oncle ou tante
8. Un autre membre de votre famille ou de votre belle-famille
9. Votre ami(e)
10. Votre pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté
11. Un autre membre de votre entourage

**RABES**

**Auriez-vous besoin d'aide ou de plus d'aide (d'un proche ou d'un professionnel) pour une ou plusieurs des activités suivantes ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 28**

1. Pour vous laver
2. Pour vous habiller ou vous déshabiller
3. Pour couper votre nourriture ou vous servir à boire
4. Pour manger ou boire, une fois que la nourriture est servie
5. Pour vous coucher ou vous lever de votre lit
6. Pour vous asseoir ou vous lever d'un siège
7. Pour vous servir des toilettes
8. Pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage
9. Pour utiliser un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun)
10. Pour trouver votre chemin lorsque vous sortez
11. Pour vous servir d'un téléphone
12. Pour vous servir d'un ordinateur ou d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
13. Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances
14. Pour préparer vos repas
15. Pour avoir une alimentation régulière et équilibrée
16. Pour faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile
17. Pour faire les tâches occasionnelles
18. Pour faire les démarches administratives courantes
19. Pour gérer votre argent, votre budget
20. Pour prendre vos médicaments
21. Pour gérer vos rendez-vous médicaux
22. Pour sortir de votre logement
23. Pour faire vos courses
24. Pour vous assurer une surveillance de jour ou une surveillance de nuit (garde)
25. Aucune activité

**RAAUTAID**

**En raison d'un handicap, d'un problème de santé ou de votre avancée en âge, une ou plusieurs personnes (professionnels ou proches, y compris les personnes qui vivent avec vous) vous apportent régulièrement une autre aide ?**

*Exemples d'aide financière : participer à des dépenses (courses, factures, loyer...), payer des aides professionnelles à domicile...*

*Exemples d'aide matérielle : prêter un logement, utiliser sa voiture pour aller faire des courses...*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une aide financière ou matérielle
2. Oui, un soutien moral, une présence ou une compagnie
3. Non

Si RAAUTAID=1

RAAFIQ

**Qui dans votre entourage vous apporte une aide financière ou matérielle régulière?**

*Par exemple pour les courses, les factures, le loyer, de l'hébergement, des dons d'argent  
(plusieurs réponses possibles)*

[Liste des cohabitants]

Fils/fille

Père

Mère

Conjoint

[Liste des répondants non cohabitants non enfants, non aidants professionnels ET hors conjoint, non père et non mère]

[Liste des autres aidants non cohabitants, non enfants, non répondants, non conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s) de votre entourage

RAAFIQNB

**Combien de (d'autres) personnes de votre entourage vous apportent une aide financière ou matérielle ?**

1 à 99

Pour chaque personne apportant un soutien financier :

AHENTPRE

**Quel est le prénom de cette personne ?**

*Si deux aidants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

AHENTLIE

**De qui s'agit-il ? [AHENTPRE] est ...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « l'aidant est le/la ... de [INDPRE] ». Si l'interrogé(e) répond « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 2 : « l'aidant est la fille ou le fils de [INDPRE]. »*

*Ne pas lire les modalités de réponse.*

1. Votre compagnon / compagne (conjoint, fiancé, partenaire)
2. *(ne pas afficher)* Votre enfant (fils/fille)
3. Votre père / mère
4. Votre frère / sœur
5. Votre petit-enfant ou votre grand-parent
6. Votre gendre, belle-fille, beau-père ou belle-mère
7. Votre neveu, nièce, cousin, cousine, oncle ou tante
8. Un autre membre de votre famille ou de votre belle-famille
9. Votre ami(e)
10. Votre pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté
11. Un autre membre de votre entourage

Si RAAUTAID=2

RASOUQ

**Qui dans votre entourage vous apporte un soutien moral ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[Liste des cohabitants]

Fils/fille

Père

Mère

Conjoint

[Liste des répondants non cohabitants non enfants, non aidants professionnels ET hors conjoint, non père et non mère]

[Liste des autres aidants non cohabitants, non enfants, non répondants, non conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s) de votre entourage

RASOUQNB

**Combien de (d'autres) personnes de votre entourage vous apportent un soutien moral ?**

1 à 99

<p>Pour chaque personne apportant un soutien moral :</p> <p>AHENTPRE <b>Quel est le prénom de cette personne ?</b> <i>Si deux aidants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.</i></p> <p>_____</p> <p>AHENTLIE <b>De qui s'agit-il ? [AHENTPRE] est ...</b> <i>Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « l'aidant est le/la... de [INDPRE] ». Si l'interrogé(e) répond « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 2 : « l'aidant est la fille ou le fils de [INDPRE]. » Ne pas lire les modalités de réponse.</i></p>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Votre compagnon / compagne (conjoint, fiancé, partenaire)</li><li>2. <i>(ne pas afficher)</i> Votre enfant (fils/fille)</li><li>3. Votre père / mère</li><li>4. Votre frère / sœur</li><li>5. Votre petit-enfant ou votre grand-parent</li><li>6. Votre gendre, belle-fille, beau-père ou belle-mère</li><li>7. Votre neveu, nièce, cousin, cousine, oncle ou tante</li><li>8. Un autre membre de votre famille ou de votre belle-famille</li><li>9. Votre ami(e)</li><li>10. Votre pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté</li><li>11. Un autre membre de votre entourage</li></ol>

*Si AGE >= 10*

RAAPAVQ

**Apportez-vous régulièrement à une personne de votre entourage (conjoint, famille, ami...), en raison de son état de santé, d'un handicap ou de son avancée en âge, une aide pour les tâches de la vie quotidienne ?**

1. Oui
2. Non

*Si RAAPAVQ=1*

RAAPAVQI

**Habitez-vous avec elle, ou avec au moins d'une d'elles si vous aidez plusieurs personnes ?**

1. Oui
2. Non

RAAPAI DFI

**Apportez-vous régulièrement à une ou plusieurs personnes de votre entourage (conjoint, famille, ami...), en raison de leur état de santé, d'un handicap ou de leur avancée en âge, une aide financière ou matérielle ?**

1. Oui
2. Non

RAAPSOUT

**Apportez-vous régulièrement un soutien moral, une présence ou une compagnie à une personne de votre entourage en raison de ses problèmes de santé, d'un handicap ou de son avancée en âge ?**

*Le soutien moral peut être une présence continue ou des contacts réguliers (visites, coups de téléphones, courriers).*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, par une présence physique
2. Oui, par téléphone ou des appels vidéo
3. Oui, par SMS, mail, réseaux sociaux ou un autre support écrit
4. Non

RAREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

RAREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

*(50 CARACTERES NSP/RF non autorisés)*

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

*NSP/RF non autorisés*

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|année

*(1900 à AENQ -)*

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

*Si ABREPOND = 1*

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?**

*A une partie ou au module entier*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier



# ACCESSIBILITÉ

## 1. Accessibilité dans les déplacements

### INTRO28

Nous allons à présent aborder des questions sur vos possibilités de vous déplacer à l'extérieur de chez vous.

Si RSLIMI = 1 ou 2 ou RESTRIC = 1

ACABAT

Éprouvez-vous des difficultés pour accéder seul(e) à votre logement depuis la rue ?

0. Sans objet : trop jeune
1. Oui, un peu
2. Oui, beaucoup
3. Oui, vous ne pouvez pas y arriver seul(e)
4. Non

Si-ACABAT = 1 ou ACABAT = 2 ou ACABAT = 3

ACQGENE

Est-ce que parce que...

(plusieurs réponses possibles)

→ **carte 29**

1. Le franchissement de la porte d'entrée de l'immeuble ou du logement est difficile : paillason, poids de la porte, porte empêchant le passage une fois ouverte, pas trop petit pour circuler, déclenchement de la serrure (pousser la porte en même temps qu'appuyer sur le bouton).
2. L'escalier est difficile (trop de marches, marches trop hautes, absence de rampe...)
3. L'ascenseur est mal adapté (trop petit, il reste des marches à franchir, bouton de commande trop haut...)
4. Il manque un ascenseur ou celui-ci est souvent en panne
5. La rampe d'accès est difficile (pente trop forte, sol glissant, étroitesse...)
6. Il manque une rampe d'accès
7. Le cheminement de plain-pied est difficile (du fait de la nature du sol, des obstacles, d'une largeur insuffisante...)
8. Un autre élément de l'environnement vous gêne
9. Aucun élément de l'environnement ne vous gêne

### ACHDOM

Habituellement, sortez-vous de votre domicile ?

*Les déplacements hors du domicile ne comprennent pas les déplacements dans le jardin du logement.*

1. Tous les jours ou presque
2. Au moins une fois par semaine
3. Plus rarement
4. Jamais

Si ACHDOM = 3 ou ACHDOM = 4

ACRNODEP

Pour quelle(s) raison(s) ?

*Exemples d'environnements pas adaptés pour la personne : 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.*

(plusieurs réponses possibles)

1. Votre entourage ne souhaite pas que vous sortiez
2. Votre état de santé ne vous le permet pas
3. Vous n'avez pas envie de sortir
4. Vous êtes angoissé(e) à l'idée de sortir
5. Vous ne disposez pas de l'aide d'une personne nécessaire pour sortir
6. Vous ne disposez pas de l'aide technique nécessaire pour sortir
7. L'environnement (voirie, lieux, modes de transport...) n'est pas adapté pour vous
8. Vous devez rester chez vous (pour d'autres raisons que l'état de santé)
9. Vous n'avez pas besoin de sortir
10. Autre

Si ACRNODEP ≠ 3 et ACHDOM = 4

ACENVSOR

**Aimeriez-vous sortir ?**

1. Oui
2. Non

Si AGE ≥ 10 et (ACHDOM = 1 ou ACHDOM = 2 ou ACHDOM = 3)

ACSSOUV

**Habituellement, sortez-vous aussi souvent que vous voulez ?**

*La réponse doit intégrer toutes les contraintes pesant sur les individus, y compris celles non liées à la santé ou au handicap*

1. Oui
2. Non

ACSOU

**Habituellement, sortez-vous où vous voulez ?**

*La réponse doit intégrer toutes les contraintes pesant sur les individus, y compris celles non liées à la santé ou au handicap*

1. Oui
2. Non

ACHOR

**Habituellement, sortez-vous aux horaires que vous voulez ?**

*La réponse doit intégrer toutes les contraintes pesant sur les individus, y compris celles non liées à la santé ou au handicap*

1. Oui
2. Non

Si ACHDOM ≠ 4

ACMTRANS

**Habituellement, lorsque vous sortez de chez vous, quel(s) mode(s) de transport(s) utilisez-vous régulièrement ?**

**→ carte 29B**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. La marche à pied
2. Un fauteuil roulant
3. Un deux roues (vélo, moto, scooter, trottinette)
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 ou un VTC (voiture de transport avec chauffeur)
8. Un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite
9. Un véhicule sanitaire léger ou une ambulance
10. Le train
11. Un autre mode de transport

Si RSLIMI = 1 ou RSLIMI = 2 ou au moins une restriction d'activité RESTRIC = 1

ACDGENE

**Dans vos déplacements habituels à pied ou en fauteuil roulant, êtes-vous gêné par...**

**→ carte 29C**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Une absence ou inadaptation des trottoirs (encombrés ou trop étroits)
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. Une absence ou inadaptation de lieux sécurisés pour traverser (absence de passages piétons, feux piétons trop courts, pas de signal sonore pour traverser...)
7. Le relief comme une côte à monter
8. Des objets ou véhicules présents sur le trottoir ou les passages piétons
9. Un sentiment d'insécurité dans les rues (absence de lumières dans les rues...)
10. Rien de tout cela

Si AGE >=18

ACCOND

**Conduisez-vous une voiture ?**

1. Oui, régulièrement
2. Oui, occasionnellement
3. Non, jamais

Si ACCOND =3

ACPCOND

**Pourquoi ne conduisez-vous pas ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Vous n'avez pas besoin ou pas l'occasion de conduire (autre conducteur, autres moyens de transport, pas de voiture, etc.)
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. Votre entourage vous déconseille de conduire
6. Votre véhicule n'est pas adapté
7. Pour d'autres raisons

Si RSLIMI = 1 ou 2 ou RESTRIC = 1

ACVAM

**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 à la voiture (conducteur ou passager)
3. Oui, pour charger le fauteuil dans la voiture
4. Oui, pour effectuer les trajets en restant dans le fauteuil roulant
5. Oui, pour bénéficier du double rétroviseur
6. Oui, autres aménagements
7. Non, mais vous en auriez besoin
8. Non, vous n'en avez pas besoin

Si ACVAM = 1 ou ACVAM = 2 ou ACVAM = 3 ou ACVAM = 4 ou ACVAM = 5 ou ACVAM = 6

ACVOTYP

**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...)

Si AGE >=10

ACTRAN

**Avez-vous des difficultés pour utiliser les transports en commun ?**

0. Sans objet : vous n'avez jamais à utiliser les transports en commun
1. Non
2. Oui, un peu
3. Oui, beaucoup
4. Oui, vous ne pouvez pas les utiliser

Si ACTRAN = 2 ou ACTRAN = 3 ou ACTRAN = 4

ACQDIFF

**Est-ce...**

*Pour la modalité 1, y compris les difficultés pour accéder au quai.*

*(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...) ?

