



ENQUETE AUTONOMIE – PROTECTION DE L’ENFANCE 2024
—
QUESTIONNAIRE PROFESSIONNEL



INFORMATIONS SUR LE REFERENT

Nous allons parler de la situation de **[D1 Etab]**. Pour comprendre au mieux les difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer pour répondre à certaines questions, nous allons commencer par quelques informations à votre sujet.

PROXYPROF

Quel est votre fonction principale au sein de la structure ?

- 1_Directeur ou responsable de l'établissement
- 2_Chef de service éducatif ou cadre socio-éducatif
- 3_Educateur spécialisé
- 4_Moniteur éducateur
- 5_Maître de maison
- 6_Assistant familial
- 7_Aide familial
- 8_Educateur familial
- 9_Educateur jeune enfant
- 10_Psychologue
- 11_Personnel soignant (infirmier, aide-soignant, ...)
- 12_Autre permanent du lieu de vie
- 13_Autre personnel éducatif, social ou médico-psychologique
- (Ne sait pas)
- (Refus)

SI PROXYPROF = 11, 12, 13

PROXYPROFAUT

Pouvez-vous préciser ?

 Saisir en clair



PROXYSEXE

Êtes-vous...

- 1_Un homme
- 2_Une femme
- 3_Autre
- (Ne sait pas)
- (Refus)

PROXYAGE

Quel âge avez-vous ?

 Citer

- 1_moins de 30 ans
- 2_de 30 à 39 ans
- 3_de 40 à 49 ans
- 4_de 50 à 59 ans

- 5_60 ans et plus
- (Ne sait pas)
- (Refus)

ÉTAT-CIVIL – FAMILLE

Nous allons maintenant confirmer les informations transmises par l'établissement sur **[D1 Etab]**.

1. État-civil du jeune

B1 - TCPRENOMV :

Son prénom est-il bien **[D1 Etab]** ?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF B1 = 2

B2 - TCNVPRENOM :

Quel est son prénom ?

 Saisir en clair



- (Ne sait pas)
- (Refus)

REEMPLACER D1 ETAB PAR B2

B3 - TCAUT1PRENOM :

[D1 Etab] a-t-il / elle un deuxième prénom ?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF B3 = 1

B4 - TCPRENOM2 :

Quel est son deuxième prénom ?

 Saisir en clair



- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF NOMNAISS EST REMPLI

B7A - TCNOMV :

Son nom de naissance est-il bien [NOMNAISS_I] ?

 S'assurer qu'il s'agit bien du nom de naissance et non du nom d'usage.

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF B7A = 2 OU NOMNAISS N'EST PAS REMPLI

B7B - TCNVNOMN :

Quel est son nom de naissance ?

 Saisir en clair

 Instruction : s'assurer qu'il s'agit bien du nom de naissance et non du nom d'usage.



- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF [DATNAIS_I] = NON-VIDE

B10 - TCDNAIS :

Sa date de naissance est-elle bien [DATNAIS_I] ?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF B10 = 2 OR [DATNAIS_I] = VIDE

B11 - TCNVDNAIS :

Quelle est sa date de naissance ?

DATE FORMAT : JJ/MM/AAAA

IF OKNIR_I = 2

B12 - TCLNAIS :

Est-il/elle né(e)

 Citer

- En France (métropole ou DOM-TOM)
- A l'étranger
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF B12 = 1

B13 - TCCONAIL :

Quelle est sa commune de naissance ?

IF B12 = 1

B14 - TCCONAI

Code commune Insee

IF B13 = DK, REFUS

B15 - TCDEPNAI :

Dans quel département ou territoire est-il né(e) ? (code département)

IF B12 = 2 OR INDICETR_I = 1

B16 - TCPAYSNAIS :

Dans quel pays est-il/elle né(e) ?

IF B12 = 2 OR INDICETR_I = 1

B17 - ECINDCONC:

Quelle est sa commune de naissance ?

 Saisir en clair

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF INDICETR_I = 1 OR B12 = 2 OR (B14 OU B15 COMMENCE PAR 97)

B18 - DATARFM

En quelle année [D1 ETAB] est-il/elle venu(e) en France métropolitaine pour la première fois?

| _ | | _ | | _ | | _ |

- (Ne sait pas)
- (Refus)

B19 - NATIONALITE:

Quelle est sa nationalité ?

 Citer

- Française de naissance
- Française par naturalisation, par déclaration, à sa majorité
- Étrangère
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF INDICETR_I = 1 OR B12 = 2

B20 - MNA

[D1 ETAB] s'est-il/elle déclaré(e) mineur(e) non accompagné(e) (MNA) ?

 Que l'évaluation ait abouti ou non à la reconnaissance de la minorité et l'isolement familial, et qu'il/elle soit ou non majeur(e) aujourd'hui

1_ Oui, il/elle s'est déclaré(e) MNA

2_ Non

- (Ne sait pas)
- (Refus)

B21 - DATARR

A quelle date a démarré l'hébergement actuel de [D1 ETAB] au sein de votre structure ?

 Il s'agit de la date d'arrivée de [D1 ETAB] au sein de votre structure ou famille d'accueil

DATE FORMAT : JJ/MM/AAAA

- (Ne sait pas)
- (Refus)

2. Famille

INTRO_FAMILLE

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur les parents et les éventuels frères et sœurs de [D1 ETAB].

TCPERE

Le père de [D1 ETAB] est-il en vie?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCPERE = 1

AGEPER

Actuellement, quel âge a approximativement le père de [D1 ETAB] ?

 Citer

- 1_ moins de 25 ans
- 2_ de 25 à 29 ans
- 3_ de 30 à 39 ans
- 4_ de 40 à 49 ans
- 5_ de 50 à 59 ans
- 6_ 60 ans et plus
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCPERE = 2

TDCPER

Quelle est l'année de décès du père de [D1 ETAB] ?

 Si l'enquête ne sait pas, relancer en demandant un âge approximatif de l'enfant ou du jeune au moment du décès de son père afin de déterminer approximativement avec lui l'année du décès

| _ | | _ | | _ | | _ |

- (Ne sait pas)
- (Refus)

FANATIOP

Quelle était la nationalité de son père à sa naissance ?

 Citer

- 1. Française
- 2. Étrangère
- (Ne sait pas)
- (Refus)

FANAIP

Où son père est-il né ?

 Citer

- 1. En France (métropole ou DOM-TOM)
- 2. A l'étranger
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCPERE = 1

TCPERDOM

Où habite-t-il ?

 Une seule réponse possible

 Citer

- 1. Dans le même quartier que **[D1 ETAB]**
- 2. Dans la même ville que **[D1 ETAB]**
- 3. Dans le même département que **[D1 ETAB]**
- 4. Dans la même région (au sens commun, non administratif) que **[D1 ETAB]**
- 5. Ailleurs en France métropolitaine
- 6. A l'étranger ou dans les DOM
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCPERE = 1

TCACTIPER

Quelle est actuellement sa situation principale vis-à-vis du travail ?

 Citer

- 1. Occupe un emploi (y compris petits boulots)
- 2. Apprenti sous contrat ou stagiaire rémunéré
- 3. Étudiant, élève, en formation ou stagiaire non rémunéré
- 4. Au chômage, en recherche d'emploi (inscrit ou non au Pôle Emploi)
- 5. Retraité(e) ou retiré des affaires ou en préretraite
- 6. Inactif pour cause d'invalidité
- 7. Autre situation d'inactivité
- (Ne sait pas)
- (Refus)

TCSECTPE

IF TCACTIPER = 1, 2 OR 3 : Dans son emploi actuel, est-il ?

IF TCACTIPER = 4, 5, 6 OR 7 : Dans son dernier emploi, était-il ?

IF TCPERE = 2 : Quelle était sa profession (si plusieurs, le dernier métier exercé) ?

