PARTIE 1 DU QUESTIONNAIRE PSYCHO-SOCIO.

Ce questionnaire est en 3 parties. Pour faire le lien entre les différentes parties, nous vous demandons de créer un pseudonyme et de l’utiliser à chaque fois pour nous permettre de faire le lien entre vos réponses. L’adresse email est traitée séparément de vos réponses. Elle est utilisée pour rappeller, si nécessaire, de répondre aux parties suivantes et pour informer les participants des résultats de l’enquête.

Le chercheur qui recevra votre fichier par email ou papier le donnera sans vos informations de contact à un autre chercheur qui ne vous connait pas et qui saisira vos réponses anonymes dans un fichier informatique.

Pour faciliter les réponses sur ce fichier, certaines demandes de précisions ont été ajoutées directement dans les propositions de réponses. Ceci modifie les numéros initiaux des questions. Ne soyez donc pas surpris s’il manque des numéros.

Selon vos réponses, certaines questions ne vous concernent pas. Nous pouvons donc vous demander de passer directement à d’autres questions.

Pour répondre, vous pouvez mettre une croix au début ou à la fin de la réponse choisie, ou apporter des précisions par écrit si cela est demandé. N’hésitez pas à nous contacter pour toute difficulté ou question : [usher-socio@msh-paris.fr](mailto:usher-socio@msh-paris.fr)

**Pour commencer, merci de noter :**

1-Votre pseudonyme : …

2-Votre email : …

**6\_Par qui est rempli ce questionnaire** :

1-Par moi-même.

2-Par moi-même avec l’aide de quelqu’un : **Qui vous aide (parent, ami, interprète, médecin…) :………**

**A\_INFORMATIONS GENERALES : Pour commencer, nous allons surtout vous poser des questions sur votre situation concernant votre vision, votre audition et vos pratiques de communication.**

**A1\_Quel est votre âge**: : ……..

**A2\_Vous êtes :**

1-Un homme.

2-Une femme.

**A3\_ Quelle est votre ville et code postale :** …..

**A4\_Vous avez le syndrome :**

1-Usher : **Merci de préciser Usher 1, 2, 3 ou je ne sais pas.**

2-Wolfram : **Merci de préciser les autres signes cliniques de votre syndrome.**

3-Stickler : **Merci de préciser les autres signes cliniques de votre syndrome.**

4-Je ne sais pas.

5-Je n’ai aucun syndrome mais j’ai des difficultés d’audition et de vision. Merci de noter la cause si vous la connaissez.

**A9\_D’autres personnes dans votre famille ont-elles le même syndrome que vous ou les mêmes difficultés ?**

1-Oui : **Merci de préciser qui : …**

2-Non.

3-Je ne sais pas.

**A10\_Avez-vous fait un diagnostic génétique ?**

1-Oui : **En quelle l’année : …**

2-Non.

3-Je ne sais pas.

**Fin de la section 1/8**

**A11\_Au cours de votre vie, avez-vous ressenti une baisse importante de votre vision ?**

1-Oui : **A** **quel(s) âge(s).**

2-Non.

**A13\_Avez-vous eu les problèmes de santé suivant concernant vos yeux :**

1-Cataracte.

2-Glaucome.

3-Uvéite.

4-Décollement de la rétine.

5-Rien de tout cela.

6-Je ne sais pas.

**A14\_D’après vous, votre vision aujourd’hui est (avec lunettes ou lentilles de contact si vous en avez) :**

1-Excellente.

#### 2-Bonne.

#### 3-Moyenne.

#### 4-Faible.

#### 5-Très faible.

#### 6-Je suis aveugle.

**Si réponse « aveugle » à la question A14, passez directement à la question A18 et suivantes.**

**A15\_Avez-vous des difficultés pour :** (Plusieurs réponses possibles)

1-Lire ou reconnaître un visage à quelques mètres (avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez).

2-Voir les caractères ordinaires d’un article de journal (avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez).

3-Voir le soir ou en contre-jour.