Si RSLIMI = 1 ou RSLIMI = 2 ou au moins une restriction d'activité

ACTRSPE

**Utilisez-vous un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ?**

1. Oui

2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

Si ACTRSPE = 2

ACNTRSPE

**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 votre connaissance
3. Vous ne savez pas comment faire pour en bénéficier
4. Ils ne sont pas suffisamment disponibles
5. Ce n'est pas pratique (modalités de réservation...)
6. Autre raison

ACLIEU

**En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, les lieux suivants vous sont-ils difficiles ou impossible d'accès ?**

**→ carte 29D**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. La ville ou le centre-ville
2. Les services publics (mairie, poste, CAF, sécurité sociale ...)
3. Les commerces ou services de proximité (pharmacie, marché, boutiques...)
4. Le supermarché, le centre commercial
5. Les établissements scolaires ou d'enseignement supérieur
6. La plupart des lieux où vous avez postulé pour un emploi
7. Certains locaux dans votre lieu de travail
8. Les lieux de promenade, les jardins publics
9. Les lieux de soins médicaux (dentiste, cabinet médical, hôpital)
10. Les lieux de restauration, les cafés
11. Les lieux de loisirs (cinéma, lieux de spectacles, lieux de pratique sportive)
12. Chez des proches (amis, famille...)
13. Le bureau de vote
14. Le cimetière et les lieux de culte
15. Aucun de ces lieux

*Si au moins une difficulté d'accès déclarée à ACLIEU*

ACPACCES

**Pourquoi ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Car l'environnement physique y est inadapté : il manque une rampe d'accès ou un ascenseur, les escaliers ou le cheminement de plain-pied sont impraticables, absence de marquage pour les déficients visuels
2. Car l'accueil humain n'est pas adapté (communication difficile, manque d'écoute ou d'attention, multiplicité des interlocuteurs, personnels d'accueil non spécialisés...)
3. Car l'accueil matériel n'est pas adapté (mauvaise configuration des lieux, absence de guichet isolé, pas d'espace d'attente aménagé...)
4. Car il n'y a pas de places, ou pas assez de places de stationnement réservé
5. Car les gens ont des attitudes négatives (moqueries, rejet...)
6. Car vous ne pouvez pas vous déplacer (problèmes de santé, pas de véhicule ou de transport en commun)
7. Car l'environnement physique du trajet est inadapté (pas de trottoirs, sentiment d'insécurité...)
8. Pour d'autres raisons

Si ACPACCES = 8

ACPACCESQ

**Laquelle ?**

\_\_\_\_\_

## 2. Accessibilité numérique et à l'information

Cette partie est posée pour les personnes de 10 ans ou plus.

### INTRO29

Nous allons à présent aborder des questions relatives à vos possibilités d'utiliser les outils numériques.

#### ACINTINFO

**Avez-vous des difficultés pour rechercher des informations sur Internet ?**

*Sur des produits, des voyages, les actualités, la santé, un sujet.*

1. Non
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Oui, vous ne pouvez pas le faire tout(e) seul(e)
5. Sans objet, vous ne le faites pas du tout

#### ACINTMAIL

**Avez-vous des difficultés pour communiquer par internet, par exemple par mail ou par les réseaux sociaux ?**

*Indiquer la difficulté la moins importante. Par exemple, si l'enquêté a quelques difficultés pour envoyer un mail et ne peut pas utiliser seul les réseaux sociaux, cocher « oui, quelques difficultés ».*

1. Non
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Oui, vous ne pouvez pas le faire tout(e) seul(e)
5. Sans objet, vous ne le faites pas du tout

Si AGE >= 18

#### ACINTACHA

**Avez-vous des difficultés pour faire un achat sur Internet ?**

*Hors problèmes financiers.*

1. Non
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Oui, vous ne pouvez pas le faire tout(e) seul(e)
5. Sans objet, vous ne le faites pas du tout

#### ACINTADMI

**Avez-vous des difficultés pour faire une démarche administrative sur Internet ?**

1. Non
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Oui, vous ne pouvez pas le faire tout(e) seul(e)
5. Sans objet, vous ne le faites pas du tout

*Si au moins une difficulté d'utilisation déclarée précédemment*

#### ACDIFFINT

**Pourquoi avez-vous ces difficultés ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Car la connexion à Internet est mauvaise ou trop lente
2. Car vous n'avez pas le matériel adapté (téléphone ou tablette trop petit(e) pour vos problèmes de vue, pas de synthèse vocale, matériel trop difficile à utiliser)
3. Car un (ou plusieurs) site(s) internet ne sont pas accessible(s) pour les personnes avec une déficience visuelle
4. Car un (ou plusieurs) site(s) internet ne sont pas accessible(s) pour les personnes avec une déficience intellectuelle
5. Pour une autre raison

Si ACDIFFINT = 5

#### ACQNINTQ

**Quelle est cette raison ?**

\_\_\_\_\_

200 CARACTERES

### 3. Accessibilité du vote

Si AGE >= 18

**INTRO30**

**Nous allons à présent aborder des questions relatives à vos possibilités de voter.**

ACVOT

**Aux dernières élections présidentielles, avez-vous voté ?**

1. Oui, en vous déplaçant vous-même, sans l'aide de personne au moment du vote
2. Oui, en vous déplaçant vous-même, avec l'aide d'une personne au moment du vote
3. Oui, par procuration
4. Non, par choix
5. Non, car vous avez eu des difficultés liées à un problème de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge
6. Non, pour une autre raison

Si (ACVOT = 1 et RSLIMI=1 ou 2) ou ACVOT=2

ACVODIF

**Avez-vous eu des difficultés pour voter liées à un problème de santé, d'un handicap, ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

Si ACVOT = 5 ou ACVODIF = 1

ACNVOT

**Quelles étaient ces difficultés ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Le bureau de vote n'était pas accessible (absence de rampe, absence de marquage au sol, absence d'indications visuelles...)
2. Les organisateurs ont refusé que vous votiez alors que vous en aviez le droit
3. Les organisateurs ont refusé que vous soyez accompagné(e) dans l'isoloir alors que vous en aviez le droit
4. Il vous a semblé trop fatigant ou compliqué d'aller voter
5. Une autre difficulté

ACREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

- [liste des habitants du logement]
- [liste des enfants hors habitants du logement]
- Père
- Mère
- Conjoint
- [liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]
- Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

ACREPND

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

(50 CARACTERES, NSP/RF non autorisés)

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

*NSP/RF non autorisés*

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année  
(1900 à AENQ)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module ?**

*A une partie ou au module entier.*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## AIDE HUMAINE

Ce module est composé de deux parties.

- La première partie (cohabitation et famille proche) est passée aux personnes qui reçoivent une aide de l'entourage pour des activités de la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral, qui auraient besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne, ainsi qu'aux personnes qui sont fortement limitées au quotidien et aux personnes de 75 ans ou plus.
- La deuxième partie (Aidants de l'entourage et Aidants professionnels) est passée aux personnes qui reçoivent une aide de l'entourage pour des activités de la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral.

### 4. Cohabitation

Cette partie est posée aux personnes vivant avec au moins une autre personne qui n'est pas son conjoint.

INTRO1

**Nous allons maintenant parler plus précisément des personnes qui vivent avec vous (en dehors de votre conjoint).**

#### BOUCLE

**Les prochaines questions bouclent sur chaque cohabitant [FAPRE] sauf le conjoint, lorsque l'information est manquante**

FATJS

**Avez-vous toujours vécu avec [FAPRE] ?**

1. Oui
2. Non

Si FATJS ≠ 1

FAANC

**Depuis combien de temps (mois ou années) vivez-vous avec [FAPRE] ?**

*S'il y a plusieurs périodes de cohabitation successives, ne compter que la dernière.*

*Vous pouvez renseigner un chiffre après la virgule. Exemple : pour « deux mois et demi », renseigner 2.5.*

|\_\_| |\_\_| , |\_\_| mois ou années  
(0 à 99,0)

FAANC est non renseigné

FAANCUT

**Unité de temps :**

**[FAANC] en...**

1. mois
2. années

FASENS

**Comment avez-vous été amenés à vivre ensemble ?**

1. Vous êtes venu(e) habiter chez [FAPRE]
2. [FAPRE] est venu(e) habiter chez vous
3. Vous avez emménagé ensemble

FARAIS

**Pour quelle(s) raison(s) principale(s) habitez-vous ensemble ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Parce que **[FAPRE] vous aide** en raison de votre handicap, de votre avancée en âge ou de votre état de santé
2. Parce que **vous aidez [FAPRE]** en raison de son handicap, de son avancée en âge ou de son état de santé
3. Parce que [FAPRE] a des difficultés financières ou n'est pas indépendant(e) financièrement
4. Parce que vous avez des difficultés financières ou vous n'êtes pas indépendant(e) financièrement
5. Pour vivre ensemble
6. Pour une autre raison



Si FARAIS=6

FARAUT

De quelle autre raison s'agit-il ?

(200 CARACTERES)

## 2. Famille proche

Nous allons maintenant parler des autres personnes de votre entourage qui sont susceptibles de vous aider au quotidien.

SI PER1E = 2

FAAGEPER

Quel âge a [PRENOMP]?

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

(1 à 120)

FADOMPER

À combien de temps de chez vous habite [PRENOMP]?

*En minutes*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

FAACTIPER

Quelle est actuellement la situation principale de [PRENOMP] vis-à-vis du travail ?

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

SI MER1E = 2

FAAGEMER

Quel âge a [PRENOMM]?

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

(1 à 120)

FADOMMER

À combien de temps de chez vous habite [PRENOMM]?

*En minutes*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

FAACTIMER

Quelle est actuellement la situation principale de [PRENOMM] vis-à-vis du travail ?

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

SI COUPLE = 2

FACOAGE

Quel âge a [FACOPR]?

*La question suivante permet de renseigner l'année de naissance si vous ne savez pas.*

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

(1 à 120)

*Si l'année de naissance est inconnue*

FACONAI

Quelle est l'année de naissance de [FACOPRE] ?

Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable

|\_|\_|\_|\_|année

FADOMCO

À combien de temps de chez vous habite [FACOPR]?

En minutes

Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.

FAACTICO

Quelle est actuellement la situation principale de [FACOPR] vis-à-vis du travail ?

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

SI FAENFC ≠ 0

Si AGE > 15 ET (MER2E = [INDPRE] (NOI = 01) ou PER2E = [INDPRE] (NOI = 01))  
pour au moins une personne du ménage ET Si (FAENFCOU = 1 avec NOI =  
FAENFNOI et FAECJEMP = .)

INTRO2D

Nous allons maintenant parler du conjoint de votre / vos enfant(s) [**Si**

**FAENFNC>0 :** qui habite(nt) avec vous], si ce dernier n'habite pas avec vous.

**BOUCLE**

Les prochaines questions bouclent sur chaque enfant cohabitant

FAECJEMP

Quelle est actuellement la situation principale du conjoint de [FAENFPRE] vis-à-vis du travail ?

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

Si FAENFNC ≠ 0

INTRO2E

Nous allons maintenant parler de votre / vos enfant(s) [**Si FAENFNC>0 :** qui n'habite(nt) pas avec vous].

**Début de BOUCLE**

Les prochaines questions bouclent sur chaque enfant non cohabitant

FAENFAGE

Quel âge a-t-il/elle ?

La question suivante permet de renseigner l'année de naissance si vous ne savez pas.

|\_|\_|\_|\_| ans  
(0 à 120)

FAENFNAI

Quelle est son année de naissance ?

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

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

FADOMENF

**À combien de temps de chez vous habite [FAENFPRE]?**

*En minutes*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

*Si FAENFAGE > 15*

FAENFEMP

**Quelle est actuellement la situation principale de [FAENFPRE] vis-à-vis du travail ?**

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

*Si FAENFCOU = 1*

FAECJEMP

**Quelle est actuellement la situation principale du conjoint de [FAENFPRE] vis-à-vis du travail ?**

1. Occupe un emploi
2. Apprenti(e) sous contrat ou stagiaire rémunéré
3. Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
4. Chômeur (inscrit(e) ou non au Pôle Emploi)
5. Retraité(e) ou retiré(e) des affaires ou en préretraite
6. Femme ou homme au foyer
7. Inactif(ve) pour cause d'invalidité
8. Autre situation d'inactivité

*Si FAFRANC > 0*

INTRO2C

**Nous allons maintenant parler de vos frères et sœurs qui n'habitent pas avec vous.**

**BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque frère et sœur non cohabitant du logement**

FAFSAGE

**Quel âge a [FAFSPRENOM]?**

|\_| ||\_| ans

(1 à 120)

FADOMFS

**À combien de temps de chez vous habite [FAFSPRENOM]?**

*En minutes*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

### 3. Aidants de l'entourage

INTRO31

**Nous allons décrire chacune des personnes de votre entourage qui vous aident.**

**Début de BOUCLE**

**Les prochaines questions bouclent sur chaque aidant de l'entourage sélectionné, si les variables ne sont pas déjà renseignées.**

AHENTSEX

**Quel est le sexe de [AHENTPRE] ?**

1. Masculin

2. Féminin  
NSP/RF non autorisés

AHENTAGE

**Quel âge a [AHENTPRE] ?**

*Si l'âge est inconnu, saisir une valeur vraisemblable*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
(0 à 130 ;)

AHENTFR

**[AHENTPRE] habite-t-il/elle en France métropolitaine ?**

1. Oui
2. Non

INTRO32A

**Vous m'avez indiqué que [AHENTPRE] vous apportait [énumération de toutes les aides déclarées].**

AHEVQ

**Si l'aidant cohabite : En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, est-ce que [AHENTPRE] fait plus qu'avant ou vous apporte régulièrement de l'aide pour une des activités suivantes :**

**Si l'aidant ne cohabite pas : En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, est-ce que [AHENTPRE] vous apporte régulièrement de l'aide pour une des activités suivantes :**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Pour vous laver
2. Pour vous habiller ou vous déshabiller
3. Pour couper votre nourriture ou vous servir à boire
4. Pour manger ou boire, une fois que la nourriture est servie
5. Pour vous coucher ou vous lever de votre lit
6. Pour vous asseoir ou vous lever d'un siège
7. Pour vous servir des toilettes
8. Pour vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage
9. Pour utiliser un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun)
10. Pour trouver votre chemin lorsque vous sortez
11. Pour vous servir d'un téléphone
12. Pour vous servir d'un ordinateur ou d'une tablette numérique ou d'un objet connecté
13. Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances
14. Pour préparer vos repas
15. Pour avoir une alimentation régulière et équilibrée
16. Pour faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile
17. Pour faire les tâches occasionnelles
18. Pour faire les démarches administratives courantes
19. Pour gérer votre argent, votre budget
20. Pour prendre vos médicaments
21. Pour gérer vos rendez-vous médicaux
22. Pour sortir de votre logement
23. Pour faire vos courses
24. Pour vous assurer une surveillance de jour ou une surveillance de nuit (garde)
25. Aucune de ces activités

AHEVQBRI

**Si l'aidant ne cohabite pas : Est-ce qu'il/elle<sup>1</sup> fait des travaux, du bricolage dans votre logement ou entretient votre jardin ?**

**Si l'aidant cohabite : Est-ce qu'il/elle bricole plus qu'avant, fait des travaux plus qu'avant dans votre logement ou entretient plus qu'avant votre jardin ?**

1. Oui
2. Non

AHEVQAUT

**Est-ce qu'il/elle vous aide pour une autre activité de la vie quotidienne ?**

1. Oui
2. Non

---

<sup>1</sup> Paramétrer en fonction de AHENTSEX

Si AHEVQAUT = 1

AHEVQAUP

De quelle(s) autre(s) activité(s) s'agit-il ?