 *En cas de réponse approximative sur le métier exercé, l'enquêteur doit chercher à classer la réponse dans la nomenclature proposée. Si le professionnel n'a aucune connaissance du métier, choisir la modalité ne sait pas.*

 *Montrer la **carte 1***

 *Une seule réponse possible*

- 1. Agriculteur exploitant
- 2. Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 3. Artisan, commerçant, chef d'entreprise de moins de 10 salariés
- 4. Profession libérale
- 5. Ouvrier non qualifié, ouvrier agricole
- 6. Ouvrier qualifié, chauffeur
- 7. Agent de maîtrise, contremaître
- 8. Technicien, dessinateur, VRP
- 9. Maîtrise administrative ou commerciale des entreprises
- 10. Profession intermédiaire de la fonction publique, instituteur, assistant social, infirmier
- 11. Cadre d'entreprise, ingénieur
- 12. Cadre de la fonction publique, professeur, profession intellectuelle ou artistique
- 13. Employé de bureau, secrétaire
- 14. Employé de commerce, vendeur, personnel de service, agent d'entretien, femme de ménage, assistant maternel
- 15. Employé de la fonction publique, aide-soignant
- 16. N'a jamais travaillé
- (Ne sait pas)
- (Refus)

TCMERE

La mère de [D1 ETAB] est-elle en vie?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCMERE = 1

AGEMER

Actuellement, quel âge a approximativement la mère de [D1 ETAB] ?

 *Citer*

- 1_ moins de 25 ans
- 2_ de 25 à 29 ans
- 2_ de 30 à 39 ans
- 3_ de 40 à 49 ans
- 4_ de 50 à 59 ans
- 5_ 60 ans et plus
- (Ne sait pas)

- (Refus)

IF TCMERE = 2

TCDCMER

Quelle est l'année de décès de la mère de **[D1 ETAB]** ?

-  Si l'enquête ne sait pas, relancer en demandant un âge approximatif de l'enfant ou du jeune au moment du décès de sa mère afin de déterminer approximativement avec lui l'année du décès

| _ | | _ | | _ | | _ |

- (Ne sait pas)
 (Refus)

FANATIOM

Quelle était la nationalité de sa mère à sa naissance ?

 Citer

1. Française
 2. Étrangère
 (Ne sait pas)
 (Refus)

FANAIM

Où sa mère est-elle née ?

 Citer

1. En France (métropole ou DOM-TOM)
 2. A l'étranger
 (Ne sait pas)
 (Refus)

IF TCMERE = 1

TCMERDOM

Où habite-t-elle ?

 Une seule réponse possible

 Citer

1. Dans le même quartier que **[D1 ETAB]**
 2. Dans la même ville que **[D1 ETAB]**
 3. Dans le même département que **[D1 ETAB]**
 4. Dans la même région (au sens commun, non administratif) que **[D1 ETAB]**
 5. Ailleurs en France métropolitaine
 6. A l'étranger ou dans les DOM
 (Ne sait pas)
 (Refus)

IF TCMERE = 1

TCACTIMER

Quelle est actuellement sa situation principale vis-à-vis du travail ?

 Citer

- 1. Occupe un emploi (y compris petits boulots)
- 2. Apprentie sous contrat ou stagiaire rémunérée
- 3. Étudiante, élève, en formation ou stagiaire non rémunérée
- 4. Au chômage, en recherche d'emploi (inscrite ou non au Pôle Emploi)
- 5. Retraîtée ou retirée des affaires ou en préretraite
- 6. Inactive pour cause d'invalidité
- 7. Autre situation d'inactivité
- (Ne sait pas)
- (Refus)

TCSECTME

IF TCACTIMER = 1, 2 OR 3 : Dans son emploi actuel, est-elle ?

IF TCACTIMER = 4, 5, 6 OR 7 : Dans son dernier emploi, était-elle ?

IF TCMERE = 2 : Quelle était sa profession (si plusieurs, le dernier métier exercé) ?

 *En cas de réponse approximative sur le métier exercé, l'enquêteur doit chercher à classer la réponse dans la nomenclature proposée. Si le professionnel n'a aucune connaissance du métier, choisir la modalité ne sait pas.*

 *Montrer la **carte 1***

 *Une seule réponse possible*

- 1. Agriculteur exploitant
- 2. Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 3. Artisan, commerçant, chef d'entreprise de moins de 10 salariés
- 4. Profession libérale
- 5. Ouvrier non qualifié, ouvrier agricole
- 6. Ouvrier qualifié, chauffeur
- 7. Agent de maîtrise, contremaître
- 8. Technicien, dessinateur, VRP
- 9. Maîtrise administrative ou commerciale des entreprises
- 10. Profession intermédiaire de la fonction publique, instituteur, assistant social, infirmier
- 11. Cadre d'entreprise, ingénieur
- 12. Cadre de la fonction publique, professeur, profession intellectuelle ou artistique
- 13. Employé de bureau, secrétaire
- 14. Employé de commerce, vendeur, personnel de service, agent d'entretien, femme de ménage, assistant maternel
- 15. Employé de la fonction publique, aide-soignant
- 16. N'a jamais travaillé
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCPERE = 1 AND TCMERE = 1

TCVIPERMER

Le père et la mère de [D1 ETAB] vivent-ils ensemble ?

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)

- (Refus)

IF TCPERE = 1

TCVUPERFREQ

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence [D1 ETAB] a-t-il/elle vu son père ?

 Une seule réponse possible

 Citer

- 1. Chaque jour
- 2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
- 3. Plusieurs fois (mais pas chaque semaine)
- 4. Une fois
- 5. Il/elle ne l'a pas vu
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCVUPERFREQ = 5

TCVUPERTPS

Depuis combien de temps ne l'a-t-il/elle pas vu ?

 Une seule réponse possible

 Citer

- 1. moins de 3 mois
- 2. 3 à 6 mois
- 3. De 7 mois à 1 an
- 4. Plus d'un an
- 5. [D1 ETAB] ne connaît pas son père
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCMERE = 1

TCVUMERFREQ

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence [D1 ETAB] a-t-il/elle vu sa mère ?

 Une seule réponse possible

 Citer

- 1. Chaque jour
- 2. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour)
- 3. Plusieurs fois (mais pas chaque semaine)
- 4. Une fois
- 5. Il/elle ne l'a pas vue
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCVUMERFREQ = 5

TCVUMERTPS

Depuis combien de temps ne l'a-t-il/elle pas vue ?

 Une seule réponse possible

 Citer

- 1. moins de 3 mois
- 2. 3 à 6 mois
- 3. De 7 mois à 1 an
- 4. Plus d'un an
- 5. **[D1 ETAB]** ne connaît pas sa mère
- (Ne sait pas)
- (Refus)

TCFRAPLACE

[D1 ETAB] a-t-il / elle des frères et sœurs qui sont placés ?

 *Instruction : y compris les demi-frères et demi-sœurs*

 *Instruction : y compris avec hébergement en autonomie, y compris via des dispositifs jeune-majeur (18-21 ans)*

 *Citer*

- Oui
- Non
- N'a pas de frères et sœurs
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF TCFRAPLACE = 1

TCFRANB

Combien de frères et sœurs sont-ils placés ?

| _ | | _ |

0 A 25

- (Ne sait pas)
- (Refus)

INTRO_PB_SANTE

Nous allons maintenant parler des éventuels problèmes de santé ou handicaps de [D1 ETAB]. Nous aborderons également, lors de son entretien avec [D1 ETAB], d'autres questions sur sa santé.

1. Santé et recours aux soins

RSMALA

Au cours des 12 derniers mois, [D1 ETAB] a-t-il/elle eu un (ou des) problème(s) de santé durable(s) de la liste suivante ?