4-Voir la nuit.

5-Voir sur les côtés (champ visuel réduit).

6-Voir quand il y a beaucoup de lumière (éblouissements).

7-Distinguer toutes les couleurs.

8-Je n’ai pas ces difficultés.

**Si vous avez des difficultés à voir sur le côté, merci de noter le degré de votre champ visuel, en horizontal et en vertical** : ……

**A16\_Avez-vous les difficultés de vision suivantes :**

1-Myopie.

2-Strabisme.

3-Réflexes oculaires anormaux.

4-Je n’ai pas ces difficultés.

**A17\_Portez-vous des lunettes avec filtre couleur ?**

1-Oui : **Depuis quel âge : …**

2-Non.

**Si réponse « vision excellente, bonne ou moyenne » à la question A14, passez directement à la question A21**

**A18\_Avez-vous suivi des cours de locomotion (usage de la canne, techniques de déplacement) ?**

1-Oui.

2-Non, mais je voudrais.

3-Non, mais c’est un ami qui m’a montré comment faire.

4-Non, je ne me sens pas concerné(e).

5-Non, je n’ai pas reçu cette information.

**A19\_Avez-vous appris le braille ?**

1-Non, je n’en ai pas besoin.

2-Non, mais j’en aurais besoin.

3-Oui. Merci de préciser à quel âge.

**A20\_Avez-vous fait un séjour en centre de rééducation fonctionnelle de la vision (exemples ARAMAV, Saint-Anne) ?**

1-Oui.

2-Non, mais je voudrais.

3-Non, je ne me sens pas concerné(e).

4-Non, je n’ai pas reçu d’information.

**Fin de la section 2/8**

**A21\_Quand vous êtes debout, avez-vous :**

1-Des vertiges.

2-Des problèmes d’équilibre.

3-Je n’ai pas ces problèmes.

**A22\_À propos de votre audition... (avec vos appareils si vous en avez, dont implant cochléaire)** (Une seule réponse possible)

1-Je n’entends pas du tout une conversation à plusieurs.

2-J’ai beaucoup de difficultés à entendre une conversation à plusieurs.

3-J’ai quelques difficultés à entendre une conversation à plusieurs.

4-Je n’ai pas de difficulté à entendre une conversation à plusieurs.

**A23\_Au cours de votre vie, avez-vous ressenti une baisse importante de votre audition ?**

1-Oui : **A quel(s) âge(s) : …**

2-Non.

**A25\_Avez-vous un appareillage auditif (autre que implant)?**

1- Oui : **Depuis quel âge vous le portez : …**

2-Oui, mais je ne l’utilise plus : **A quel âge vous avez arrêté de le porter : …**

3-Non, je n’en veux pas.

4-Non, j’entends bien.

**A28\_Avez-vous actuellement un implant cochléaire ?**

1-Non.

2-Oui, sur une oreille.

3-Oui, sur deux oreilles : **A quel âge avez-vous eu chacun de ces implants : …**

**Si vous avez un implant sur 1 ou 2 oreilles,** merci de préciser à quel âge vous avez eu chacun de ces implants et si vous les utilisez toujours (partie externe). Si non, merci de préciser quand et pourquoi vous avez arrêté cette utilisation.

**A34\_Avez-vous déjà fait retirer un implant cochléaire (partie interne) ?**

1-Non.

2-Oui, et je l’ai fait de manière définitive.

3-Oui, mais je l’ai fait pour bénéficier d’une nouvelle implantation.

**Si oui, A35\_Pourquoi avez-vous fait retirer l’implant cochléaire ?**

1-Il y a eu une infection ou un problème de santé.

2-Cela me causait des douleurs.

3-Cela ne fonctionnait pas.

4-Je n’arrivais pas à m’en servir.

5-Cela n’a pas amélioré mon quotidien.

6-Je ne supportais pas le bruit.

7-Cela m’empêchait de pratiquer certaines activités.