\_\_\_\_\_

(200 CARACTERES)

Si AHENTVQ=1 ET AHENTCOH#1

AHENTSEM

**Quel(s) jour(s) de la semaine [AHENTPRE] vient-il chez vous pour vous aider ?**

*Si la personne répond « tous les jours », vérifier qu'elle ne fait pas référence uniquement aux jours de la semaine et que cela inclut bien le week-end.*

1. Plutôt la semaine
2. Plutôt le week-end
3. A la fois en semaine et le week-end

*Si l'aidant apporte une aide à la vie quotidienne*

AHENTFQ

**En moyenne, à quelle fréquence [AHENTPRE] vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne, en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

1. Plusieurs fois par jour
2. Une fois par jour
3. Plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
4. Une fois par semaine
5. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
6. Une fois par mois
7. Moins d'une fois par mois

AHENTNH

**Si l'aide est quotidienne : En moyenne, combien d'heures [AHENTPRE] vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'une journée ?**

*Il s'agit d'une journée ordinaire et non pas de la journée d'enquête. La journée comprend le matin, l'après-midi, le soir et la nuit. Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

**Si l'aide est hebdomadaire : En moyenne, combien d'heures [AHENTPRE] vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'une semaine ?**

*Exemple : si l'aidant passe le week-end chez le senior, inciter le senior à évaluer le nombre d'heures d'aide.*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

**Si l'aide est moins fréquente : En moyenne, combien d'heures [AHENTPRE] vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'un mois ?**

*Exemple : si l'aidant passe une semaine par mois chez le senior, inciter le senior à évaluer le nombre d'heures d'aide.*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

Nombre décimal allant de 0 à 744 pour la partie entière (heures) et de 0 à 59 pour la partie décimale (minutes)

NSP

REFUS

Si AHENTNH=NSP OU AHENTNH=REFUS

AHENTNTR

**Si l'aide est quotidienne : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps que [AHENTPRE] passe en moyenne pour vous aider au cours d'une journée ?**

*Il s'agit d'une journée ordinaire et non pas de la journée d'enquête. La journée comprend le matin, l'après-midi, le soir et la nuit.*

1. Moins d'une heure par jour
2. De 1 heure à moins de 2 heures par jour
3. De 2 heures à moins de 5 heures par jour
4. De 5 heures à moins de 10 heures par jour
5. 10 heures par jour ou plus

**Si l'aide est hebdomadaire : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps que [AHENTPRE] passe en moyenne pour vous aider au cours d'une semaine ?**

1. Moins de 7 heures par semaine
2. De 7 heures à moins de 14 heures par semaine
3. De 14 heures à moins de 35 heures par semaine
4. De 35 heures à moins de 70 heures par semaine
5. 70 heures par semaine ou plus

**Si l'aide est moins fréquente : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps que [AHENTPRE] passe en moyenne pour vous aider au cours d'un mois ?**

1. Moins de 30 heures par mois
2. De 30 heures à moins de 60 heures par mois
3. De 60 heures à moins de 150 heures par mois
4. De 150 heures à moins de 300 heures par mois
5. 300 heures par mois ou plus

*Si AHENTLIE ≠ 1*

AHENTREM

**Dédommangez-vous financièrement ou rémunérez-vous [aidant de l'entourage i= AHENTPRE] pour l'aide qu'il/elle vous apporte ?**

1. Oui
2. Non

*SI AHENTCOH ≠ 1 ET AHENTREM=1*

AHENTCOU

**En moyenne, combien lui versez-vous, par semaine, mois ou année ?**

|\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| euros  
(1 à 999 000 ; REFUS, NSP)

*Si AHENTCOU ≠ REFUS ET AHENTCOU ≠ NSP*

AHENTCUT

**Unité de temps :**

**[AHENTCOU] euros par :**

1. semaine
2. mois
3. année

*Si AHENTFI = 1 ET AHENTLIE ≠ 1*

**INTRO32B**

**Je vais vous citer plusieurs dépenses. Dites-moi si [AHENTPRE] y participe régulièrement.**

AHENTFD

**Est-ce que [AHENTPRE] participe régulièrement à certaines dépenses : courses alimentaires, factures (eau, gaz, électricité, téléphone), loyer, etc.?**

1. Oui
2. Non

AHENTFP

**Est-ce que, régulièrement, [AHENTPRE] paye directement un ou des aidant(s) professionnel(s) ?**

*Si l'aidant(e) [AHENTPRE] paie un ou des aidants pour [INDPRE] avec son propre argent (et non pas avec celui de [INDPRE]).*

1. Oui
2. Non

AHENTFL

**Est-ce que, régulièrement, [AHENTPRE] vous héberge, vous prête un logement ou vous le loue à faible prix ?**

1. Oui

2. Non

AHENTFA

**Est-ce que [AHENTPRE] vous donne régulièrement de l'argent ?**

*Il s'agit de l'argent de l'aidant [AHENTPRE] (et non pas de celui de [INDPRE]).*

1. Oui
2. Non

AHENTFF

**Est-ce que [AHENTPRE] vous apporte régulièrement une autre aide financière ou matérielle ?**

1. Oui
2. Non

*Si AHENTFF =1*

AHENTFFP

**De quelle autre aide financière ou matérielle s'agit-il ?**

|\_\_\_\_\_|

(200 CARACTERES)

*Si AHENTFD=2 et AHENTFP=2 et AHENTFL=2 et AHENTFA =2 et AHENTFF=2*

AHENTFIB

**Confirmez-vous que [AHENTPRE] ne vous apporte aucune aide financière ou matérielle ?**

1. Oui
2. Non

*Si AHENTSOU ≠ 1*

AHENTSOU\_R

**[AHENTPRE] vous apporte-t-il/elle régulièrement un soutien moral, une présence ou une compagnie, en raison de vos problèmes de santé ou de votre âge ?**

*Le soutien moral peut être une présence continue ou des contacts réguliers (visites, coups de téléphones, courriers).*

*(Plusieurs réponses possibles.)*

1. Oui, par une présence physique
2. Oui, par téléphone ou des appels video
3. Oui, par par SMS, mail, réseaux sociaux pour un autre support écrit
4. Non

AHENTREL

**Actuellement, diriez-vous que votre relation avec [AHENTPRE] est...**

1. Très bonne
2. Bonne
3. Un peu difficile
4. Difficile
5. Très difficile

AHENTANC

**Depuis combien de temps (mois ou années) êtes-vous aidé(e) par une ou des personne(s) de votre entourage (conjoint, famille, amis...), en raison de votre état d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

*Y compris soutien moral ou financier.*

*Vous pouvez renseigner un chiffre après la virgule. Exemple : pour « 6 mois et demi », renseigner 6,5.*

| \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | , | \_\_\_\_ | mois ou années

AHENTAUT

**Unité de temps :[AHENTANC] en :**

1. Mois
2. Années





**L'aidant est-il/elle présent/présente et accepte-t-il/elle de répondre à la suite de l'interrogation de l'individu?**

*L'interrogation de l'individu durera environ 15 minutes supplémentaires et l'enquête de l'aidant durera 20 minutes.*

1. Oui
2. Non

#### **4. Aidants professionnels**

Cette partie est posée si un aidant professionnel a été déclaré.

##### **INTRO34**

**Vous nous avez précédemment indiqué que vous aviez un ou plusieurs aidants professionnels qui vous aidaient en raison de votre état de santé, de votre handicap ou de votre avancée en âge pour [énumération des activités]. Nous appellerons ces personnes des « aidants professionnels ».**

AHPRONB

**Combien avez-vous d'aidants professionnels qui vous aident pour ces activités ?**

|\_|\_|

(1 à 20)

*Début de BOUCLE*

*Les prochaines questions bouclent sur chaque aidant professionnel, jusqu'à 6.*

AHPRO

**Quel est le métier de votre aidant professionnel ?**

1. Infirmier (ère)
2. Aide-soignant(e)
3. Aide à domicile, auxiliaire de vie, garde à domicile
4. Aide ménagère, femme de ménage
5. Autre professionnel

AHSAD

**Ce professionnel vient-il ?**

1. D'un Service de soin infirmier à domicile (SSIAD)
2. D'un service hospitalisation à domicile (HAD)
3. D'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
4. D'une autre structure
5. Vous ne connaissez pas précisément la structure

*Si AHPRO=5*

AHPROQ

**S'agit-il d'un professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste...)?**

1. Oui
2. Non

*Si (AHPRO=5 ET AHPROQ=2) OU (AHPRO≠5)*

AHPVQ

**Pour quelles activités vous aide-t-il régulièrement, en raison de vos problèmes de santé ou de votre âge ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 30**

01. Pour vous laver ou vous habiller
02. Pour manger ou boire
03. Pour faire le ménage, la vaisselle ou la lessive
04. Pour préparer les repas
05. Pour faire des travaux, du bricolage dans votre logement ou entretenir votre jardin
06. Pour gérer votre budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives
07. Pour vous accompagner faire les courses ou les faire à votre place
08. Pour prendre rendez-vous chez le médecin, vous accompagner chez le médecin, acheter vos médicaments ou vous aider à les prendre
09. Pour vous assurer une garde le jour ou la nuit
10. Pour vous déplacer dans votre logement, vous lever ou aller aux toilettes

11. Pour sortir de votre logement
12. Pour aucune activité

AHPVQAUT

**Est-ce qu'il/elle vous aide pour une autre activité de la vie quotidienne ?**

1. Oui
2. Non

*Si AHPVQAUT = 1*

AHPROAUT

**De quelle autre activité s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_ |  
(200 CARACTERES)

AHPROFQ

**En moyenne, à quelle fréquence vient-il/elle chez vous pour vous aider ?**

1. Plusieurs fois par jour
2. Une fois par jour
3. Plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
4. Une fois par semaine
5. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)
6. Une fois par mois
7. Moins d'une fois par mois

AHPRONH

**Si l'aide est quotidienne : En moyenne, combien d'heures vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'une journée ?**

*Il s'agit d'une journée ordinaire et non pas de la journée d'enquête. La journée comprend le matin, l'après-midi, le soir et la nuit.*

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

**Si l'aide est hebdomadaire : En moyenne, combien d'heures vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'une semaine ?**

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

**Si l'aide est moins fréquente : En moyenne, combien d'heures vous aide-t-il/elle pour les activités de la vie quotidienne au cours d'un mois ?**

*Exemple de saisie : 1.30 pour 1h30, 0.05 pour 5 minutes.*

Nombre décimal allant de 0 à 744 pour la partie entière (heures) et de 0 à 59 pour la partie décimale (minutes)

*Si AHPRONH=NSP OU AHPRONH=REFUS*

AHPROHTR

**Si l'aide est quotidienne : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps qu'il/elle passe en moyenne pour vous aider au cours d'une journée ?**

1. Moins d'une heure par jour
2. De 1 heure à moins de 2 heures par jour
3. De 2 heures à moins de 5 heures par jour
4. De 5 heures à moins de 10 heures par jour
5. 10 heures par jour ou plus

**Si l'aide est hebdomadaire : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps qu'il/elle passe en moyenne pour vous aider au cours d'une semaine ?**

1. Moins de 7 heures par semaine
2. De 7 heures à moins de 14 heures par semaine
3. De 14 heures à moins de 35 heures par semaine
4. De 35 heures à moins de 70 heures par semaine
5. 70 heures par semaine ou plus

**Si l'aide est moins fréquente : S'il vous est impossible de donner un nombre d'heures précis, à combien environ estimez-vous le temps qu'il/elle passe en moyenne pour vous aider au cours d'un mois ?**

1. Moins de 30 heures par mois
2. De 30 heures à moins de 60 heures par mois
3. De 60 heures à moins de 150 heures par mois

4. De 150 heures à moins de 300 heures par mois
5. 300 heures par mois ou plus

AHPROEMP

**Est-il/elle payé(e) directement par vous ou quelqu'un de votre entourage ?**

*Si la personne paie directement le salaire de l'aidant, cet emploi est dit « direct ». Si non, l'aidant est salarié d'une structure d'aide ou de la mairie (prestataire ou mandataire) et ce sont ces structures qui envoient les factures.*

1. Oui
2. Non

Si AHPROEMP=2

AHPRONOM

**À quelle structure d'aide payez-vous les factures ?**

\_\_\_\_\_

AHPROANC

**Depuis combien de temps (mois ou années) êtes-vous aidé(e) par un ou des aidant(s) professionnel(s) en raison d'un problème santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

*Vous pouvez renseigner un chiffre après la virgule. Exemple : pour « 6 mois et demi », renseigner 6,5.*

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | , | \_\_\_\_\_ | mois ou année(s)  
(0 à 90,0 ; REFUS, NSP)

Si AHPROANC≠REFUS ET AHPROANC≠NSP

AHPRANUT

**Unité de temps :**

**[AHPROANC] en :**

1. mois
2. années

Si AHPROANC=REFUS OU AHPROANC=NSP

AHPRANTR

**S'il vous est impossible de donner un nombre d'années précis, pouvez-vous estimer depuis combien de temps environ vous êtes aidé(e) par une personne de votre entourage ?**

1. Depuis moins d'un an
2. Depuis un an ou plus et moins de 5 ans
3. Depuis 5 ans ou plus

AHREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

AHREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRES

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Instruction : Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

|\_\_\_\_\_|  
(50 CARACTERES NSP/RF non autorisés)

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Instruction : Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année

(1900 à AENQ)

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Instruction : attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## ENFANTS ET SCOLARITÉ

Ce module est posé aux personnes de 3 ans ou plus.

### INTRO36

Nous allons à présent vous poser quelques questions sur votre scolarité.