- Ce problème de santé doit avoir été diagnostiqué par un médecin mais pas forcément au cours des 12 derniers mois.
- Plusieurs réponses possibles
- Tendre **Carte 2**

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète

- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies
- 49 : Aucun problème de santé ou maladie **[EXCLUSIVE]**

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF RSMALA = 14 OR RSMALA = 24 OR RSMALA = 37 OR RSMALA = 43 OR RSMALA = 48
RSMALAQ

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

- (Ne sait pas)
- (Refus)

RSBDETAT

Comment décririez-vous l'état des dents et des gencives de [D1 ETAB] ?

 Citer

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF AGE >= 10

RSBDNOMB

Concernant ses dents, ... ?

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

 Citer

1. Elles sont intactes
2. Une ou plusieurs dents ont été traitées ou remplacées
3. Une ou plusieurs dents ont été arrachées mais non remplacées
4. Une ou plusieurs dents sont en mauvais état
5. (Ne sait pas)
6. (Refus)

LFSEL

[D1 ETAB] peut-il/elle contrôler ses selles et ses urines ?

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

 *Par rapport aux enfants du même âge*

 *Tendre **carte 3***

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, il/elle ne peut pas du tout

5. (Sans objet, la personne a un anus artificiel et une sonde vésicale)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF LFSEL = 2,3,4

LFCHANGE

[D1 ETAB] se débrouille-t-il/elle seul(e) quand ces difficultés se produisent ? (Pour se changer, gérer seul(e) les sondes éventuelles, etc.) ?

-  Par rapport aux enfants du même âge
-  Citer

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, il/elle ne peut pas du tout se débrouiller seul(e)
5. (Ne sait pas)
6. (Refus)

RSCONS

Au cours des 12 derniers mois, **[D1 ETAB]** a-t-il/elle consulté ...

-  Plusieurs réponses possibles
-  Consultation chez un professionnel ou dans le lieu où il/elle vit
-  Tendre **Carte 4**

- 1. Un médecin généraliste ou un pédiatre
- 2. Un dentiste ou un orthodontiste
- 3. Un infirmier
- 4. Un psychiatre ou un pédopsychiatre
- 5. Un psychologue ou un psychanalyste
- 6. Un ophtalmologue
- 7. Un dermatologue
- SI SEXE_I = 2** [8. Un gynécologue ou une sage-femme]
- 9. Un kinésithérapeute, un ostéopathe ou un chiropracteur
- 10. Un psychomotricien
- 11. Un orthophoniste
- 12. Un ergothérapeute
- 13. Un podologue ou un pédicure
- 14. Un autre professionnel de santé
- 15. Aucun **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF RSCONS = 14

RCONSAUT

Quel autre professionnel de santé ?

| _____ |
(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF RSCONS = 5

RSCONSPSY

La consultation avec un psychologue a-t-elle eu lieu :

 *Plusieurs réponses possibles*

1. Dans le lieu où il/elle vit
2. En dehors du lieu où il/elle vit
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

RSMEDPSY

Au cours des 12 derniers mois, a-t-il/elle consulté un professionnel de santé parce qu'il/elle a ressenti des difficultés psychologiques ou qu'il/elle n'avait pas le moral ?

 *Plusieurs réponses possibles*

 *Citer*

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 **[EXCLUSIVE]**
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF RSMEDPSY = 1,2,3,4

RSCMP

[IF AGE < 18] : Est-il/elle accompagné(e) par un centre de type CATT, CMPP, CMP ou un hôpital de jour ?

[IF AGE >= 18] : Est-il/elle accompagné(e) par un centre de type CMP ou un hôpital de jour ?

 *CATT : Centre d'accueil thérapeutique de jour*

 *CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.*

 *CMP : Centre médico-psychologique*

 *Un hôpital de jour en psychiatrie*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

RSHOP

Au cours des 12 derniers mois, [D1 ETAB] a-t-il/elle été hospitalisé(e) pour au moins une nuit ?

 *Y compris les urgences*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RSHOP = 1

RSHOPPSY

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

 Si plusieurs hospitalisations, répondre pour la dernière

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RSMEDPSY = 1,2,3,4

RSPSYTYP

[D1 ETAB] a-t-il/elle suivi dans les 12 derniers mois (ou suit-il/elle encore) une psychothérapie ?

 Par exemple : une thérapie familiale et/ou systémique, une psychanalyse (ou Psychothérapie d'inspiration psychanalytique), une remédiation cognitive, une TCC (Thérapie cognitive et comportementale) (y compris méthode ABA), une hypnothérapie...

- Oui
- Non
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF RSPSYTYP = 1

RSPSYFRE

Combien de séances de psychothérapie a-t-il/elle par mois ?

 Citer

1. 1 ou moins souvent
2. 2 à 4
3. 5 ou plus
4. (Ne sait pas)
5. (Refus)

2. Problèmes moteurs

DEFINTRO1

Nous allons maintenant aborder les éventuels problèmes moteurs de **[D1 ETAB]**. Ne tenez pas compte des problèmes passagers ou temporaires.

DEFQMOUV

[D1 ETAB] a-t-il/elle l'un des problèmes suivants ?

 Tendre **carte 5**

 Plusieurs réponses possibles

- 1. Paralysie complète d'une ou plusieurs parties du corps
- 2. Paralysie 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 un verre d'eau)
- 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 **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 8

DP8MOUV

Précisez ces autres difficultés importantes ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 9

DP9MOUV

Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 1

DEF1PARA

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

-  *Tendre **carte 6***
-  *Plusieurs réponses possibles*

- Les quatre membres
- Un membre inférieur
- Les deux membres inférieurs
- Un membre supérieur
- Les deux membres supérieurs
- La tête ou le cou
- Le tronc
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 2

DEF2PARA

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

-  **Tendre carte 6**
-  *Plusieurs réponses possibles*

- Les quatre membres
- Un membre inférieur
- Les deux membres inférieurs
- Un membre supérieur
- Les deux membres supérieurs
- La tête ou le cou
- Le tronc
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 4

DEFARTI

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

-  **Tendre carte 6**
-  *Plusieurs réponses possibles*

- Les quatre membres
- Un membre inférieur
- Les deux membres inférieurs
- Un membre supérieur
- Les deux membres supérieurs
- La tête ou le cou
- Le tronc
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 6

DEF6PARA

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

-  **Tendre carte 6**
-  *Plusieurs réponses possibles*

- Les quatre membres
- Un membre inférieur
- Les deux membres inférieurs
- Un membre supérieur
- Les deux membres supérieurs
- La tête ou le cou
- Le tronc
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMOUV = 3

DEFAMPUT

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

 Tendre **carte 7**

 Plusieurs réponses possibles

- Les quatre membres
- Un membre inférieur
- Les deux membres inférieurs
- Un membre supérieur
- Les deux membres supérieurs
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE ARE SELECTED AMONG DEFQMOUV = 1,2,3,4,5,6,7,8
DEFQMOUVPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide humaine, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

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

 Citer

REQUIRE ANSWER (DISABLE REFUSAL AND DK FOR THIS QUESTION)

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

IF DEFQMOUVPR = 1,2,3,4,5,6,7,8
DEFINTRO2

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFQMOUVPR = 9
DEFINTRO3A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFQMOUV = 1,2,3,4,5,6,7,8
DEFPROBMO

[IF DEFQMOUVPR = 9 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 Citer

 **[IF DEFQMOUVPR = 9 DISPLAY]** Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer

pour le problème le plus ancien

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFQMOUV = 1,2,3,4,5,6,7,8

DEFMOOR

[IF DEFQMOUVPR =9 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

-  Si AVC, indiquer « Une maladie, une malformation ou une anomalie ».
-  Tendre **carte 8**
-  Plusieurs réponses possibles

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFMOOR = 1

DEFMOMA

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

-  Tendre **carte 2**

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFMOMA = 14,24,37,43,48

DEFMOMAQ

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

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

3. Problèmes de vue

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

DEFQVISU

[D1 ETAB] a-t-il/elle l'un des problèmes de vue suivants sans ses lunettes ou lentilles s'il/elle en porte ?