8-Autres : **Merci de préciser : …**

**Si vous n’avez pas d’appareil auditif et/ou un implant, passez directement à la question A39**

A36\_Vous utilisez votre appareil auditif (dont implant) :

1-Tout le temps, de manière continue.

2-Presque tout le temps.

3-De temps en temps.

4-Rarement.

**A37\_Vous utilisez votre appareil auditif (dont implant) pour :**

1-Les discussions en groupe.

2-Les relations amoureuses.

3-Conduire.

4-Ecouter les bruits d’alertes et les annonces pendant mes déplacements.

5-Ecouter les bruits d’alertes quand je suis au travail (ou en stage).

6-Ecouter la télé.

7-Ecouter la musique.

8-Ecouter avec l’aide d’un micro (enseignant, conférencier…).

9-Autre chose ou d’autres critères : Merci de préciser : …

A38\_Généralement, vous éteignez ou vous enlevez votre appareil auditif ou implant quand :

1-Je suis dans les transports en commun.

2-Je suis dans un environnement bruyant (cantine, bar, fête…).

3-Je suis au cinéma.

4-Je fais les courses.

5-Je me promène dans la nature (parc, forêt, montagne, mer…).

6-Je fais des activités sportives.

7-Je rentre chez moi.

8-Je suis seul(e).

9-Je dors.

10-C’est le week end.

11-Ce sont les vacances.

12-Autre moment habituel : Merci de préciser …

**Fin de la section 3/8**

**A39\_Pour communiquer en face à face avec une autre personne, quelle langue et moyen utilisez-vous au quotidien ?** (plusieurs réponses possibles)

1-Oral.

2-Oral avec lecture labiale.

3-Oral avec du Langage parlé complété (LPC) : **A partir de quel âge : …**

4-Français signé : **A partir de quel âge : …**

5-Langue des signes française (LSF) : **A partir de quel âge : …**

6-Langue des signes française tactile (LSF Tactile) : **A partir de quel âge : ..**

7-Écrit – papier.

8-Ecrit et braille informatique.

9-Écriture fictive ou furtive dans la main, alphabet de Lhorm.

10-Lecture labiale tactile, Tadoma.

11-Autre : **Vous pouvez préciser : ….**

**A41-A47\_Pour les réponses LSF, LSF tactile, Français signé, LPC merci de préciser à chaque fois avec qui vous utilisez ce mode de communication directement :** (plusieurs réponses possibles. Vous pouvez noter la langue utilisée à côté ou en synthèse à la fin)

1-Mes parents.

2-Des frères et sœurs.

3-Des voisins.

4-Des amis.

5-A l’école ou en formation.

6-Au travail.

7-Dans des associations.

8-Autre. **Vous pouvez préciser :…**

**A41\_réponse pour la LSF : …**

**A43\_réponse pour la LSF tactile : …**

**A45\_réponse pour le français signé : …**

**A47\_réponse pour le LPC : …**

**Fin de la section 4/8**

**B\_SITUATION SOCIALE : Nous allons maintenant poser des questions sur votre situation sociale, familiale et professionnelle.**

**B1\_Vous vivez actuellement :**

1-Seul(e).

2-En couple.

3-Chez mes parents.

4-Avec des amis et/ ou en colocation.

5-En famille d’accueil.

6-En foyer ou résidence de vie, foyer d’hébergement pour travailleurs. handicapés, en foyer d’accueil médicalisé, maison d’accueil spécialisée.

7-Autre : **Vous pouvez préciser :  …**

**B2\_Vous êtes :**

1-Célibataire.

2-Divorcé(e).

3-Marié(e), pacsé(e), en couple sans mariage.

4-Veuf, veuve.

**B3\_Avez vous des enfants ?**

1-Oui : **Combien d'enfants vivent avec vous actuellement ? …**

2-Non.

**B5\_Avez-vous déjà travaillé, même il y a longtemps ?**

1-Oui.

2-Non.

**B6\_Quelle est votre situation professionnelle actuellement ? (une seule réponse possible)**

1-Je travaille.

2-J’ai un travail mais je suis en congé maladie.