Si AGE>=3 et AGE<=30

SCETUDES

**Fréquentez-vous un établissement d'enseignement (y compris enseignement à domicile, cours par correspondance, apprentissage, établissement spécialisé : Institut médico éducatif - IME, Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques - ITEP, etc.) ?**

*Dans le cas d'une formation non formelle, cocher « non ».*

*Dans le cas d'un jeune qui est inscrit dans un établissement mais n'y va plus (« décrocheur »), cocher « non ».*

*Si le jeune est en IME ou ITEP sans scolarisation, cocher « non ».*

1. Oui
2. Non

Si AGE>=3 et AGE<=17 et SCETUDES=2

SCNSCOL

**Pourquoi n'êtes-vous pas scolarisé(e) ?**

*(Plusieurs réponses possibles.)*

1. Études terminées
2. Attente d'une place disponible (ULIS, IME, etc.) ou d'un AESH
3. Arrêt de la scolarisation à l'initiative de l'établissement
4. Arrêt de la scolarisation à mon initiative ou celle de mes parents
5. En établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, EEAP, ...) sans intervention d'un enseignant
6. Inscrit(e) dans un établissement scolaire, mais n'y va plus depuis au moins deux mois
7. Autres (déménagement, ...)

Si SCETUDES=1

SCCLASS

**Quel type de classe ou d'établissement fréquentez-vous ?**

*Un établissement sanitaire est un hôpital ou un centre de rééducation.*

*(Plusieurs réponses possibles.)*

#### → carte 31

1. Une classe ordinaire d'une école, d'un collège, d'un lycée, d'une université, d'un établissement de l'enseignement supérieur ou d'un CFA
2. Une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) d'une école, d'un collège ou d'un lycée
3. Une section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) ou un établissement régional d'enseignement adapté (EREA)
4. Une unité d'enseignement dans un établissement médico-social (ou un établissement sanitaire, ou CFA spécialisé)
5. Une unité d'enseignement externalisée dans un établissement scolaire (UEE, UEMA, UEEA)
6. Enseignement à domicile, enseignement par correspondance (CNED)

Si SCLASS = 2 ou SCLASS = 3 ou SCLASS = 4 ou SCLASS = 5

SCJSCOLETAB

**Au total, combien de demi-journées d'enseignement avez-vous dans ce ou ces établissements par semaine [SI SCLASS = 1 : , en-dehors de la classe ordinaire] ?**

*Nombre de 1 à 11.*

|\_\_| |\_\_| demi journée

Si SCCLASS=1

SCJSCOLOR

**Au total, combien de demi-journées d'enseignement avez-vous dans une classe ordinaire par semaine ?**

*Nombre de 1 à 11.*

|\_\_| |\_\_| demi journée

Si SCCLASS=1 ou SCCLASS=2 ou SCCLASS=3 ou SCCLASS=5

SCNIVEC

**Dans quelle classe êtes-vous ?**

→ **carte 32**

1. Une classe en école maternelle (y compris les ULIS, UEE, UEMA)
2. Une classe en école élémentaire (du cours préparatoire (CP) au cours moyen 2ème année (CM2), y compris les ULIS, y compris apprentissage du français – UPE2A, UEE, UEEA)
3. Une classe en collège (y compris SEGPA, ULIS, UEE, UPE2A)
4. Une classe en lycée général et technologique (y compris ULIS, UEE)
5. Une classe en lycée d'enseignement professionnel (CAP et bac professionnel, y compris ULIS, UEE, UPE2A)
6. Une classe en Centre de Formation d'Apprentis (CFA)
7. Une classe en enseignement supérieur (classe préparatoire, BTS, université, grandes écoles etc.)

*Si l'enfant est uniquement en unité d'enseignement dans un établissement médico-social ou uniquement en enseignement à domicile*

SCNIVECBIS

**Quel est le niveau de l'enseignement reçu ?**

1. Un niveau maternelle
2. Un niveau élémentaire
3. Un niveau collège
4. Un niveau lycée
5. Un niveau enseignement supérieur (classe préparatoire, BTS, université, grandes écoles etc.)

Si SCCLASS=1 ou SCCLASS=2 ou SCCLASS=3 ou SCCLASS=4 ou SCCLASS=5

SCPENS

**Dans cette école et/ou établissement, êtes-vous ?**

1. Interne
2. Demi-pensionnaire
3. Externe
4. Cela dépend des jours

Si SCPENS=4

SCPENSPRECIS

**Êtes-vous parfois interne dans cette école et/ou établissement ?**

1. Oui
2. Non

Si (SCCLASS=1 ou SCCLASS=3 ou SCCLASS=6 ou SCCLASS=NSP) et SCCLASS≠2 et SCCLASS≠4 et SCCLASS≠5

SCBESOINSCOL

**En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, avez-vous des besoins particuliers pour votre scolarisation ?**

1. Oui
2. Non

Si (SCBESOINSCOL=1 et SCCLASS ≠ 6) ou SCCLASS=2 ou SCCLASS=5

SCMATSPA

**En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous pour votre scolarité d'une aide humaine de type AESH (ex-AVS) ?**

*Il s'agit d'une aide humaine individuelle ou mutualisée. Les AVS/AESH collectives (par exemple en ULIS) ne doivent pas être comptabilisées ici.*

*AVS : Assistant de vie scolaire*

*AESH : Accompagnant des élèves en situation de handicap*

1. Oui
2. Non, en attente de l'AESH après notification MDPH
3. Non, en attente de la notification MDPH
4. Non, refus de la MDPH
5. Non, vous en auriez besoin mais vous n'avez pas fait la demande
6. Non, vous n'en avez pas besoin

Si SCETUDES=1

SCACCREG

**En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous d'un accompagnement spécifique régulier, en hôpital de jour ou en soins de ville (psychiatre, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute...)?**

1. Oui
2. Non

Si SCBESOINSCOL=1 ou SCCLASS=2 ou SCCLASS=4 ou SCCLASS=5

SCMATSPB

**En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous, pour votre scolarité de matériel pédagogique adapté?**

*Exemples de matériel pédagogique adapté : ordinateur portable, logiciel spécifique, machine braille.*

1. Oui
2. Non, mais la demande est faite ou en cours de réalisation
3. Non, la demande a été refusée
4. Non, vous en auriez besoin mais vous n'en avez pas fait la demande
5. Non, vous n'en avez pas besoin

Si SCCLASS=1 ou SCCLASS=2 ou SCCLASS=3 ou SCCLASS=4 ou SCCLASS=5

SCTRANSP

**Bénéficiez-vous d'une prise en charge pour les trajets quotidiens ?**

1. Oui
2. Non, mais la demande est en cours
3. Non

SCDITSCO

**Comment qualifieriez-vous le temps de trajet entre le domicile et l'établissement principal de scolarisation ?**

1. Identique à celui des autres enfants du quartier ou du village
2. Un peu plus long que celui des autres enfants du quartier ou du village
3. Beaucoup plus long que celui des autres enfants du quartier ou du village

Si AGE >= 15

SCDIPLOM

**À ce jour, quel est le plus haut diplôme que vous possédez ?**

1. Certificat d'études primaires (CEP)
2. BEPC, diplôme national du Brevet
3. CAP ou CAP agricole, mention complémentaire au CAP
4. BEP ou BEP agricole, mention complémentaire au BEP
5. Autre diplôme ou titre professionnel de niveau CAP
6. Baccalauréat général (L, ES, S, A, B, C, D, E, philo., math-élem., sciences-ex.) ou brevet supérieur
7. Baccalauréat technologique (F, G, H, STT, STG, STI, SMS, ST2S, STI2D, STAE, STAV, etc.)
8. Baccalauréat professionnel y compris agricole
9. Autre diplôme ou titre professionnel de niveau baccalauréat (BP, BT, etc.)
10. Capacité en droit, DAEU, ESEU
11. DEUG, PCEM, DUEL, DUES, certificat d'aptitude pédagogique
12. BTS, DUT, DEUST
13. Autre diplôme ou titre professionnel de niveau bac+2
14. Licence, licence professionnelle
15. Autre diplôme ou titre professionnel de niveau bac+3/4
16. Diplôme d'une grande école de niveau bac+5 (ingénieur, commerce, etc.)
17. DEA, DESS, master (y c. professionnel et recherche)
18. Autre diplôme de niveau bac+5
19. Doctorat médecine, pharmacie, dentaire
20. Doctorat hors professions de santé
21. Aucun diplôme

Si AGE >= 3

SCINTER

**En raison d'un handicap ou de problèmes de santé, votre scolarité ou vos études ont-elles été interrompues ?**

1. Oui, de façon définitive
2. Oui, pendant au moins trois mois consécutifs

3. Non

Si AGE >= 8

SCLIRE

**Savez-vous lire ?**

*En français ou dans une autre langue, ou en braille.*

1. Oui, couramment
2. Oui, avec des difficultés
3. Non

Si SCLIRE ≠ 3

SCECRIRE

**Savez-vous écrire ?**

*En français ou dans une autre langue, y compris à l'aide d'un ordinateur.*

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec des difficultés
3. Non

Si AGE > 30 ou SCNSCOL = 1 ou SCNIVEC = 4 ou SCNIVEC = 5 ou SCNIVEC = 6 ou SCNIVEC = 7 ou

SCNIVECBIS = 4 ou SCNIVECBIS = 5

SCEXAM

**Lors des examens et concours, avez-vous bénéficié d'un aménagement ou d'une adaptation des épreuves ?**

*Un aménagement d'examen peut consister en la mise à disposition d'une aide humaine ou technique, un temps majoré pour les épreuves, des temps de pause, la conservation pendant 5 ans d'une note obtenue à une épreuve, l'étalement sur plusieurs sessions consécutives du passage à des épreuves.*

*Une adaptation d'épreuve peut être proposée selon le type d'examen. Elle peut consister en une dispense d'épreuve*

0. Vous n'avez jamais passé d'examen ou concours
1. Oui, tous les aménagements ou adaptations nécessaires
2. Oui, mais seulement une partie des aménagements ou adaptations nécessaires
3. Non, mais vous en auriez eu besoin
4. Non, vous n'en aviez pas besoin

SCREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

SCREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

NSP/RF non autorisés



RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

*Si ABREPOND = 1*

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## EMPLOI

Ce module est posé aux personnes de 15 ans ou plus.

### INTRO37

**Nous allons maintenant parler de votre situation vis-à-vis de l'emploi.**

*Si TRAVAIL = 2 et SITUA ≠ 1 et SITUA ≠ 2 et AGE < 70*

ERECHEMPLOI

**Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous cherché un emploi ?**

1. Oui
2. Non

*Si (TRAVAIL = 2 et SITUA ≠ 1 et SITUA ≠ 2 et ERECHEMPLOI = 2)*

*ET [ACTIVANTE = 2 ou (SITUA ≠ 5 et ERECHEMPLOI = 2 et ACTIVANTE = 1)]*

*Si 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

ESOUHA

**Souhaiteriez-vous travailler ?**

1. Oui, et vous avez déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard
2. Oui, vous souhaiteriez travailler
3. Non, car vous êtes inapte au travail pour raisons de santé ou de handicap
4. Non, car vous n'avez pas terminé vos études
5. Non, vous ne souhaitez pas travailler pour d'autres raisons

*Si ESOUHA = 2, 3 ou 5*

**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 :**

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

EAVFIN

**Les avantages financiers d'un emploi vous semblent insuffisants.**

1. Oui
2. Non

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(e).**

1. Oui
2. Non

EHIMP

**Vous considérez que vous avez un handicap ou des problèmes de santé trop importants lourds pour trouver un emploi.**

1. Oui
2. Non

## 1. Personnes en emploi

Cette partie est posée aux personnes en emploi.

EAMPLAD

**Travaillez-vous en tant qu'usager ou travailleur handicapé dans un établissement et service d'aide par le travail ou dans une entreprise adaptée ?**

1. Oui, dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
2. Oui, dans une entreprise adaptée
3. Non

*Si TEMPTRAV =2*

EATTAUX

**Vous avez indiqué travailler à temps partiel. 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%

EATTHER

**Est-ce un temps partiel thérapeutique ?**

1. Oui
2. Non

*Si EATTHER=2*

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

EATRDAV

**Souhaitez-vous travailler davantage, avec une hausse de revenu correspondante ?**

1. Oui
2. Non

EATROU

**Comment avez-vous trouvé votre emploi ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. En répondant à une offre d'emploi (y compris sur Internet)
2. Par des relations familiales, personnelles ou professionnelles
3. Par le réseau des Cap emploi
4. Par Pôle emploi ou un autre organisme public (Apec, mission locale...)
5. Par une agence d'intérim ou un cabinet de recrutement
6. Par votre école ou votre université
7. Vous aviez déjà travaillé pour cet employeur (y compris lors d'un stage)
8. Vous avez été contacté(e) directement par l'employeur ou par un cabinet de recrutement
9. Vous avez contacté directement l'employeur (candidature spontanée)
10. Par un examen ou un concours
11. Par un autre moyen

EABS

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent(e) du travail en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?**

*Une grossesse n'est pas un problème de santé.*

1. Oui
2. Non

EACHENT

**Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous dû, en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, changer d'entreprise?**

1. Oui, une fois
2. Oui, plusieurs fois
3. Non

EACHPRO

**Depuis votre entrée dans la vie active, avez-vous dû, en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, changer de profession ?**

1. Oui, une fois
2. Oui, plusieurs fois
3. Non

EALIMIN

**En raison d'un handicap ou d'un 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

*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

EAFINA

**Votre emploi a-t-il bénéficié d'un financement de l'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. Vous ne connaissez pas l'AGEFIPH ni le FIPHFP
2. Oui de l'AGEFIPH
3. Oui, du FIPHFP
4. Non, mais vous en auriez eu besoin
5. Non, vous n'en avez pas eu besoin

*Si EAFINA= 1, 4 ou 5*

EAMEN

**En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, bénéficiez-vous d'un aménagement, d'une adaptation de vos conditions de travail ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

*Si EAFINA= 2, 3 ou 4 ou si EAMEN= 1 ou 2*

EAMENAA

**Bénéficiez-vous dans le cadre de votre emploi d'un transport domicile/travail ou d'un stationnement spécial ou gratuit ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAB

**Bénéficiez-vous d'aménagements de l'accès à votre poste de travail (rampe d'accès...)?**

1. Oui

2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAC

**Bénéficiez-vous de matériel spécial ou de l'adaptation de votre poste de travail ?**

*On parle ici des équipements matériels. Les équipements immatériels comme les logiciels sont questionnés ensuite.*

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAD

**Bénéficiez-vous de logiciels ou d'outils numériques adaptés ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAE

**Bénéficiez-vous de l'aide d'une personne, sa prestation ou son emploi étant pris en charge par l'entreprise ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAF

**Bénéficiez-vous d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées, différentes ou allégées) ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAG

**Bénéficiez-vous d'horaires ou d'un calendrier adaptés ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAH

**Avez-vous bénéficié d'un changement de poste ?**

*On entend ici les changements de postes souhaités par l'enquête.*

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAI

**Bénéficiez-vous d'autres aménagements ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAJ

**Bénéficiez-vous du soutien et de la compréhension de la part des collègues et de votre supérieur ?**

1. Oui, de tous
2. Oui, d'une partie d'entre eux
3. Non, mais vous en auriez besoin
4. Non, vous n'en avez pas besoin

EAMENAK

**Vos collègues et votre supérieur ont-ils suivi une formation de sensibilisation spécifiquement dédiée à votre handicap ?**

1. Oui, tous
2. Oui, une partie d'entre eux
3. Non, mais cela serait utile
4. Non, il n'y en a pas besoin

5. Ne sait pas

EAMENAL

**Avez-vous bénéficié d'une formation professionnelle spécifique ?**

1. Oui
2. Non, mais vous en auriez besoin
3. Non, vous n'en avez pas besoin

*Si SATUT= 1, 2, 3, 4 ou 6*

EANBSAL

**Combien y a-t-il environ de salariés dans l'entreprise dans laquelle vous travaillez ?**

1. Aucun salarié
2. 1 à 9 salariés
3. 10 à 19 salariés
4. 20 à 49 salariés
5. 50 à 249 salariés
6. 250 à 499 salariés
7. 500 salariés ou plus

EAMENAM

**Actuellement, pratiquez-vous le télétravail ?**

*Le télétravail consiste à travailler hors des locaux de son employeur, pendant ses horaires habituels de travail. Il suppose de pouvoir se connecter au système informatique de son établissement. Le télétravail est formalisé par écrit avec l'employeur. Rapporter du travail à la maison, travailler lors de déplacements professionnels, chez un client ou de façon mobile (pendant les trajets, entre les réunions) ou encore travailler sur site distant n'est pas du télétravail.*

1. Non, et vous ne le souhaitez pas
2. Non, mais vous souhaiteriez en faire
3. Oui, quelques jours ou demi-journées par mois
4. Oui, un jour par semaine
5. Oui, deux jours par semaine
6. Oui, trois jours ou plus par semaine
7. Sans objet, votre travail ne peut pas être réalisé à distance

*Si EAMENI= 3 ou 4 ou 5 ou 6*

EAMENIJ

**Avez-vous eu l'autorisation de télétravailler en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ?**

1. Oui
2. Non

EASTAG

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi un stage ou une formation professionnelle ?**

1. Oui
2. Non

*Si EASTAG= 1*

EAFINFOR

**Cette formation a-t-elle été financée par l'AGEFIPH ou le FIPHFP ?**

*Y compris les frais d'inscription, les frais pédagogiques, les frais de transport et d'hébergement occasionnés par la formation.*

1. Oui
2. Non

EANFORRAI

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à suivre une formation en raison d'un handicap ou d'un problème de santé ?**

1. Oui
2. Non

## 2. Personnes en recherche d'emploi

Cette partie est posée aux personnes en recherche d'emploi ou souhaitant un emploi.

EBCIRC

**À la suite de quelles circonstances vous retrouvez-vous sans emploi actuellement ?**

0. Vous n'avez jamais travaillé
1. Fin d'emploi à durée limitée
2. Démission
3. Rupture du contrat pour maladie, invalidité ou inaptitude
4. Licenciement économique
5. Autre licenciement
6. Rupture conventionnelle du contrat de travail
7. Fin de la période d'essai (à votre initiative ou à celle de votre employeur)
8. Cession d'activité
9. Faillite, dépôt de bilan
10. Prêretraite, retraite (ou retiré des affaires)
11. Autre situation

*Si la personne n'a pas eu une rupture de contrat pour maladie, invalidité ou inaptitude*

EBFIN

**Cette perte d'emploi ou cessation d'activité est-elle liée à un handicap ou un problème de santé ?**

1. Oui
2. Non

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

EBMREC

**Au cours des 4 dernières semaines, quelles démarches avez-vous faites pour trouver un emploi ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Contact avec Pôle emploi, Cap emploi ou un autre organisme public (Apec, mission locale, etc.)
2. Contact avec une agence d'intérim ou un cabinet de recrutement
3. Réponse à une offre d'emploi (y compris sur internet)
4. Contact direct avec l'employeur (candidature spontanée)
5. Entretien d'embauche (physique ou à distance)
6. Consultation d'offres d'emploi (y compris sur internet)
7. Autre démarche

## 3. Personnes sans emploi

Cette partie est posée aux personnes sans emploi.

EBLIMIN

**En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, êtes-vous limité(e) dans la nature ou la quantité de travail que vous pouvez fournir ?**

1. Oui, un peu
2. Oui, beaucoup
3. Non, pas du tout

*Si EBLIMIN = 1 ou 2*

EBSITUA

**Lorsque cette limitation est apparue vous étiez...**

1. ...en emploi
2. ...en formation (y compris formation initiale)
3. ...au chômage
4. ...dans une autre situation

EBAMEN

**En raison d'un problème de santé ou d'un handicap, 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

*Si EBAMEN = 1*

EBAMENAA

**Auriez-vous besoin d'un transport domicile/travail ou d'un stationnement spécial ou gratuit ?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAB

**Auriez-vous besoin d'aménagements de l'accès à votre poste de travail (rampe d'accès, ascenseur, etc.)?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAC

**Auriez-vous besoin de matériel spécial ou de l'adaptation du poste de travail ?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAD

**Auriez-vous besoin de logiciel ou d'outils numériques adaptés ?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAE

**Auriez-vous besoin de l'aide d'une personne, sa prestation ou son emploi étant pris en charge par l'entreprise ?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAG

**Auriez-vous besoin d'horaires ou d'un calendrier adaptés?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAI

**Auriez-vous besoin d'autres aménagements ?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAL

**Auriez-vous besoin d'une formation professionnelle spécifique?**

1. Oui
2. Non

EBAMENAM

**Auriez-vous besoin de la possibilité de télétravailler?**

1. Oui
2. Non





9. Faillite, dépôt de bilan
10. Prêretraite, retraite (ou retiré des affaires)
11. Autre situation
12. Ne sait pas

*Si EBCIRC = 1, 2 ou si EBCIRC = 4 à 11*  
ECFIN

**Cette perte d'emploi ou cessation d'activité est-elle liée à un handicap ou un problème de santé?**

1. Oui
2. Non

EMREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

EMREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

*(50 CARACTERES, NSP/RF non autorisés)*

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

*NSP/RF non autorisés*

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

\_|\_|\_|\_|année

*(1900 à AENQ)*

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]

2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]

3. Le père / la mère de [INDPRE]

4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]

5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]

6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]

7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

# LOISIRS

## INTRO39

Je vais à présent vous poser quelques questions sur vos activités physiques ou sportives.

### LOAPS

**Au cours des douze derniers mois, avez-vous pratiqué, même occasionnellement, y compris pendant vos vacances, des activités physiques ou sportives (y compris dans le cadre des activités scolaires ou universitaires obligatoires, EPS) ?**

1. Oui
2. Non

*Si LOAPS= 2 ou LOAPS= RF ou LOAPS= NSP*

### LOAPSBIS

**Afin d'être sûr que vous n'avez rien oublié, je vais vous montrer une liste d'activités physiques ou sportives. En avez-vous pratiqué au cours des douze derniers mois ?**

*Les activités citées peuvent aussi s'entendre dans leurs déclinaisons adaptées aux handicaps. Les activités sont classées par grande catégorie puis par ordre alphabétique*

→ **carte 33**

*(plusieurs réponses possibles)*

#### **0. Éducation physique et sportive (EPS), multisport**

000. Éducation physique et sportive (EPS), multisport (Dans le cadre scolaire ou péri-scolaire, UFOLEP, centres aérés, écoles du sport, etc.)

##### **1. Marche, balade, course et athlétisme**

101. Athlétisme (sauts, lancers, etc.), activités combinées ou enchaînées (triathlon, heptathlon, etc.)
102. Course à pied (y compris footing, jogging, running, hors tapis de course)
103. Course en fauteuil
104. Marche, balade (ressenti comme un effort physique, y compris pour aller au travail ou à l'école)
105. Randonnée pédestre, randonnée en montagne, trekking, trek

##### **2. Activité de la forme et de la gymnastique (y compris rééducation), danse**

201. Aquagym, aquabike
202. Danse
203. Fitness, aerobic, gymtonic, zumba, gym suédoise.
204. Gymnastique d'entretien (y compris kiné, rééducation, motomed)
205. Musculation, cardio (vélo d'appartement, tapis de course, vélo elliptique, etc.), haltérophilie
206. Parcours d'habileté motrice
207. Relaxation, méditation, sophrologie
208. Simulateur d'activités physiques ou sportives sur console, application ou réalité virtuelle
209. Yoga, pilâtes

##### **3. Activités ou sports d'équipe, sports collectifs**

301. Basket-ball
302. Football
303. Handball
304. Rugby (y compris à 13)
305. Volley-ball

##### **4. Activités ou Sports de cycle ou à roulette, sports motorisés**

401. Planche à roulettes, skateboard
402. Roller, patinage à roulettes
403. Sports motorisés (sports automobiles ou motocyclistes, y compris quad, motocross, trial, kart)
404. Trotinette non électrique (y compris pour aller au travail ou à l'école)
405. Vélo, cyclisme (y compris pour aller au travail ou à l'école, hors vélo d'appartement)
406. Vélo-cross, bicross, VTT

##### **5. Activités ou sports aquatiques et nautiques**

501. Baignade
502. Canoë-kayak
503. Natation, nage
504. Plongée sous-marine. Plongée avec palmes, masque et tuba (snorkeling)

##### **6. Arts martiaux et sports de combat**

601. Arts martiaux (Judo, karaté, aikido...)
602. Sports de combat (boxe, lutte, escrime)

##### **7. Sports de raquette ou de boules**

701. Badminton
702. Boules (pétanque, boules lyonnaises, boccia...)
703. Ping-pong

704. Tennis

### **8. Activités ou sports de glisse, sports d'hiver, de montagne**

801. Luge

802. Patinage sur glace

803. Ski alpin (y compris surf des neiges, snowboard)

804. Ski de fond

### **9. Autres activités physiques ou sportives**

901. Accrobranche, via ferrata ou autre parcours en hauteur

902. Activités équestres (équitation, balade à cheval ou poney, attelage, etc.)

903. Escalade

904. Pêche

905. Autre activité physique ou sportive

997. Aucune activité physique ou sportive

Si LOAPS= 1

LOAPSQ

### **Quelles sont ces activités physiques ou sportives ?**

*Les activités citées peuvent aussi s'entendre dans leurs déclinaisons adaptées aux handicaps. Les activités sont classées par grande catégorie puis par ordre alphabétique*

### **→ carte 33**

*(plusieurs réponses possibles)*

LOAPSFREQ

**Toutes activités physiques ou sportives confondues (y compris l'EPS), diriez-vous qu'en moyenne, vous les avez pratiquées, au cours des douze derniers mois :**

1. Moins d'une fois par mois
2. Une à trois fois par mois
3. Une fois par semaine
4. 2 à 3 fois par semaine
5. Plus de 3 fois par semaine

*Si au moins deux modalités cochées à LOAPSBIS (hors 997) ou au moins deux modalités cochées à LOAPSQ*

LOAPSPRINC

### **Parmi elles, quelle est celle que vous pratiquez le plus ?**

Les modalités cochées s'affichent

*Si deux activités sont pratiquées aussi souvent l'une que l'autre, choisir l'activité favorite.*

**INTRO40**

**Nous allons à présent parler de votre activité la plus fréquente.**

## **1. Activités pratiquées**

Cette partie est posée si au moins une activité physique a été déclarée

LOAPSCADR

### **Dans quel cadre la pratiquez-vous le plus souvent ?**

*Dans la modalité 1, il s'agit des activités sportives obligatoires pratiquées sur le temps scolaire (exemple : cours d'EPS au collège, lycée...).*

*Dans la modalité 2 il peut s'agir d'activités sportives pratiquées dans un cadre scolaire mais au libre choix des pratiquants et sur leur temps libre (activité extrascolaire).*

1. Dans le cadre des activités scolaires ou universitaires obligatoires
2. Dans une association ou un club, y compris dans le cadre du travail ou dans le cadre scolaire ou universitaire
3. Dans une entreprise privée (salle de sport, etc.)
4. Chez un kiné, à l'hôpital ou dans une clinique (rééducation, etc.)
5. Au sein d'une autre structure (maison de sport santé, établissement divers, etc.)
6. En-dehors de toute structure

Si LOAPSCADR= 2

LOAPSASSO

### **Quel est le type ou la nature de l'association ou du club ?**

1. Scolaire ou universitaire
2. Association d'entreprise
3. Association dédiée aux sports pour les personnes en situation de handicap
4. Autre association
5. Autre club sportif

Si RSLIMI=1 ou 2 ou RESTRIC=1

LOAPSBESACC

**En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, avez-vous besoin d'être accompagné(e) lors de la pratique de cette activité physique ou sportive ?**

*Ne pas prendre en compte les parents qui accompagnent leurs enfants sur le lieu de la pratique sportive, sauf s'ils l'accompagnent pour une raison de santé ou d'un handicap.*

1. Oui
2. Non

Si RSLIMI=1 ou 2 ou RESTRIC=1

LOAPSBESAT

**En raison d'un problème de santé d'un handicap ou de votre avancée en âge utilisez-vous une aide technique/un matériel spécifique adapté à votre handicap pour pratiquer votre activité physique ou sportive ?**

1. Oui
2. Non

LOAPSAVEC

**Avec qui pratiquez-vous cette activité ?**

*(Plusieurs choix possibles)*

1. Seul(e)
2. Avec des personnes n'étant pas en situation de handicap
3. Avec des personnes en situation de handicap

## 2. Absence de pratique physique ou sportive

Cette partie est posée si aucune activité physique n'est déclarée, ou si sa fréquence est moins que mensuelle.