- Tendre carte 9*
- Plusieurs réponses possibles*

- Aveugle (ou seulement perception de la lumière)
- Malvoyant (Instruction enquêteur : pour une déficience visuelle grave mais sans être aveugle)
- Un œil ne voit rien ou quasiment rien

- Limitation importante du champ visuel (ne pas voir sur les côtés, ou dans une partie du champ visuel...)
- Autre problème visuel important
- Autre difficulté pour voir de moindre importance
- Aucune difficulté de vue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQVISU = 5

DP5PV

Précisez cet autre problème visuel important ?

| _____ |

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQVISU = 6

DP6PV

Précisez cet autre problème visuel de moindre importance ?

| _____ |

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE ARE SELECTED AMONG DEFQVISU = 2,3,4,5

DEFQVISUPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

- Si le professionnel ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence »*
- Citer*

REQUIRE ANSWER (disable refusal and DK for this question)

2. **[IF DEFQVISU =2]** : Malvoyant
3. **[IF DEFQVISU =3]** : Un œil ne voit rien ou quasiment rien
4. **[IF DEFQVISU =4]** : Limitation importante du champ visuel
5. **[IF DEFQVISU =5]** : Autre problème visuel important
6. *(ne pas lire cette modalité)* : Ils ont tous le même niveau de conséquence
7. (Ne sait pas)
8. (Refus)

IF DEFQVISUPR = 2,3,4,5

DEFINTRO 4

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFQVISUPR = 6

DEFINTRO 4A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFQVISU = 1,2,3,4,5

DEFPROBVU

[IF DEFQVISUPR = 6 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 Citer

 **[IF DEFQVISUPR = 6 DISPLAY]** Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer pour le problème le plus ancien

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFQVISU = 1,2,3,4,5

DEFVUOR

[IF DEFQVISUPR =6 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

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

 Tendre **carte 8**

 Plusieurs réponses possibles

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFVUOR = 1

DEFVUMA

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

 Tendre **carte 2**

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

- 11 : Asthme (y compris asthme d'origine allergique)
- 12 : Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
- 13 : Allergie (hors asthme d'origine allergique) telles que : rhinite allergique, rhume des foins, conjonctivite allergique, allergie de la peau, allergie alimentaire

- 14 : Autres maladies respiratoires

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFVUMA = 14,24,37,43,48

DEFVUMAQ

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

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

4. Problèmes d'audition

DEFQAUDI

[D1 ETAB] a-t-il/elle l'un (ou plusieurs) des problèmes suivants, sans implant ou appareil auditif ?

- Classer l'hyperacousie avec les bourdonnements et les malentendants (des deux oreilles) non entièrement sourds avec « difficulté importante d'audition des deux oreilles »*
- Tendre **carte 10***
- Plusieurs réponses possibles*

- Surdité complète (des deux oreilles)

- Difficulté importante d'audition des deux oreilles (mais pas de surdité totale)
- Surdité complète d'une seule oreille
- Surdité moyenne à importante d'une seule oreille
- Bourdonnements, acouphènes importants
- Très grande sensibilité aux sons
- Autre difficulté importante à entendre
- Autre difficulté à entendre de moindre importance
- Aucune difficulté à entendre **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQAUDI = 7

DP7AUDI

Précisez cette autre difficulté importante ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQAUDI = 8

DP8AUDI

Précisez cette autre difficulté de moindre importance ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE SELECTED AMONG DEFQAUDI = 2,3,4,5,6,7

DEFQAUDIPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

- Si le professionnel ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».
- Citer

REQUIRE ANSWER (DISABLE REF AND DK)

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

IF DEFQAUDIPR = 1,2,3,4,5,6,7

DEFINTROS

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFQAUDIPR = 8

DEFINTRO5A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFQAUDI = 1,2,3,4,5,6,7

DEFPROBAU

[IF DEFQAUDIPR = 8 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 Citer

 **[IF DEFQAUDIPR = 8 DISPLAY]** Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer pour le problème le plus ancien

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFQAUDI = 1,2,3,4,5,6,7

DEFAUOR

[IF DEFQAUDIPR =8 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

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

 Tendre **carte 8**

 Plusieurs réponses possibles

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFAUOR = 1

DEFAUMA

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

 Tendre **carte 2**

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFAUMA = 14,24,37,43,48

DEFAUMAQ

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

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

5. Problèmes liés à la parole

DEFQPAROL

[D1 ETAB] a-t-il/elle une des difficultés suivantes ?

- Classer l'aphasie dans les difficultés importantes ou impossibilités à agencer des mots.
- Répondre par rapport aux enfants du même âge
- Tendre **carte 11**
- Plusieurs réponses possibles
- Citer

- Impossibilité de parler (mutité - être muet)
- Difficultés importantes d'articulation
- Difficultés importantes de fluidité de la parole (bégaiement, problèmes de cadence...)
- Difficultés importantes ou impossibilité à agencer des mots
- Autres difficultés importantes de la parole
- Autres difficultés de la parole de moindre importance
- Aucune difficulté de la parole **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQPAROL = 5

DP5PAROL

Précisez ces autres difficultés importantes ?

| _____ |

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQPAROL = 6

DP6PAROL

Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?

| _____ |

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE ARE SELECTED AMONG DEFQPAROL = 2,3,4,5

DEFQPAROLPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

- Si le professionnel ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».
- Citer

ANSWER REQUIRED (DISABLE REFUSAL AND DK FOR THIS QUESTION)

2. [IF DEFQPAROL =2] : Difficultés importantes d'articulation
3. [IF DEFQPAROL =3] : Difficultés importantes de fluidité de la parole

4. **[IF DEFQPAROL =4]** : Difficultés importantes ou impossibilité à agencer des mots
5. **[IF DEFQPAROL =5]** : Autres difficultés importantes de la parole
6. *(Ils ont tous le même niveau de conséquence)*
7. (Ne sait pas)
8. (Refus)

IF DEFQPAROLPR = 2,3,4,5

DEFINTRO6

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFQPAROLPR = 6

DEFINTRO6A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFQPAROL = 1,2,3,4,5

DEFPROBA

[IF DEFQPAROLPR = 6 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 Citer

 **[IF DEFQPAROLPR = 6 DISPLAY]** Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer pour le problème le plus ancien

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFQPAROL = 1,2,3,4,5

DEFPAOR

[IF DEFQPAROLPR =6 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

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

 Tendre **carte 8**

 Plusieurs réponses possibles

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQPAOR = 1

DEFPAMA

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

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFPAMA = 14,24,37,43,48

DEFPAMAQ

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

|_____|

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

6. Problèmes organiques chroniques

DEFQMETA

[D1 ETAB] a-t-il/elle l'un des problèmes suivants?