3-J’ai un travail mais je suis en congé pour d’autres raisons (maternité ou congé de formation).

4-Je suis apprenti(e) sous contrat ou en stage rémunéré.

5-Je suis étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré.

6-Je cumule des études et un travail.

7-Je suis chômeur et je recherche un travail.

8-Je suis chômeur et je ne souhaite plus travailler.

9-Je suis retraité(e) ou préretraité(e).

10-Je ne travaille pas, je suis dans une autre situation (congé longue durée, homme ou femme au foyer...).

**Si vous êtes chômeur et en recherche de travail, merci de préciser : B7\_Bénéficiez-vous d’une aide humaine dans votre recherche d’emploi ?** (une seule réponse)

1- Oui.

2- Oui, mais c’est insuffisant.

3- Non, mais j’en aurais besoin.

4- Non, je n’en ai pas besoin.

**Fin de la section 5/8**

**C\_SCOLARITE : Nous allons aborder votre parcours et votre expérience scolaire.**

**C1\_Quel est votre dernier diplôme obtenu ?**

1- Aucun diplôme.

2-CEP (certificat d’études primaires) ou diplôme étranger de même niveau.

3-Brevet des collèges, BEPC, brevet élémentaire ou diplôme étranger de même niveau.

4-CAP, BEP ou diplôme de ce niveau.

5-Baccalauréat technologique ou professionnel ou diplôme de ce niveau.

6-Baccalauréat général (séries A, B, C, D, E, ES, L, S).

7-Diplôme de niveau Bac + 2.

8-Diplôme de niveau Bac + 3.

9-Diplôme supérieur à un bac + 5 et plus.

10-Je ne sais pas.

**C2\_Dans quel type de classes ou d'établissement étiez-vous scolarisé(e) ?** (Plusieurs réponses possibles)

1-Enseignement à domicile, enseignement par correspondance.

2- Une classe ordinaire d’une école, collège, lycée, université.

3-Une classe ordinaire avec suivi d’un établissement spécialisé.

4-Une classe spéciale, dans un établissement ordinaire.

5-Un établissement spécialisé.

6-Je ne sais pas.

C3\_Avez-vous interrompu vos études ?

1-Oui : Pour quelle(s) raison(s) : …

2-Non.

**C5\_Dans votre scolarité, avez-vous eu une aide humaine ou technique (interprète, transcription écrite, boucle magnétique…) ?** (une seule réponse)

1-Non, je n’en avais pas besoin.

2-Non, mais j’en avais besoin.

3-Oui, et cela suffisait.

4-Oui, mais cela ne suffisait pas.

Si « non », vous n’avez pas eu d’aide (réponses 1 ou 2), passez à la question C7.

Si « oui » : C6\_Quelle(s) aide(s) ou aménagements avez-vous eu durant votre scolarité ? (Plusieurs réponses possibles)

1-Aucune aide.

2-Un auxiliaire de vie scolaire (AVS).

3-Un enseignant spécialisé.

4-Un tuteur.

5-Un interprète LSF.

6-Un interface de communication.

7-Un codeur LPC.

8-Une transcription écrite (exemple : sténotypie, vélotypie, preneur de note…).

9-Une boucle magnétique, un système de micro-FM.

10-De l’aide de la part de mes camarades de classe.

11-Une adaptation de l’enseignant (exemple : donne les cours écrits…).

12-Autre(s) : Vous pouvez préciser : ….

**C7\_Vous pouvez préciser ici ce qui pourrait être amélioré, à votre avis : …**

C8\_Votre syndrome a-t-il influencé votre parcours scolaire ?

1-Oui, un peu.

2-Oui, beaucoup.

3-Non, pas du tout.

Si « Non » (réponse 3 à la question C8), passez à la question D26.

Si « oui » : C9\_De quelle(s) manière(s) votre syndrome a-t-il influencé votre parcours scolaire ? (plusieurs réponses possibles)

1-J’ai décidé d’arrêter mes études précocement.