LOAPSNRAIS

**Pour quelle(s) raison(s) principale(s) ne pratiquez-vous pas ou peu d'activité physique ou sportive ?**

*Ne permettre de coder que trois raisons*

*3 réponses possibles.*

**→ carte 35**

1. Vous n'aimez pas le sport ou préférez d'autres activités
2. En raison de contraintes professionnelles, scolaires ou familiales
3. Cela coûte trop cher
4. Pour des raisons de santé, à cause d'un handicap ou de votre avancée en âge
5. Par manque d'offres de proximité (équipements, clubs) ou d'activités adaptées à votre niveau
6. Vous n'êtes pas à l'aise avec votre corps
7. Autre

Si LOAPSNRAIS= 4

LOAPSNBES

**Quels seraient alors vos principaux besoins pour pouvoir pratiquer une activité physique ou sportive ?**

*Ne permettre de coder que trois raisons*

*3 réponses possibles.*

1. Besoin de professionnels formés pour vous encadrer dans une activité physique ou sportive
2. Rendre plus accessibles les locaux ou les établissements dans lesquels se pratique une activité
3. Disposer d'équipements et de matériels adaptés pour la pratique d'une activité
4. Disposer d'un moyen de transport pour vous rendre sur les lieux de l'activité
5. Être mieux informé des structures proposant des activités physiques ou sportives adaptées
6. Autre besoin

## 3. Autres loisirs

INTRO41

**Nous allons maintenant parler de vos autres loisirs.**

LOARTIS

**Au cours des douze derniers mois, dans le cadre de vos loisirs, avez-vous pratiqué une activité artistique (faire de la musique, de la peinture, du théâtre, du dessin, de la photo, etc.) ?**

*Que ce soit dans le cadre ou non d'une association.*

1. Oui
2. Non

*Si LOARTIS = 1*

LOARTISFREQ

**Était-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

LOLECT

**Au cours des douze derniers mois, avez-vous lu des livres, des bandes dessinées (en dehors des obligations professionnelles ou scolaires) ?**

*Y compris livres lus aux enfants (pour un enfant ou un adulte)*

*Y compris livres lus en braille ou audio livre*

1. Oui
2. Non

*Si LOLECT= 1*

LOLECTFREQ

**Combien de livres environ dans l'année ?**

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)

LOCINE

**Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait une sortie de loisirs culturels, sportifs ou artistiques (cinéma, théâtre, concert, spectacle, musée, exposition, événement sportif) ?**

1. Oui
2. Non

*Si LOCINE= 1*

LOCINEFREQ

**Combien de fois environ dans l'année ?**

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)

LOASSOC

**Participez-vous à l'une des activités suivantes?**

*Une seule réponse possible. Si la personne est adhérente de plusieurs organismes, indiquer sa plus haute responsabilité. → **carte 36***

*(plusieurs réponses possibles)*

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. Syndicat, parti ou groupement politique
8. Autres associations
9. Aucune de ces activités

*Si LOASSOC = 1*

LO1ASSOC

**Dans cette association artistique, culturelle ou musicale, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

1. Simple adhérent
2. Participant actif
3. Autre

*Si LOASSOC = 2*

LO2ASSOC

**Dans cette association sportive, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

1. Simple adhérent
2. Participant actif
3. Autre

Si LOASSOC = 3

LO3ASSOC

**Dans ce club du troisième âge ou cette association de personnes âgées, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

4. Simple adhérent
5. Participant actif
6. Autre

Si LOASSOC = 4

LO4ASSOC

**Dans cette association d'anciens combattants, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

7. Simple adhérent
8. Participant actif
9. Autre

Si LOASSOC = 5

LO5ASSOC

**Dans cette association de personnes handicapées ou de famille de personnes handicapées, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

10. Simple adhérent
11. Participant actif
12. Autre

Si LOASSOC = 6

LO6ASSOC

**Dans cette association de parents d'élèves, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

13. Simple adhérent
14. Participant actif
15. Autre

Si LOASSOC = 7

LO7ASSOC

**Pour cette activité syndicale ou politique, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

1. Simple adhérent
2. Participant actif
3. Autre

Si LOASSOC = 8

LO8ASSOC

**Dans cette autre association, êtes-vous...**

*Une personne qui paye sa cotisation à une association est un simple adhérent.*

1. Simple adhérent
2. Participant actif
3. Autre

LOVAC

**Partez-vous en vacances...**

1. Plusieurs fois par an
2. Chaque année ou presque
3. À peu près une année sur deux
4. Plus rarement
5. Jamais

LOLOIS

**Nous venons de parler d'un certain nombre d'activités. Aimeriez-vous en avoir davantage ?**

1. Oui
2. Non



Si LOLOIS = 1

LOEMP

**Qu'est-ce qui vous empêche d'en avoir davantage ?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Vos revenus sont insuffisants
2. Vous n'avez pas le temps
3. Vos problèmes de santé, un handicap ou votre avancée en âge
4. L'attitude ou le comportement des autres
5. Les lieux d'activité vous sont difficiles ou impossibles d'accès
6. Vous vous sentez en insécurité
7. Aucune de ces raisons

LOREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

LOREPND

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. **Si FACOPR = « . » :** Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

# RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE, PRESTATIONS LIÉES AU HANDICAP ET À LA DÉPENDANCE, ET DÉPENSES

## 1. Reconnaissance par la MDPH

### INTRO42

Nous allons vous interroger sur les démarches administratives éventuellement menées pour faire reconnaître une situation de handicap au cours de votre vie.

### RPCOTOR

**Avez-vous déjà déposé (ou a-t-on déposé pour vous) un dossier auprès de la MDPH, de la Cotorep ou de la CDES ?**

*La Cotorep et la CDES n'existent plus, elles ont été remplacées par la MDPH en 2005. Mais l'enquêté avait pu faire cette démarche avant cette date.*

*MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.*

*COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.*

*CDES : Commission départementale d'éducation spéciale.*

1. Oui
2. Non

*Si RPCOTOR = 2 et (RSLIMI = 1 ou 2 ou RSCHRO = 1 ou RESTRIC = 1)*

### RPNRECOURS

**Pourquoi n'avez-vous jamais déposé de dossier auprès de la MDPH ?**

1. Vous ne connaissez pas la MDPH
2. Vous pensez ne pas y avoir droit
3. Vous avez peur d'être stigmatisé(e)
4. Vous n'êtes pas concerné(e)
5. Autre raison

*Si RPNRECOURS = 5*

### RPNRECAUT

**Pour quelle autre raison ?**

\_\_\_\_\_

*Si RPCOTOR = 1*

### RPDAT

**En quelle année avez-vous déposé pour la première fois un dossier auprès de la MDPH, de la Cotorep ou de la CDES ?**

□ □ □ □

(ANAI-AENQ)

*Si RPDAT = NSP ou RPDAT = RF*

### RPAGE

**Quel âge vous aviez environ ?**

□ □

### RPCOT

**Avez-vous déjà reçu une décision rendue par la MDPH, la COTOREP ou la CDES ?**

*Cette question concerne l'ensemble des demandes déposées.*

*Il peut y avoir eu plusieurs passages devant les commissions, et donc plusieurs réponses possibles.*

*(Plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une décision positive
2. Oui, une décision négative
3. Non

*Si RPCOT = 1 ou RPCOT = 2*

### RPDERDAT

**En quelle année a été rendue la dernière décision ?**

*Que cette décision soit positive ou négative.*

□ □ □ □

Si RPDERDAT= NSP ou RPDERDAT = RF

RPDERAGE

**Quel âge vous aviez environ ?**

□ □

(0-AGE)

RPTCOT

**Quel taux d'incapacité vous a été reconnu ?**

*S'il y a eu plusieurs passages devant la MDPH, la Cotorep ou la CDES, prendre le dernier*

1. Moins de 50%
2. Entre 50% et 79%
3. 80% ou plus
4. La MDPH n'a pas déterminé de taux d'incapacité

Si RPCOT = 1

RPCOTPOS

**Quelles décisions positives ont été rendues ?**

*Cocher toutes les décisions positives depuis la remise du premier dossier auprès de la MDPH, la Cotorep ou la CDES.*

*[Si AGE < 16 : Donner la carte 37A]*

*[Si AGE >= 16 : Donner la carte 37B]*

*(Plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 37A ou 37B**

1. Attribution d'une allocation ou d'une prestation
2. Attribution d'une carte mobilité d'inclusion, de priorité ou de stationnement
3. Orientation vers un institut médico-éducatif (IME)
4. Orientation vers un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)
5. Orientation vers un établissement pour déficients moteurs
6. Orientation vers un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
7. Orientation vers un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)
8. Orientation vers un foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés
9. Orientation vers le milieu scolaire ordinaire
10. Attribution d'une aide par un service d'éducation spéciale, d'accompagnement ou de soins (SESSAD, SSES, SAVS, SAMSAH)
11. Attribution d'un auxiliaire de vie scolaire
12. Attribution de matériel pédagogique adapté
13. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
14. Orientation vers un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, une entreprise adaptée)
15. Orientation vers le milieu ordinaire de travail
16. Orientation vers un foyer occupationnel ou un foyer de vie pour adultes handicapés
17. Orientation vers un foyer d'hébergement pour adultes handicapés
18. Orientation vers un établissement d'accueil non médicalisé (EANM)
19. Orientation vers une maison d'accueil spécialisée (MAS)
20. Orientation vers un foyer d'accueil médicalisé (FAM)
21. Orientation vers un établissement d'accueil médicalisé (EAM)
22. Orientation vers une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, etc.)
23. Orientation vers un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
24. Orientation vers un lieu de vie et d'accueil (LVA)
25. Une autre décision

Si RPCOTPOS = 25

RPCOTPOS AUT

**Quelle autre décision ?**

\_\_\_\_\_

Si RPCOTPOS = 2

RPCARTE

**Bénéficiez-vous actuellement d'une carte mobilité inclusion, de priorité ou de stationnement ?**

*[[INDPRE] a pu, par le passé, avoir une carte mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.*

1. Oui
2. Non

Si RPCOTPOS = 10

RPSESSAD

**Bénéficiez-vous actuellement d'une aide par un service d'éducation spéciale, d'accompagnement ou et de soins (SESSAD, SSESD, SAVS, SAMSAH) ?**

*[INDPRE] a pu, par le passé, avoir une carte mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.*

1. Oui
2. Non

Si RPCOTPOS = 13

RPRQTH

**Bénéficiez-vous actuellement d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ?**

*[INDPRE] a pu, par le passé, avoir une RQTH mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.*

1. Oui
2. Non

Si RPRQTH = 1 et (SITUA = 1 ou SITUA = 2 ou TRAVAIL = 1)

RPDEMARCH

**Votre employeur vous-a-t-il incité(e) à faire des démarches pour obtenir cette reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ?**

*Hors recommandations de la médecine du travail*

1. Oui
2. Non

*Si la personne a été orientée vers un établissement*

**INTRO43**

**Vous avez été orienté(e) vers un des établissements spécialisés suivants : [énumération des établissements]**

**INTRO44**

**Nous allons parler de la dernière orientation en date vers un établissement.**

RPETABAN

**En quelle année a été rendue cette orientation ?**

\_\_\_\_

Si RPETABAN = NSP ou RPETABAN = RF

RPETABAGE

**Quel âge vous aviez environ ?**

\_\_\_\_

*Si la personne a été orientée vers plusieurs établissements*

RPETABQ

**De quel établissement s'agissait-il ?**

1. Un institut médico-éducatif (IME)
2. Un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)
3. Un établissement pour déficients moteurs
4. Un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
5. Un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)
6. Un foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés
7. Un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, une entreprise adaptée)
8. Un foyer occupationnel ou un foyer de vie pour adultes handicapés
9. Un foyer d'hébergement pour adultes handicapés
10. Un établissement d'accueil non médicalisé (EANM)
11. Une maison d'accueil spécialisée (MAS)
12. Un foyer d'accueil médicalisé (FAM)
13. Un établissement d'accueil médicalisé (EAM)
14. Une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, etc.)
15. Un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
16. Un lieu de vie et d'accueil (LVA)

RPETABFREQ

**Avez-vous pu fréquenter cet établissement spécialisé ?**

1. Oui
2. Non, car il n'y avait pas de places

3. Non, car il n'y avait pas cette catégorie d'établissement près de chez vous
4. Non, vous avez préféré rester chez vous

Si RPETABFREQ = 1

RPETABATT

**Combien de temps avez-vous dû attendre pour y être admis(e) ?**

*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, en mois ou années.*

□□□

Si RPETABATT ≠ RF et RPETABATT ≠ NSP

RP2ETABATT

**Unité de temps de RPETABATT**

1. Mois
2. Année

## 2. Autres lieux de vie actuels et souhaités

Si TYPLOGCO = 6 ou TYPLOGCO = 7

RPRESID

**Vous avez déclaré résider par ailleurs dans la structure collective suivante : [TYPLOGCO]. S'agit-il plus précisément ?**

*Y compris hébergement éclaté, à savoir dans des chambres ou des appartements extérieurs à l'établissement*

1. d'un institut médico-éducatif (IME)
2. d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)
3. d'un établissement pour déficients moteurs
4. d'un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
5. d'un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)
6. d'un foyer occupationnel ou un foyer de vie pour adultes handicapés
7. d'un foyer d'hébergement pour adultes handicapés
8. d'un établissement d'accueil non médicalisé (EANM)
9. d'une maison d'accueil spécialisée (MAS)
10. d'un foyer d'accueil médicalisés (FAM)
11. d'un établissement d'accueil médicalisé (EAM)
12. d'un centre de rééducation professionnelle (CRP)
13. d'un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
14. d'une maison de retraite ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
15. un lieu de vie et d'accueil (LVA)
16. d'un autre établissement d'hébergement pour enfants ou adolescents handicapés
17. d'un autre établissement d'hébergement pour personnes en situation de handicap
18. d'un autre établissement d'hébergement pour personnes en situation de handicap ou âgée
19. Aucun établissement à destination des personnes handicapées ou des personnes âgées/dépendantes