 *Tendre **carte 12***

 *Plusieurs réponses possibles*

- Insuffisance rénale
- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance cardiaque
- Dérèglement hormonal ou métabolique important et durable (diabète, etc.)
- Dysfonctionnement important de la digestion
- Dysfonctionnement important de l'appareil urinaire (incontinence, etc.)
- Douleurs récurrentes d'origine inconnue
- Autres difficultés organiques chroniques importantes
- Autres difficultés organiques chroniques de moindre importance
- Aucune difficulté organique chronique **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMETA = 8

DP7META

Précisez ces autres difficultés importantes ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFQMETA = 9

DP8META

Précisez ces autres difficultés de moindre importance ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE ARE SELECTED AMONG DEFQMETA = 1,2,3,4,5,6,7,8

DEFQMETAPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

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

 *Citer*

ANSWER REQUIRED (DISABLE REFUSAL AND DK FOR THIS QUESTION)

1. **[IF DEFQMETA =1]** : Insuffisance rénale
2. **[IF DEFQMETA =2]** : Insuffisance respiratoire

3. **[IF DEFQMETA =3]** : Insuffisance cardiaque
4. **[IF DEFQMETA =4]** : Dérèglement hormonal ou métabolique important et durable
5. **[IF DEFQMETA =5]** : Dysfonctionnement important de la digestion
6. **[IF DEFQMETA =6]** : Dysfonctionnement important de l'appareil urinaire (incontinence, problème de prostate, cystites chroniques etc.)
7. **[IF DEFQMETA =7]** : Douleurs récurrentes d'origine inconnue
8. **[IF DEFQMETA =8]** : Autres difficultés organiques importantes
9. *(Ne pas lire cette modalité)* Ils ont tous le même niveau de conséquence
10. (Ne sait pas)
11. (Refus)

IF DEFQMETAPR = 1,2,3,4,5,6,7,8

DEFINTRO7

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFQMETAPR = 9

DEFINTRO7A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFQMETA = 1,2,3,4,5,6,7,8

DEFPROBME

[IF DEFQMETAPR = 9 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 *Citer*

 **[IF DEFQMETAPR = 9 DISPLAY]** *Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer pour le problème le plus ancien*

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFQMETA = 1,2,3,4,5,6,7,8

DEFMEOR

[IF DEFQMETAPR =9 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

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

 *Tendre **carte 8***

 *Plusieurs réponses possibles*

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)

(Refus)

IF DEFMEOR = 1

DEFMEMA

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

 *Tendre carte 2*

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

(Ne sait pas)

(Refus)

IF DEFMEMA = 14,24,37,43,48

DEFMEMAQ

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

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

7. Problèmes intellectuels, psychologiques ou comportementaux

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

DEFINT

[D1 ETAB] a-t-il/elle l'un des problèmes suivants ?

- Répondre par rapport aux autres enfants du même âge. Par exemple, un enfant de 5 ans ne doit pas être considéré comme ayant des difficultés importantes à se concentrer si ce n'est pas pathologique.
- Tendre **carte 13**
- 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 importantes 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 **[EXCLUSIVE]**
- 19. (Ne sait pas)
- 20. (Refus)

IF 2 ITEMS OR MORE ARE SELECTED AMONG DEFINT = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFINTPR

Parmi les problèmes que vous venez de citer, lorsqu'il/elle est seul(e) et sans aide, quel est celui qui a les conséquences les plus importantes au quotidien ?

-  Si le professionnel ne sait pas ou ne souhaite pas répondre, cocher « ils ont tous le même niveau de conséquence ».
-  Citer

REQUIRE ANSWER (disable refusal and DK for this question)

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

IF DEFINTPR = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFINTRO9

Nous allons à présent parler plus précisément de ce problème.

IF DEFINTPR = 18

DEFINTRO9A

Nous allons à présent parler plus précisément de ces problèmes.

IF DEFINT = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFPROBIN

[IF DEFINTPR = 18 DISPLAY] : Quand sont apparus ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quand est apparu ce problème ?

 Citer

 **[IF DEFINTPR = 18 DISPLAY]** Si les problèmes ne sont pas apparus en même temps, indiquer

pour le problème le plus ancien

1. À la naissance
2. Avant ses 5 ans
3. Entre 5 et 9 ans
4. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
5. **[IF AGE >=15]** À 15 ans ou plus tard
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF DEFINT = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFINDIAG

[IF DEFINTPR = 18 DISPLAY] : Un diagnostic a-t-il été posé par un médecin à propos de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Un diagnostic a-t-il été posé par un médecin à propos de ce problème ?

 *Attention, un traitement est possible sans diagnostic.*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF DEFINDIAG = 1

DEFIN2DIAG

Connaissez-vous sa formulation exacte ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF DEFIN2DIAG = 1

DEFIN3DIAG

Laquelle était-ce ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
 (Refus)

IF DEFINDIAG = 1

DEFIN4DIAG

Quel âge avez-t-il/elle au moment de l'obtention de ce diagnostic ?

 *Citer*

1. Moins de 5 ans
2. Entre 5 et 9 ans
3. **[IF AGE >=10]** Entre 10 et 14 ans
4. **[IF AGE >=15]** 15 ans ou plus
5. (Ne sait pas)
6. (Refus)

IF DEFINT = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFINTRAI

[IF DEFINTPR = 18 DISPLAY] : Un traitement, des soins sont-ils prescrits pour ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Un traitement, des soins sont-ils prescrits pour ce problème ?

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

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF DEFINTRAI = 1

DEFIN3TRAI

Concernant ce traitement ou ces soins :

 *Citer*

1. Il/elle ne le/les suit jamais
2. Il/elle le/les suit occasionnellement
3. Il/elle le/les suit la plupart du temps
4. Il/elle le/les suit totalement
5. (Ne sait pas)
6. (Refus)

IF DEFINTRAI = 1 AND DEFIN3TRAI <> 1

DEFIN5TRAI

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

 *Citer*

1. Non, pas du tout
2. Oui, un peu
3. Oui, beaucoup
4. (Ne sait pas)
5. (Refus)

IF DEFINT = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

DEFINOR

[IF DEFQINTPR =18 DISPLAY] : Quelles sont les causes de ces problèmes ?

[OTHERWISE DISPLAY] : Quelles sont les causes de ce problème ?

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

 *Tendre **carte 8***

 *Plusieurs réponses possibles*

- Une maladie, une malformation ou une anomalie
- Un accident
- Une agression ou des violences
- Des problèmes de santé liés à une hospitalisation, une opération, un traitement médical
- Des conséquences de ses conditions de vie
- Une autre cause
- Aucune cause connue **[EXCLUSIVE]**

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFINOR = 1

DEFINMA

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

 **Tendre carte 2**

SAME MAP AS IN RSMALA WITHOUT ITEM 49.

1 DIGIT ITEMS SHOULD BE DISPLAYED BUT UNCLICKABLE AND DO NOT CORRESPOND TO A MODALITY.

1. Maladies respiratoires

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

2. Maladies ou problèmes neurologiques

- 21 : Migraines, maux de têtes importants
- 22 : Épilepsie
- 23 : Sclérose en plaque
- 24 : Autres maladies ou problèmes neurologiques

3. Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 31 : Anxiété
- 32 : Dépression
- 33 : Troubles du neuro-développement et / ou troubles du spectre de l'autisme
- 34 : Schizophrénie
- 35 : Troubles bipolaires
- 36 : Anorexie mentale
- 37 : Autres maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

4. Autres maladies ou problèmes

- 41 : Insuffisance cardiaque
- 42 : Troubles du rythme
- 43 : Autres maladies ou problèmes cardio-vasculaires
- 44 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident
- 45 : Insuffisance rénale
- 46 : Diabète
- 47 : Affection de la thyroïde (goitre, hyper ou hypothyroïdie)
- 48 : Autres maladies

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFINMA = 14,24,37,43,48

DEFINMAQ

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

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFINT = 1:17 AND DEFQMOUV = 1:8

DEFPOLYH

A-t-on diagnostiqué un polyhandicap à [D1 ETAB] ?

 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
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

DEFOUBL

[D1 ETAB] a-t-il/elle un (ou des) problème(s) de santé durable(s) que vous n'auriez pas mentionné(s) jusque-là ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF DEFOUBL = 1

DEF1OUBL

Lequel ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF DEFOUBL = 1

OKO2DEF

Y en a-t-il un autre ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF OKO2DEF = 1

DEF2OUBL

Lequel ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

RESTRICTIONS D'ACTIVITE

INTRO_RESTRICTION_ACTIVITE

Nous allons maintenant parler des difficultés que [D1 ETAB] peut rencontrer pour effectuer seul(e) certaines activités de la vie quotidienne par rapport aux enfants ou jeunes du même âge. Pour chaque activité, ne tenez pas compte de l'aide apportée par une autre personne, mais prenez en compte les objets ou appareils qu'il/elle utilise.