2-J’ai décidé de ne pas poursuivre des études universitaires.

3-J’ai réfléchi à ce que je souhaitais faire dans ma vie avant les autres.

4-Je n’ai pas pu m’inscrire dans la formation souhaitée.

5-J’ai dû me battre contre les préjugés pour prouver que j’avais des capacités.

6-J’ai dû travailler plus pour y arriver.

7-J’ai choisi un cursus professionnel pour entrer plus vite dans la vie active.

8-Autre : Vous pouvez préciser : ….

**Fin de la section 6/8**

**D\_RAPPORT AU TRAVAIL**

**D26\_Voici certains aspects de la vie professionnelle qui peuvent être considérés comme importants. Pouvez-vous choisir les trois qui vous paraissent les plus importants ?**

1-Un bon revenu.

2-Pas trop de pression.

3-Une bonne sécurité de l'emploi.

4-Un travail bien considéré par les gens.

5-De bons horaires.

6-Pouvoir faire preuve d'initiative.

7-Beaucoup de vacances.

8-Un travail où on a l'impression de réaliser quelque chose.

9-Un poste à responsabilités.

10-Un travail intéressant.

11-Un travail où l'on utilise ses compétences.

12-Je ne sais pas.

Si vous n’avez jamais travaillé, passez à la question E7.

Si vous travaillez ou si vous avez déjà travaillé : Nous allons vous poser des questions communes à d’autres questionnaires sur le travail en général, puis quelques questions abordant l’adaptation de poste. Peut-être que vous ne travaillez plus actuellement, ou que vous avez eu plusieurs emplois. Dans ces cas, merci de répondre à ces questions en pensant à votre dernière situation de travail.

**D1- Quelle est votre profession ? (ou quelle était votre dernière profession, si vous ne travaillez plus)** : …………

**D2\_Vous êtes (ou vous étiez lors de votre dernier emploi)...**

1-À votre compte, PDG, patron, gérant de société, profession libérale.

2-Salarié(e).

**Si réponse 1 : indépendant…, passez directement à la question D5.**

**Si vous êtes ou étiez salarié, merci de répondre aux questions suivantes D3 et D4.**

**D3\_Merci de préciser, salarié(e) de :**

1-L’État, une collectivité locale ou une entreprise publique.

2-Une entreprise privée.

3-Un ESAT ou d’une Entreprise adaptée.

4-Une association.

5-Un particulier.

6-Autre : **Vous pouvez préciser : …**

**D4\_Merci de préciser votre qualification en tant que salarié:**

1-Ouvrier qualifié ou non qualifié.

2-Technicien, Contremaître, Agent de maîtrise.

3-Employé, personnel de service.

4-Profession intermédiaire de la fonction publique (instituteur, infirmière, assistante sociale…).

5-Cadre.

6-Autre qualification : **Vous pouvez préciser : …**

7-Je ne sais pas.

**D5\_D’habitude ou lors de votre dernier emploi, vous travaillez :**

1-À votre domicile.

2-Dans les locaux de votre employeur (entreprise pour les indépendants).

3-Dans un autre endroit : **Vous pouvez préciser : ….**

**D6\_Dans votre travail, est-il souvent difficile de respecter les objectifs ou les délais imposés ?**

1-Oui.

2-Non.

3-Je ne suis pas concerné(e).

**D7\_Votre travail permet-il souvent de prendre des décisions par vous-même ?**

1-Oui.

2-Non.

3-Je ne suis pas concerné(e).

D8\_Au travail, bénéficiez-vous d’un soutien satisfaisant dans les situations difficiles ?

1-Oui.

2-Non.

3-Je ne suis pas concerné(e).

4-Je ne sais pas.

D9\_Vous pensez de votre travail…… : (Plusieurs réponses possibles)

1-Qu’il est fatigant nerveusement.

2-Qu’il est fatigant physiquement.

3-Qu’il vous empêche souvent de dormir.

4-Qu’il n’influence pas votre santé.

5-Qu’il est plutôt bon pour votre santé.