Si RPRESID = 16 ou RPRESID = 17 ou RPRESID = 18

RPRESIDAUT

**Quel(le) autre établissement ou structure d'hébergement ?**

\_\_\_\_\_

(200 caractères)

Si TYPLOG = 5 et AGE >= 60

RPRESAUTO

**Vous avez indiqué habiter dans un logement ou dans un foyer pour personnes âgées. Quel type de résidence est-ce ?**

1. Une résidence « autonomie » (établissement médico-social géré par exemple par un centre communal d'action sociale (CCAS) ou par une association)
2. Une résidence « services » (autres résidences comportant des logements individuels et privés et des espaces communs dédiés à la vie collective)
3. Un autre type de logement

#### INTRO45

**Nous allons maintenant évoquer les établissements d'hébergement ou proposant un accueil en journée que vous fréquentez éventuellement à l'heure actuelle.**

Si [AGE <=59 et RPCOT = 1] ou [AGE >=60 et (RSLIMI = 1 ou RESTRIC = 1)]

RPACT

**Fréquentez-vous régulièrement en journée, mais sans y dormir, une des structures suivantes ?**

*(Plusieurs réponses possibles)*

**→ carte 38**

1. un institut médico-éducatif (IME)
2. un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)
3. un établissement pour déficients moteurs
4. un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
5. un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)
6. un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
7. une halte-garderie ou jardin d'enfants spécialisé
8. un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
9. un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
10. un foyer occupationnel ou un foyer de vie pour adultes handicapés
11. un foyer d'hébergement pour adultes handicapés
12. un établissement d'accueil non médicalisé (EANM)
13. une maison d'accueil spécialisée (MAS)
14. un foyer d'accueil médicalisé (FAM)
15. un établissement d'accueil médicalisé (EAM)
16. un centre de rééducation professionnelle (CRP)
17. un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
18. un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT)
19. Un lieu de vie et d'accueil (LVA)
20. un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
21. un centre de pré-orientation pour adultes handicapés
22. une unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)
23. un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
24. d'une maison de retraite, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou d'une résidence-autonomie (accueil de jour, aide au répit des aidants)
25. un autre établissement accueillant en journée des enfants en situation de handicap
26. un autre établissement accueillant en journée des personnes en situation de handicap
27. un autre établissement accueillant en journée des personnes handicapées ou âgées
28. Aucun de ces établissements

*Si RPACT = 25 ou RPACT = 26 ou RPACT = 27*

RPACTAUT

**Quel(le) autre établissement ou structure d'hébergement ?**

|\_\_\_\_\_|

*Si AGE >= 60 et ABREPOND = 1 et RPRESID ≠ 12*

RPEHPAD

**Souhaiteriez-vous déménager en maison de retraite ou en EHPAD ?**

*Si plusieurs réponses invoquées, cocher la principale.*

1. Oui, vous avez déjà déposé une demande, et vous êtes en attente de la réponse
2. Oui, vous avez déjà déposé une demande, mais elle n'a pas été acceptée
3. Oui, mais il n'y a pas d'établissements ou pas de places disponibles dans la zone géographique que vous recherchez
4. Oui, mais c'est trop cher
5. Oui, mais vos proches ne veulent pas
6. Non, vous avez peur d'être isolé(e), de perdre le lien avec vos proches et vos amis
7. Non, vous avez peur du changement
8. Non, vous n'en avez pas besoin
9. Autre

*Si RPEHPAD = 9*

RPEHPADAUT

**Pouvez-vous préciser ?**

|\_\_\_\_\_|

Si la personne a entre 16 et 59 ans, répond elle-même, n'a pas été orientée vers un établissement et si RSLIMI = 1 ou 2 ou RESTRIC = 1.

RPNRESID

**Souhaiteriez-vous être hébergé(e) dans un établissement spécialisé dans l'accueil des personnes en situation de handicap ?**

*Si plusieurs réponses invoquées, cocher la principale.*

1. Non concerné, vous n'en avez pas besoin
2. Oui, vous avez fait une demande en ce sens, et vous êtes en attente d'une réponse
3. Oui, vous avez fait une demande en ce sens, mais cette demande n'a pas été acceptée
4. Oui mais, il n'y a pas d'établissements, ou pas de places disponibles, dans la zone géographique que vous recherchez
5. Oui, mais vos proches ne veulent pas
6. Non, vous avez peur d'être isolé(e), de perdre le lien avec vos proches et vos amis
7. Non, vous avez peur du changement
8. Autre

Si RPNRESID = 8

RPNRESIDAUT

**Pouvez-vous préciser ?**

|\_\_\_\_\_|

(200 caractères)

### 3. Autres reconnaissances

INTRO47

**Nous allons maintenant parler de reconnaissances d'invalidité que vous pourriez avoir actuellement.**

RPINVAL

**Avez-vous un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance?**

*Ne pas prendre en compte les taux d'invalidité ou d'incapacité accordés par la COTOREP, la CDES et la MDPH.*

1. Oui
2. Non

Si RPINVAL = 1

RPCADR

**Dans quel cadre ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

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

Si RPCADR = 1

RPTAUXSECU

**Quel taux d'invalidité ou d'incapacité vous a été accordé par la Sécurité sociale ?**

*En pourcentage*

|\_|\_|\_|

RPDATSECU

**Depuis quelle année ?**

|\_|\_|\_|

Si RPCADR = 2

RPTAUXACCI

**Quel taux d'invalidité ou d'incapacité vous a été accordé dans le cadre de votre accident du travail ?**

*En pourcentage*

|\_|\_|\_|

RPDATACCI

**Depuis quelle année ?**

|\_|\_|\_|

Si RPCADR = 3

RPTAUXMILI

**Quel taux d'invalidité ou d'incapacité vous a été accordé dans le cadre de votre pension militaire d'invalidité ?**

*En pourcentage*

|||  
(0-100)

RPMATEMILI

**Depuis quelle année ?**

||||

Si RPCADR = 4

RPTAUXASSU

**Quel taux d'invalidité ou d'incapacité vous a été accordé par votre assurance ?**

*En pourcentage*

|||

RPMATEASSU

**Depuis quelle année ?**

||||

## 4. Prestations et allocations

### INTRO48

**Nous allons maintenant parler des prestations que vous percevez en lien avec un handicap, un problème de santé ou de votre avancée en âge.**

Si RPCOTOR = 1 ou RSLIMI = 1 ou RSCHRO = 1 ou RESTRICFORT = 1 ou RPINVAL = 1

RPALLOCC

**Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des allocation, prestation ou financement suivant lié à un handicap, à un problème de santé ou à votre avancée en âge ?**

*L'ASH (aide sociale à l'hébergement) peut servir à rémunérer des accueillants familiaux*

*(plusieurs réponses possibles)*

#### → carte 39

1. Des indemnités journalières de la sécurité sociale (arrêt maladie)
2. L'AAH (allocation adulte handicapé)
3. Une pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne, allocation supplémentaire d'invalidité
4. Une rente d'incapacité liée à un accident du travail
5. Une rente versée par une assurance ou une mutuelle
6. Une pension militaire d'invalidité
7. L'APA (Allocation personnalisée d'autonomie)
8. L'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)
9. La PCH (Prestation de compensation du handicap)
10. L'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ex-allocation d'éducation spéciale (AES))
11. L'ASH (aide sociale à l'hébergement)
12. D'autres aides versées par le département pour les aides ménagères ou pour rémunérer des auxiliaires de vie
13. L'action sociale des mutuelles ou des assurances privées, des caisses de retraite (CNAV/CARSAT, MSA, RSI, etc.) ou des communes
14. Une autre allocation, prestation ou financement lié au handicap, à un problème de santé ou à votre avancée en âge
15. Aucune allocation, prestation ou financement lié au handicap, à un problème de santé ou à votre avancée en âge

Si RPALLOCC = 14

RPALLOCP

**Précisez quel(le) autre allocation ou financement ?**

\_\_\_\_\_



Si RPALLOC ≠ 15 et RPALLOC ≠ RF et RPALLOC ≠ NSP

RPMPREST

**À combien environ en estimez-vous le montant total que vous percevez pour un mois ordinaire ?**

*Il s'agit du montant total perçu par l'individu au titre des allocations, prestations et financements déclarés à la question précédente (et pas du montant total perçu par les membres de son foyer)*

*En euros*

| \_\_\_\_\_ |

Si la personne est en emploi, a une RQTH, l'AAH ou une carte mobilité inclusion

RPTHEMP

**Votre employeur sait-il que vous avez une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, l'AAH ou une carte mobilité inclusion ?**

1. Oui
2. Non

Si RPALLOC = 7 ou RPALLOC = 8 ou RPALLOC = 9 ou RPALLOC = 12 ou RPALLOC = 13

**INTRO49**

**Vous avez déclaré bénéficier actuellement des prestations ou financements suivants :**  
[énumération des aides]

**RPAIDE**

**Quelles aides ou aménagements financez-vous, ou avez-vous financé, par ces prestations ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

*La personne qui aide peut être un professionnel, ou une personne de l'entourage et qui perçoit une rémunération pour cette aide.*

**→ carte 40**

1. Aide d'une personne pour vous accompagner dans les activités de la vie quotidienne (par exemple, pour vous laver, pour vous nourrir, pour vous habiller, pour communiquer, pour vous déplacer dans le logement, pour prendre vos médicaments...)
2. Aide d'une personne pour réaliser les tâches ménagères (y compris laver le linge), pour faire les courses ou pour préparer les repas, ou encore pour le portage de repas
3. Accompagnement par une personne dans vos déplacements à l'extérieur de votre domicile (par exemple, pour un rendez-vous médical ou un rendez-vous à la MDPH)
4. Achats réguliers liés au handicap ou à la perte d'autonomie (compléments alimentaires, fournitures d'hygiène, etc.)
5. Achat de matériel adapté pour les activités du quotidien (par exemple, fauteuil roulant, canne blanche, système qui permet d'agrandir le texte sur l'écran de l'ordinateur)
6. Aide au transport (par exemple, prise en charge partielle ou totale des frais de transport, mise à disposition de taxi adapté pour certains trajets)
7. Téléalarme
8. Prise en charge des frais pour le recours à une aide animalière (par exemple, nourriture pour un chien guide d'aveugle)
9. Travaux d'aménagement du logement (par exemple, installation d'un fauteuil de douche ou d'un tapis antidérapant, pose d'une barre d'appui, élargissement des portes, adaptation des meubles dans la cuisine ou la salle de bain)
10. Travaux d'aménagement de votre voiture (par exemple, pose d'une rampe pour entrer dans la voiture en fauteuil roulant)
11. Hébergement temporaire, accueil de jour
12. Aide au répit des aidants
13. Autres aides
14. *(Ne pas lire)* Aucune aide

Si RPAIDE = 1 ou RPAIDE = 2 ou RPAIDE = 3

RPCONSO

**Avec ces prestations, vous pouvez payer des personnes pour vous aider. Utilisez-vous toutes les heures auxquelles vous avez droit ?**

1. Oui
2. Non

RPCONSOSUFF

**Ces aides vous permettent-elles de couvrir tous vos besoins actuels pour les activités de la vie quotidienne, les tâches ménagères ou votre accompagnement dans vos déplacements ?**

*Instruction : il s'agit toujours des aides financées par les allocations ou prestations déclarées juste avant.*

1. Oui
2. Non

Si RPCONSO = 2 ou NSP

RPMOTIF

**Pourquoi n'utilisez-vous pas toutes les heures d'aides humaines auxquelles vous avez droit dans le cadre de ces prestations ou financements ?**

(plusieurs réponses possibles)

1. L'aide professionnelle reste coûteuse, même avec ces financements ou prestations
2. Les horaires de venue des aidants professionnels ne vous conviennent pas
3. Les aidants professionnels ne vous conviennent pas
4. Aucun aidant professionnel n'est disponible près de chez vous
5. Aucun aidant professionnel n'accepte d'intervenir
6. Parce que vous n'en avez pas/plus vraiment besoin
7. Vous ne voulez pas être envahi(e)
8. Pour une autre raison

Si RPMOTIF = 8

RPMOTIFAUT

**De quelle autre raison s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_ |

(200 caractères)

Si RPALLOC = 7

RPGIR

**Vous avez déclaré être bénéficiaire de l'APA. Dans quel GIR (groupe iso-ressource) êtes-vous actuellement classé(e) ?**

*S'il y a eu une ou des réévaluation(s), prendre le dernier GIR évalué. Les GIR 1 sont les personnes les plus dépendantes.*

*Cette information est disponible dans le plan d'aide APA / plan d'actions.*

1. GIR 1
2. GIR 2
3. GIR 3
4. GIR 4

Si RPALLOC ≠ 7 et AGE ≥ 60

RPAPA

**Avez-vous fait une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?**

1. Oui, la décision est en attente
2. Oui, mais la demande a été rejetée
3. Oui, la demande a été acceptée (mais vous n'en bénéficiez plus actuellement)
4. Non, vous souhaitez en bénéficier mais vous ne pensez pas pouvoir l'obtenir
5. Non, ce n'est pas la prestation qui correspond le mieux à vos besoins
6. Non, vous n'en avez pas besoin
7. Non, vous ne connaissez pas cette prestation

Si RPCOTPOS ≠ 2 et AGE ≥ 60

RPCARTEAGE

**Bénéficiez-vous actuellement d'une carte mobilité inclusion, de priorité ou de stationnement ?**

1. Oui
2. Non

## 5. Dépenses restant à charge

*Cette partie est posée aux personnes qui utilisent une aide technique*

RPDIFFIN

**Les montants de vos allocations et de vos revenus permettent-ils de payer l'ensemble de vos aides techniques, aménagement du logement ou de vos aidants professionnels?**

*Pour les aides techniques, prendre en compte les lunettes et lentilles*

*Il s'agit seulement des revenus, pensions, prestations, remboursements de sécurité sociale ou de la mutuelle etc. et non pas de l'épargne.*