 Ignorez les problèmes passagers ou temporaires.

PRATOI

[D1 ETAB] a-t-il/elle des difficultés pour se laver seul(e) ?

-  Il s'agit d'avoir une hygiène corporelle satisfaisante, quelle que soit la méthode.
-  Se laver seul(e) exclut les cas où l'enfant/le jeune est guidé par la parole.
-  Répondre par rapport aux enfants de son âge.
-  Tendre **carte 14**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Il/elle ne peut pas se laver seul(e)
5. (Non concerné(e), ne se lave jamais)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

PRAHAB

[D1 ETAB] a-t-il/elle des difficultés pour s'habiller ou se déshabiller seul(e) ?

-  ENQ : Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre « s'habiller » et « se déshabiller ».
-  S'habiller ou se déshabiller seul(e) excluent les cas où l'enfant/le jeune est guidé par la parole.
-  Répondre par rapport aux enfants de son âge.
-  Tendre **carte 14**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Il/elle ne peut pas s'habiller ou se déshabiller seul(e)
5. (Non concerné(e), ne s'habille jamais)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

PRAELI

[D1 ETAB] a-t-il/elle des difficultés pour se servir seul(e) des toilettes ?

- 📖 Répondre par rapport aux enfants de son âge.
- 📖 Se servir seul(e) des toilettes exclut les cas où l'enfant/le jeune est guidé par la parole.
- 📖 Tendre **carte 14**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Il/elle ne peut pas le faire seul(e)
5. (Non concerné(e), ne se sert jamais des toilettes)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

PRACOU

[D1 ETAB] a-t-il/elle des difficultés pour se coucher ou se lever seul(e) de son lit ?

- 📖 ENQ : Coder la difficulté la plus importante s'il y a une différence entre « se coucher » et « se lever ».
- 📖 Répondre par rapport aux enfants de son âge.
- 📖 Tendre **carte 14**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Il/elle ne peut pas le faire seul(e)
5. (Non concerné(e), ne se couche ou ne se lève jamais)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF AGE ≥15

PRACHOI

[D1 ETAB] a-t-il/elle des difficultés à choisir, sans aide, des vêtements adaptés aux circonstances ?

- 📖 Par exemple, pour aller manger avec d'autres personnes, pour aller dormir, pour sortir
- 📖 L'aide inclut les cas où l'enfant/le jeune est guidé par la parole.
- 📖 Tendre **carte 14**

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, quelques difficultés
3. Oui, beaucoup de difficultés
4. Il/elle ne peut pas le faire seul(e)
5. (Non concerné(e), ne le fait pas du tout)
6. (Ne sait pas)
7. (Refus)

IF PRACHOI = 2,3,4,5

PRACHOIW

Est-ce surtout à cause de son état de santé ou d'un handicap ?

- 📖 Citer.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)

4. (Refus)

**IF PRATOI = 2,3,4,5 OR PRAHAB = 2,3,4,5 PRAELI = 2,3,4,5 OR PRACOU = 2,3,4,5 OR PRACHOIW = 1
PRAAIDACT**

[D1 ETAB] reçoit-il/elle régulièrement de l'aide d'une ou plusieurs personnes pour une ou plusieurs activités parmi les activités suivantes ?

Citer.

Il s'agit des activités dans le lieu où il/elle vit et en dehors.

Plusieurs réponses possibles.

- IF PRATOI = (2 OR 3 OR 4 OR 5)** <Pour se laver>
- IF PRAHAB = (2 OR 3 OR 4 OR 5)** <Pour s'habiller ou se déshabiller>
- IF PRAELI = (2 OR 3 OR 4 OR 5)** <Pour se servir des toilettes>
- IF PRACOU = (2 OR 3 OR 4 OR 5)** <Pour se coucher ou se lever de son lit>
- IF PRACHOIW = 1** <Pour choisir des vêtements adaptés aux circonstances>
- Aucune activité **[EXCLUSIVE]**
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF PRAAIDACT= 1, 2, 3, 4, 5

PRAAIDQUI

Qui apporte une aide à [D1 ETAB] pour au moins une de ces activités ?

Plusieurs réponses possibles.

- 1. Des professionnels de l'ASE
- 2. Ses copains, ses amis
- 3. Des membres de sa famille, des proches
- 4. Des professionnels hors ASE
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF PRAAIDQUI = 2

PRAAIDAMI

Combien de copains, d'amis l'aident ?

|_|_| MIN=1 ; MAX=20

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF PRAAIDQUI =3

PRAAIDFAM

Combien de personnes de sa famille, de proches l'aident ?

|_|_| MIN=1 ; MAX=20

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF PRAAIDQUI = 2,3

PRAAIDFREQENT

Est-ce que son entourage (famille et amis) l'aident...

 Toutes aides confondues de toutes les personnes

1. un peu tous les jours
2. quelques fois par semaine
3. une fois par semaine
4. moins d'une fois par semaine

- Ne sait pas
 Refus

IF PRAAIDQUI = 4

PRAAIDPRO

Combien de professionnels hors ASE l'aident ?

|_|_| MIN=1 ; MAX=20

- (Ne sait pas)
 (Refus)

IF PRAAIDQUI = 4

PRAAIDFREQPRO

Est-ce que les professionnels hors ASE l'aident...

 Toutes aides confondues de tous les professionnels hors ASE

1. un peu tous les jours
2. quelques fois par semaine
3. une fois par semaine
4. moins d'une fois par semaine

- Ne sait pas [EXCLUSIVE]
 Refus [EXCLUSIVE]

AIDES TECHNIQUES

ATDEB

Nous allons maintenant aborder les objets, aides techniques, orthèses et prothèses que [D1 ETAB] utilise habituellement dans ses activités quotidiennes en raison d'un problème de santé ou d'un handicap.

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.

ATBEN

Pouvez-vous me dire quels types d'aide technique [D1 ETAB] utilise à cause d'un problème de santé ou d'un handicap ?

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

Tendre **carte 15**

Plusieurs réponses possibles

- Aides pour voir, lire
- Aides pour entendre ou parler
- Prothèses et implants
- Appareillage de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps (dont semelles orthopédiques)
- Aides pour les soins personnels (sonde, protections ou vêtements adaptés)
- Aides à la vie quotidienne (aide pour manger, se laver, s'habiller, se coucher, etc.)
- Aides au déplacement (dont chien guide et canne)
- Aides pour les transferts (aller du lit au fauteuil ou se tourner dans le lit), se lever et se coucher
- Aides pour communiquer ou gérer les actes de la vie quotidienne (dont ordinateur ou téléphone adapté, objets avec télécommande)
- Aucune aide technique mais [D1 Etab] en aurait besoin [EXCLUSIVE]
- Aucune aide technique et [D1 Etab] n'en a pas besoin [EXCLUSIVE]
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATBEN = 1,2

ATLIST_A

Pouvez-vous me dire quels objets, aides techniques et prothèses [D1 ETAB] porte/utilise pour voir, entendre ou parler ?

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

Tendre **carte 16**

Plusieurs réponses possibles

IN THE FOLLOWING LIST, LINES IN BOLD ARE TITLES AND SHOULD BE DISPLAYED BUT NOT SELECTABLE

Aides pour voir, lire

- Lunettes ou lentilles
- Autre objet ou aide technique pour voir

Aides pour entendre ou parler

- Implant auditif
- Prothèse auditive
- Autre objet ou aide technique pour communiquer
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATLIST_A = 2

AUTAIDVU

De quelle aide pour voir s'agit-il ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATLIST_A = 5

AUTAIDAU

De quelle aide pour communiquer s'agit-il ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATLIST_A = 1

ATVISUCHG

[D1 ETAB] aurait-il/elle besoin de changer de lunettes car elles ne sont plus adaptées ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF ATLIST_A = 3,4

ATAUDICHG

[D1 ETAB] aurait-il/elle besoin de changer son implant ou appareil auditif car il n'est plus adapté ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF ATBEN = 3,4

ATLIST_B

Pouvez-vous me dire quelles prothèses [D1 ETAB] porte ou quels appareils il/elle utilise pour maintenir ou soutenir la position de son corps ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATBEN = 5,6

ATLIST_C

Pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques [D1 ETAB] porte/utilise pour ses soins personnels ou la vie quotidienne ?

-  *Tendre **carte 17***
-  *Plusieurs réponses possibles*

IN THE FOLLOWING LIST, LINES IN BOLD ARE TITLES AND SHOULD BE DISPLAYED BUT NOT SELECTABLE

Aides pour les soins personnels

- Couches (protections absorbantes)
- Vêtements adaptés
- Autre aide pour les soins personnels

Aides à la vie quotidienne

- Dentier (hors appareils dentaires d'orthodontie)
- Aides pour te laver : brosse à dos adaptée, siège de douche non fixé au mur, planche de baignoire, etc.
- Aides pour t'habiller : enfile-bas, chausse-pieds, etc.
- Aides pour manger et boire : couverts coudés, gobelet à bec, gobelet à paille, assiette à rebord, assiette compartimentée, etc.
- Aides pour aller aux toilettes : rehausseur non fixé à la cuvette, matériel pour faciliter l'hygiène intime, chaise percée, etc.
- Aides pour se lever ou se coucher : lit médicalisé, lit électrique (hors lit médicalisé)
- Bouton d'appel
- Autres aides pour les soins ou la vie quotidienne
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATBEN = 7,8

ATLIST_D

Pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques [D1 ETAB] porte/utilise pour se déplacer ?

-  *Tendre **carte 18***
-  *Plusieurs réponses possibles*

IN THE FOLLOWING LIST, LINES IN BOLD ARE TITLES AND SHOULD BE DISPLAYED BUT NOT SELECTABLE

Aides au déplacement

- Cannes ou béquilles
- Canne blanche
- Déambulateur
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Autres aides pour marcher ou se déplacer
- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATBEN = 8

ATLIST_D2

Quelle aide **[D1 ETAB]** utilise-t-il/elle pour se déplacer dans sa chambre ?

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATBEN = 9

ATLIST_E

Pouvez-vous me dire quels objets ou aides techniques **[D1 ETAB]** porte/utilise pour communiquer ou gérer les actes de la vie quotidienne ?

-  *Tendre **carte 19***
-  *Plusieurs réponses possibles*

- Ordinateur ou tablette adapté (exemple : caractères plus gros, clavier ou souris adapté, utilisation simplifiée, volume du son élevé, fonctionnalités supplémentaires, etc.)
- Téléphone adapté
- Enceinte connectée adaptée ou non (assistant personnel)
- Objet connecté (hors enceinte)
- Logiciel ou application spécifique
- Appareil aussi utilisé pour d'autres choses (commande du fauteuil roulant, etc.)
- (Ne sait pas)
- (Refus)

ATAUTR

[D1 ETAB] utilise-t-il/elle, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, d'autres équipements spéciaux ou aides techniques non cités précédemment ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF 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.

| _____ |
(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF ATAUTR = 1

OK[I]ATAUT

-[D1 ETAB] utilise-t-il/elle un autre équipement ou une autre aide technique ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF OK[I]ATAUT = 1

AT[I]AUTR

Lequel ?

| _____ |
(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

AMENAGEMENTS DU LOGEMENT

AMDEB

Nous allons maintenant aborder les aménagements éventuellement réalisés dans la chambre de [D1 ETAB]. Nous allons décrire ceux qu'il/elle utilise à cause de son état de santé ou d'un handicap.

-  Instruction : aménagements de la chambre ou du logement = adaptations non déplaçables.
-  Prendre en compte uniquement les aménagements à l'intérieur de la chambre de l'établissement (ne pas tenir compte de l'accès depuis l'extérieur).

AMLIST

[D1 ETAB] utilise-t-il/elle les aménagements ou équipements suivants dans sa chambre à cause de problèmes de santé ou d'un handicap ?

-  Tendre **carte 20**
-  Plusieurs réponses possibles
-  Il s'agit des aménagements utilisés dans le lieu où il/elle vit.

IN THE FOLLOWING LIST, LINES IN BOLD ARE TITLES AND SHOULD BE DISPLAYED BUT NOT SELECTABLE

Dans la salle d'eau

01. Une ou plusieurs barres d'appui
02. Des toilettes surélevées ou à hauteur variable (exclure les rehausseurs amovibles)
03. Une douche élargie ou avec un bac à douche au niveau du sol (douche à l'italienne par exemple)
04. Un siège de douche fixé au mur
05. Un lavabo adapté (par exemple réglable en hauteur)
06. Un sol spécial (par exemple anti-dérapant)
07. Une prise électrique ou un interrupteur facile à utiliser
08. Une pièce avec suffisamment d'espace, par exemple pour un fauteuil roulant

Dans la chambre

09. Un lève-personne fixé au plafond ou au mur
10. Des barres d'appui ou des rampes
11. Des chemins lumineux ou des interrupteurs automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
12. Un dispositif lumineux pour alerter des bruits (ex : par flash)
13. Des portes automatiques (à détecteur de mouvement ou à télécommande)
14. Des portes ou des couloirs spécialement élargis
15. Des revêtements de sol anti-dérapants
16. Des meubles abaissés ou réglables en hauteur
17. Aucun de ces aménagements mais il/elle en aurait besoin **[EXCLUSIVE]**
18. Aucun de ces aménagements et il/elle n'en a pas besoin **[EXCLUSIVE]**
19. (Ne sait pas)
20. (Refus)

AMAUTR

À cause d'un problème de santé ou d'un handicap, utilise-t-il/elle d'autres aménagements dans sa chambre ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF AUMAUTR = 1

AM1AUTR

Lequel ?

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

|_____|

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF AUMAUTR = 1

OK2AMAUT

Utilise-t-il/elle un autre aménagement dans sa chambre ?

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF OK2AMAUT = 1

AM2AUTR

Lequel ?

|_____|

(200 CHARACTERS)

- (Ne sait pas)
- (Refus)

1. Reconnaissance par la MDPH

INTRO_RECO_MDPH

Nous allons à présent aborder les démarches administratives éventuellement menées pour faire reconnaître une situation de handicap.

IF RECONN = 2, NSP, RF

RPCOTOR

A-t-on déposé pour **[D1 ETAB]** un dossier auprès de la MDPH ?

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RPCOTOR = 1 OR RECONN = 1

RPCOT

A-t-il/elle déjà reçu une décision rendue par la MDPH ?

Cette question concerne l'ensemble des demandes déposées.

Il peut y avoir eu plusieurs passages devant les commissions, et donc plusieurs réponses possibles.

1. Oui, une décision positive
2. Oui, une décision négative
3. Non
4. (Ne sait pas)
5. (Refus)

IF RPCOT = 1,2 OR RECONN = 1

RPTCOT

Quel taux d'incapacité lui a été reconnu ?

S'il y a eu plusieurs passages devant la MDPH, 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
5. (Ne sait pas)
6. (Refus)

IF RPCOT = 1 OR RECONN = 1

RPCOTPOS

Quelles décisions positives ont été rendues par la MDPH ?

Cocher toutes les décisions positives depuis la remise du premier dossier auprès de la MDPH.