1. Oui
2. Non

Si RPDIFIN = 2

RPMOYFIN

**Quels moyens utilisez-vous ou avez-vous utilisés pour payer ces dépenses ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

*Si la personne répond qu'elle a vendu sa voiture, cocher la modalité 7 « un autre moyen ».*

1. Vous puisez dans votre épargne
2. Vous économisez sur d'autres postes de dépense
3. Vous avez vendu une partie de votre patrimoine (maison, appartement, terrain ...)
4. Vous avez fait un emprunt auprès d'un établissement bancaire
5. Vous avez fait un emprunt auprès d'une personne de votre entourage
6. Quelqu'un de votre entourage a payé à votre place une partie de ces dépenses
7. Un autre moyen

Si RPMOYFIN = 7

RPMOYFIP

**De quel autre moyen s'agit-il ?**

\_\_\_\_\_

## INTRO51

**Nous allons maintenant aborder l'épargne que vous détenez**

RPRICH

**Détenez-vous des placements financiers (par exemple livret A, épargne logement, assurance vie, valeurs mobilières...)**

1. Oui
2. Non

Si RPRICH= 1

RPRICHTT

**Pouvez-vous situer le montant total des placements que vous détenez actuellement sous forme de tranches ?**

**→ carte 42**

*Livrets d'épargne exonérés = livret A ou Bleu, Livret de Développement Durable (ex CODEVI), LEP, livret Jeune Épargne logement = LEL, PEL, CEL.*

*Valeurs mobilières = actions, obligations, SICAV, FCP.*

*Rappel des placements détenus : [RPRICH]*

01. à moins de 150€
02. De 150€ à moins de 2 000€
03. De 2 000€ à moins de 5 000€
04. De 5 000€ à moins de 10 000€
05. De 10 000€ à moins de 30 000€
06. De 30 000€ à moins de 50 000€
07. De 50 000€ à moins de 90 000€
10. De 90 000€ à moins de 150 000€
11. De 150 000€ à moins de 450 000€
13. à 450 000€ ou plus

## 6. Prise en charge médicale

### INTRO50

**Nous allons parler de votre couverture médicale.**

RPCMUB

**Actuellement, bénéficiez-vous de la protection universelle maladie (PUMA ; ex CMU de base appelée aussi couverture maladie universelle) ?**

*La PUMA remplace depuis 2016 la CMU de base*

1. Oui
2. Non

RPCOUCV

**Bénéficiez-vous actuellement d'une couverture santé complémentaire (mutuelle) ?**

*Pour les enfants, il s'agit de la couverture complémentaire d'un tiers adulte (parent(s), membre de la famille, etc.)*

1. Oui, la complémentaire santé solidaire sans frais de participation (CSS, ex CMU-C, couverture maladie universelle complémentaire)
2. Oui, un contrat d'assurance complémentaire privé (y compris d'entreprise).
3. Non

Si RPCOUVC = 2

RPAMCC

**Combien déboursez-vous en moyenne pour l'ensemble de vos mutuelles, par mois, trimestre, semestre ou année ?**

*Indiquer le coût total (pour toutes les mutuelles et toutes les personnes sur chaque contrat de mutuelle).*

*Pour les enfants, on demande le montant déboursé pour les mutuelles des personnes lui ouvrant droit.*

*Vous pouvez renseigner deux chiffres après la virgule. Exemple : pour « 60 euros 50 par mois », renseigner 60,50.*

| \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | , | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | euros  
(1 à 99 900 – NSP ; REFUS)

Si RPAMCC > 0 et RPAMCC ≠ RF et RPAMCC ≠ NSP

RPAMCCUT

**Unité de temps : [RPAMCC] euros par ...**

1. mois
2. trimestre
3. semestre
4. année

Si RPAMCC = RF ou RPAMCC = NSP

RPAMCCTR

**Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas donner un montant précis du coût des mutuelles à combien environ les estimez-vous par mois ?**

1. à moins de 25€
2. de 25€ à moins de 50€
3. de 50€ à moins de 75€
4. de 75€ à moins de 100
5. de 100€ à moins de 150€
6. à 150€ ou plus

RPREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

RPREPONB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

| \_\_\_\_\_ |

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|année

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

Si ABREPOND = 1

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

## DISCRIMINATIONS

DILIEU

**En raison de votre état de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge, pensez-vous avoir déjà subi des traitements inégalitaires ou injustes dans l'un ou plusieurs de ces lieux ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Lieux de loisirs (magasins, restaurant, hôtel, bar, discothèques, etc.)
2. Administrations (mairie, poste, préfecture, banque, etc.)
3. Établissement scolaire (école, collège, lycée, université, IME, etc.)
4. Cabinet médical ou établissement de santé
5. Dans votre travail
6. Dans un autre lieu
7. Vous n'avez pas subi de traitements inégalitaires ou injustes

*Si DIEULIEU = 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6*

DIINECONS

**Ces comportements ont-ils eu des conséquences sur votre vie personnelle ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Cela vous a rendu triste, déprimé, abattu
2. Cela a eu des conséquences négatives sur votre santé (perte de sommeil, d'appétit, fatigue, burn-out...)
3. Vous avez fréquenté moins souvent vos amis ou votre famille (repli sur soi, isolement)
4. Vous avez renoncé à des activités ou à 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 sur votre santé ou sur votre vie

*Si DILIEU=5*

DIEMP

**Concernant les traitements inégalitaires ou injustes dans votre travail, était-ce pendant votre dernier emploi ?**

1. Oui
2. Non

*Si DIEMP = 1*

DIEMPPUB

**Avez-vous eu des difficultés relationnelles avec le public (usagers, patients, élèves, voyageurs, clients, fournisseurs, etc.) ?**

1. Oui
2. Non
3. Vous n'avez pas de relation avec le public

*Si DIEMP = 1*

DIEMPCOL

**Avez-vous eu des difficultés relationnelles avec vos collègues, vos supérieurs hiérarchiques ou avec les personnes que vous encadrez ?**

1. Oui
2. Non
3. Vous n'avez pas de collègues

*Si DIEMP = 1*

DIEMPCONS

**Ces comportements sur votre lieu de travail ont-ils eu les conséquences suivantes sur votre vie professionnelle ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Vous avez perdu votre emploi
2. Votre carrière a été bloquée
3. On vous a refusé l'accès à des formations
4. Autres conséquences
5. Aucune conséquence

DIEMPSAIT

**Votre handicap ou votre problème de santé était-il connu de votre employeur lorsque vous aviez obtenu cet emploi ?**

1. Oui
2. Non
3. Ce problème n'existait pas ou s'est beaucoup modifié

Si AGE >= 15

DIREFEMP

**Vous a-t-on, par le passé, refusé un emploi ?**

1. Oui
2. Non
3. Vous n'avez jamais cherché d'emploi

Si DIREFEMP = 1

DIREFEMPHAND

**Était-ce à cause de votre état de santé, d'un handicap ou de votre avancée en âge ?**

1. Oui
2. Non

Si DIREFEMP = 1 ou DIREFEMP = 2

DIEMPCAN

**Lorsque vous êtes candidat à un emploi, signalez-vous votre problème de santé ou votre handicap ?**

0. Non concerné(e)
1. Oui, avant le premier rendez-vous
2. Oui, au moment du premier rendez-vous
3. Oui, mais après le premier rendez-vous
4. Non

DIREPOND

*Ne pas poser cette question*

**Qui a répondu à ce module ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

[liste des habitants du logement ]

[liste des enfants hors habitants du logement]

Père

Mère

Conjoint

[liste des répondants hors habitants du logement, hors enfants, hors conjoint, non père et non mère]

Une ou plusieurs autre(s) personne(s)

DIREPNB

*Ne pas poser cette question*

**Combien d'autres personnes ont répondu à ce module ?**

1 à 10

NSP et refus non autorisés

REPRE

**Quel est le prénom de cette personne ([i<sup>ème</sup>] autre répondant) ?**

*Si deux répondants ont le même prénom, ajoutez un numéro permettant de les différencier.*

\_\_\_\_\_

RESEX

**Quel est son sexe ?**

1. Masculin

2. Féminin

NSP/RF non autorisés

RENAI

**Quelle est son année de naissance ?**

*Si l'année est inconnue, saisir une année vraisemblable*

\_|\_|\_|\_|\_|année

RELIE

**Quel est le lien entre le répondant et [INDPRE] ? [REPRE] est...**

*Attention les modalités correspondent à une réponse de la forme : « c'est mon/ma... ». Si l'interrogé dit « je suis sa mère / son père », vous devez cocher 3 : « [REPRE] est un enfant de [INDPRE]. »*

1. Le compagnon / la compagne (conjoint, fiancé, copain, petit-ami) de [INDPRE]
2. *(ne pas afficher)* L'enfant (fils/fille) de [INDPRE]
3. Le père / la mère de [INDPRE]
4. Le frère ou la sœur de [INDPRE]
5. Le petit-enfant ou le grand-parent de [INDPRE]
6. Le gendre, la belle-fille, le beau-père ou la belle-mère de [INDPRE]
7. Le neveu, la nièce, le cousin, la cousine, l'oncle ou la tante de [INDPRE]
8. Un autre membre de la famille ou de la belle-famille de [INDPRE]
9. Un(e) ami(e) de [INDPRE]
10. Le pensionnaire, sous-locataire, logeur, enfant en nourrice sans lien de parenté avec [INDPRE]
11. Un autre membre de l'entourage de [INDPRE] (bénévole, voisin...)
12. Un aidant professionnel de [INDPRE] (infirmier(e), aide-soignant(e)...)

*Si ABREPOND = 1*

RELIEPK

**Pour quel(les) raison(s) l'enquêté(e) n'a pas répondu au module**

*A une partie ou au module entier*

*Plusieurs réponses possibles*

1. L'enquêté(e) s'est fatigué(e) pendant la passation du module
2. Les questions étaient trop difficiles pour l'enquêté(e)
3. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour certaines questions
4. Le proxy a souhaité répondre à la place de l'enquêté(e) pour le module tout entier

*Si AGE >= 18 et ABREPOND = 1*

INTRO52B

Pour l'enquêteur : Nous allons passer au questionnaire sur les maltraitances.

MREP

**La personne enquêtée est-elle en mesure de comprendre et de répondre seule au questionnaire, isolée des autres habitants ?**

1. Oui
2. Non



## **SITUATIONS DE MALTRAITANCE VIOLENCES PHYSIQUES OU MORALES**

**Nous allons terminer cette enquête par quelques questions sur la façon dont les autres peuvent se comporter avec vous.**

MALLAN

**Au cours des 12 derniers mois, est-ce que des personnes vous ont mal parlé (de manière agressive, méchante, grossière, méprisante) ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une ou plusieurs personne(s) de votre famille ou votre conjoint(e)
2. Oui, une ou plusieurs professionnel(s) intervenant chez vous
3. Oui, une ou plusieurs autres personnes
4. Non

MALIGN

**Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé qu'on vous ignore quand vous étiez avec plusieurs personnes ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une ou plusieurs personne(s) de votre famille ou votre conjoint(e)
2. Oui, une ou plusieurs professionnel(s) intervenant chez vous
3. Oui, une ou plusieurs autres personnes
4. Non

MALSOIN

**Au cours des 12 derniers mois, est-ce que des personnes autour de vous ne sont pas assez occupé de votre santé ou de votre souffrance psychique ?**

*Par exemple quand vous aviez mal quelque part, quand vous aviez des angoisses)*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une ou plusieurs personne(s) de votre famille ou votre conjoint(e)
2. Oui, une ou plusieurs professionnel(s) intervenant chez vous
3. Oui, une ou plusieurs autres personnes
4. Non

MALINT

**Au cours des 12 derniers mois, est-ce que des personnes n'ont pas respecté votre rythme de vie ou votre intimité ?**

*Par exemple, elles vous ont empêché de choisir votre heure de lever et de coucher, de choisir vos repas, elles rentraient chez vous sans vous prévenir avant.*

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Oui, une ou plusieurs personne(s) de votre famille ou votre conjoint(e)
2. Oui, une ou plusieurs professionnel(s) intervenant chez vous
3. Oui, une ou plusieurs autres personnes
4. Non

## **FIN DE QUESTIONNAIRE**

INTRO54

**Nous arrivons à la fin du questionnaire. Nous vous remercions de votre participation.**

FIENQQAL

**Accepteriez-vous, dans quelques mois, un entretien complémentaire avec un chercheur pour approfondir certains sujets de l'enquête ?**

1. Oui
2. Non

INTRO55

**Le questionnaire est maintenant fini. Nous vous remercions de votre participation.**

**ENQUETEUR :**

**Ne fermez pas le questionnaire avant d'avoir complété les questions suivantes**

## CONDITIONS D'ENQUÊTE POUR L'ENQUÊTEUR

FIPRES

**Durant l'entretien, d'autres personnes n'ayant pas participé à l'enquête étaient-elles présentes dans le logement ?**

1. Oui
2. Non

FIHAND

**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
2. Non

*Si FIHAND=1*

FIHANDET

**Quel type de limitations ou quel problème de santé la personne avait-elle que le questionnaire n'aurait pas permis de relever ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

1. Une limitation motrice
2. Une limitation sensorielle
3. Une limitation intellectuelle
4. Une limitation psychique
5. Une autre limitation
6. Un problème de santé

**FIHANDP**

**Précisez**

FIREMA

**Avez-vous des remarques sur le déroulement de l'entretien ?**

FIREM

**Avez-vous des remarques sur la situation de l'enquêté que vous souhaitez voir figurer sur la fiche-adresse aidants ?**

NBCONTA

**Combien de fois avez-vous contacté le ménage ?**

0 à 99, NSP, Refus

NBCONTTR

**S'il vous est impossible ou que vous ne souhaitez pas donner un nombre de contacts précis, pouvez-vous estimer combien de fois environ vous avez contacté le ménage ?**

1. Une fois
  2. 2 à 4 fois
  3. 5 à 9 fois
  4. 10 fois ou plus
- NSP, Refus

INTRO56

**Nous avons maintenant quelques questions vous concernant (enquêteur).**

FIENQSEX

**Quel est votre sexe ?**

1. Masculin
2. Féminin

FIENQAGE

**Quel est votre âge ?**

(18 à 70 ;)