-  [Si AGE < 16 :] Montrer la **carte 21A**
-  [Si AGE >= 16 :] Montrer la **carte 21B**
-  Plusieurs réponses possibles

1. Attribution d'une allocation ou d'une prestation (dont PCH, AAH, AEEH)
2. Attribution d'une carte mobilité inclusion, invalidité, 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, SSED, SAVS, SAMSAH)
11. Attribution d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (ex AVS)
12. Attribution de matériel pédagogique adapté
13. **[SI AGE>=16]** : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
14. **[SI AGE>=16]** : Orientation vers un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, une entreprise adaptée)
15. **[SI AGE>=16]** : Orientation vers le milieu ordinaire de travail
16. **[SI AGE>=16]** : Orientation vers un établissement pour adultes handicapés
17. **[SI AGE>=16]** : Orientation vers une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, etc.)
18. **[SI AGE>=16]** : Orientation vers un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
19. Orientation vers un lieu de vie et d'accueil (LVA)
20. Une autre décision
21. (Ne sait pas)
22. (Refus)

IF RPCOTPOS = 20

RPCOTPOSAUT

Quelle autre décision ?

|_____|

200 CHARACTERS

- (Ne sait pas)
- (Refus)

IF RPCOTPOS = 2

RPCARTE

Bénéficie-t-il/elle actuellement d'une carte mobilité inclusion, invalidité, de priorité ou de stationnement ?

-  **[D1 ETAB]** a pu, par le passé, avoir une carte mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RPCOTPOS = 10

RPESSAD

Bénéficie-t-il/elle actuellement d'une aide par un service d'éducation spéciale, d'accompagnement ou de soins (SESSAD, SSESD, SAVS, SAMSAH) ?

 **[D1 ETAB]** a pu, par le passé, avoir une aide mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RPCOTPOS = 13

RPRQTH

Bénéficie-t-il/elle actuellement d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ?

 **[D1 ETAB]** a pu, par le passé, avoir une RQTH mais ne plus en bénéficier aujourd'hui.

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

IF RPCOTPOS = 3,4,5,6,7,8,14,16,17,18,19

RPSUIT1

[D1 ETAB] a été orienté(e) vers un des établissements spécialisés suivants :

 Citer

[SI RPCOTPOS =3] : Un institut médico-éducatif (IME)

[SI RPCOTPOS =4] : Un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)

[SI RPCOTPOS =5] : Un établissement pour déficients moteurs

[SI RPCOTPOS =6] : Un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés

[SI RPCOTPOS =7] : Un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)

[SI RPCOTPOS =8] : Un foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés

[SI RPCOTPOS =14] : Un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, une entreprise adaptée)

[SI RPCOTPOS =16] : Un établissement pour adultes handicapés

[SI RPCOTPOS =17] : Une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, etc.)

[SI RPCOTPOS =18] : Un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés

[SI RPCOTPOS =19] : Un lieu de vie et d'accueil (LVA)

IF AT LEAST 2 ANSWERS AMONG RPCOTPOS = 3,4,5,6,7,8,14,16,17,18,19

RPSUIT 2

Nous allons parler de la dernière orientation en date vers un établissement.

IF AT LEAST 2 ANSWERS AMONG RPCOTPOS = 3,4,5,6,7,8,14,16,17,18,19

RPETABQ

De quel établissement s'agissait-il ?

1. **[SI RPCOTPOS =3]** : Un institut médico-éducatif (IME)
2. **[SI RPCOTPOS =4]** : Un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)
3. **[SI RPCOTPOS =5]** : Un établissement pour déficients moteurs
4. **[SI RPCOTPOS =6]** : Un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
5. **[SI RPCOTPOS =7]** : Un établissement pour déficients sensoriels (déficients auditifs, déficients visuels)
6. **[SI RPCOTPOS =8]** : Un foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés
7. **[SI RPCOTPOS =14]** : Un établissement de travail protégé (un établissement et service d'aide par le travail, une entreprise adaptée)
8. **[SI RPCOTPOS =16]** : Un établissement pour adultes handicapés
9. **[SI RPCOTPOS =17]** : Une structure de réinsertion professionnelle (centre de rééducation professionnelle, de pré-orientation, etc.)
10. **[SI RPCOTPOS =18]** : Un foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés
11. **[SI RPCOTPOS =19]** : Un lieu de vie et d'accueil (LVA)
12. (Ne sait pas)
13. (Refus)

IF RPCOTPOS = 3,4,5,6,7,8,14,16,17,18,19

RPETABFREQ

A-t-il/elle pu fréquenter cet établissement spécialisé ?

 Citer

1. Oui
2. Non, car il n'y avait pas de place
3. Non, car il n'y avait pas cette catégorie d'établissement près de chez lui/elle
4. Non, car les responsables légaux ont refusé
5. Non, car **[D1 ETAB]** a refusé
6. Non, pour une autre raison
7. (Ne sait pas)
8. (Refus)

IF RPCOT = 1 AND ETLIMI = 1

RPSUIT3

Nous allons maintenant évoquer les établissements d'hébergement ou proposant un accueil en journée que **[D1 ETAB] fréquente éventuellement à l'heure actuelle.**

IF RPCOT = 1 AND ETLIMI = 1

RPACT

Fréquente-t-il/elle régulièrement un des lieux suivants ?

 **Montrer la carte 22**

 *Plusieurs réponses possibles*

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 centre de rééducation professionnelle (CRP) ou un établissement et service de réorientation ou de réadaptation professionnelle (ESPO ou ESRP)
11. Un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT)
12. Un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
13. Un centre de pré-orientation pour adultes handicapés
14. Une unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)
15. Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
16. Un autre établissement accueillant en journée des enfants en situation de handicap
17. Un autre établissement accueillant en journée des adultes en situation de handicap
18. Aucun de ces établissements
19. (Ne sait pas)
20. (Refus)

IF RPACT = 1,2,3,4,5,8,9,10,13,14

RPACTJN

Fréquenté-t-il/elle l'établissement :

 *Plusieurs réponses possibles*

1. En journée
2. De nuit
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

INTRO_RECO_INVAL

Nous allons maintenant parler de reconnaissances d'invalidité que [D1 ETAB] pourrait avoir actuellement.

SINGLE ANSWER

RPINVAL

A-t-il/elle un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la sécurité sociale ou les sociétés d'assurance ?

 *Ne pas prendre en compte les taux d'invalidité ou d'incapacité accordés la MDPH.*

1. Oui
2. Non
3. (Ne sait pas)
4. (Refus)

2. Prestations et allocations

INTRO_PRESTA

Nous allons maintenant parler des prestations que [D1 ETAB] perçoit en lien avec un handicap ou un problème de santé.

RPALLOC

Perçoit-il/elle personnellement (ou sa famille perçoit-elle pour lui/elle) l'une des allocations, prestations ou financements suivants liés à un handicap ou à un problème de santé ?

 *Montrer la **carte 23***

 *Plusieurs réponses possibles*

1. L'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)
 2. La PCH (Prestation de compensation du handicap)
 3. **[IF AGE>=20]** : L'AAH (allocation adulte handicapé)
 4. Des indemnités journalières de la sécurité sociale (arrêt maladie)
 5. Une pension d'invalidité, majoration pour tierce personne, allocation supplémentaire d'invalidité
 6. Une rente versée par une assurance ou une mutuelle
 7. D'autres aides versées par le département pour rémunérer des auxiliaires de vie
 8. L'action sociale des mutuelles ou des assurances privées, ou des communes
 9. Une autre allocation, prestation ou financement lié au handicap ou à un problème de santé
 10. Aucune allocation, prestation ou financement lié au handicap ou à un problème de santé
- [EXCLUSIVE]**
11. (Ne sait pas)
 12. (Refus)

IF RPALLOC = 9

RPALLOCP

Précisez quel(le) autre allocation ou financement ?

| _____ |

200 CHARACTERS

- (Ne sait pas)
- (Refus)

La partie du questionnaire à remplir sans [D1 ETAB] est à présent terminée. Nous vous remercions de votre participation.

Si vous n'avez pas déjà rempli le questionnaire en ligne pour [D1 ETAB] et éventuellement d'autres enfants ou jeunes, nous vous remercions de le faire dès que possible.