**D10\_Les 12 derniers mois travaillés, votre travail a-t-il eu des effets négatifs sur…** (Plusieurs réponses possibles)

1-Votre vie familiale.

2-Votre vie amoureuse ou vie de couple.

3-Votre vie sociale.

4-Aucune des trois propositions.

D11\_Au cours de ces 12 derniers mois, combien avez-vous eu d’arrêts maladie (sauf accident du travail ou maternité) ?

1-Aucun arrêt maladie.

2-Un arrêt maladie.

3-Deux arrêts maladie.

4-Trois arrêts maladie ou plus.

D12\_Avez-vous eu une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ?

1-Oui.

2-Non.

3-Je ne sais pas.

**D13\_Avez-vous bénéficié d’un aménagement de vos horaires de travail** ? :

1-Oui.

2-Non.

**D14\_Avez-vous bénéficié d’une aide au trajet domicile-travail** ?

1-Non, je n’en ai pas besoin.

2-Non, mais j’en aurais besoin.

3-Oui mais ponctuellement.

4-Oui.

5-J’ai trouvé d’autres aides : famille, voisins, collègues…

**D15\_Dans le cadre de votre travail, avez-vous donné vous-même une information sur votre vision ou votre audition ?**

1-Oui sur l’audition.

2-Oui sur la vision.

3-Non.

**Si « non », pas d’informations données, passez directement à la question D17. Si « oui » : D16\_ Qui avez-vous informé à propos de votre vision ?**

1-Mon employeur ou responsable RH.

2-Mon manager ou responsable d’équipe.

3-Mes salariés.

4-Des collègues.

5-Des clients.

6-Des partenaires.

7-Une infirmière.

8-Le médecin du travail.

9-Une assistante sociale.

10-Un préventeur (personnel chargé de la prévention des risques au travail).

11-Le CHSCT.

12-D’autre(s) personne(s) dans mon travail.

**D17\_Le médecin du travail est-il un appui pour vous : a-t-il une bonne compréhension de votre syndrome et de vos difficultés ?**

1-Oui.

2-Non.

D18\_Dans votre travail, avez-vous une aide pour la communication ?

1-Non, je n’en ai pas besoin.

2-Non, mais j’en aurais besoin : **Vous pouvez préciser le besoin : …**

3-Oui, j’en ai suffisamment.

4-Oui, mais cela ne suffit pas **: Vous pouvez préciser le besoin : …**

**Si « non », pas d’aides (réponses 3 et 4), passez directement à la question D20.**

Si « oui » : D19\_Dans votre travail, quelles aides à la communication avez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

1-Un interprète LSF.

2-Un interprète LSF tactile.

3-Un codeur LPC.

4-Une transcription écrite (exemple : sténotypie, vélotypie, preneur de notes...).

5-Une boucle magnétique, un système FM.

6-Un amplificateur pour le téléphone.

7-Une interprétation ou une transcription à distance via les centres relais.

8-Une autre aide : **Merci de préciser : ….**

**D20\_Dans votre travail, êtes-vous gêné(e) par le bruit ?**

1-Oui.

2-Non.

**Si « non », pas gêné par le bruit, passez directement à question D22.**

**Si « oui » : D21\_Portez-vous un appareil auditif ou votre implant au travail ?**

1-Oui.

2-Non.

**D22\_Dans votre travail, êtes-vous gêné par la lumière (trop faible ou trop forte) ?**

1-Oui.

2-Non.

D23\_Dans votre travail, utilisez-vous un ordinateur ?

1-Oui.

2-Non.

Si « non », pas d’ordinateur, passez directement à la question E7

Si « oui » : D24\_Utilisez-vous du matériel ou des fonctions spécifiques en raison de votre vision ?

1-Non, je n’en ai pas besoin.

2-Non, mais j’en aurais besoin.

3-Oui, j’en ai suffisamment.

4-Oui, mais cela ne suffit pas.

Si « non, pas besoin », passez directement à la question E7.

Si « oui » ou « besoin » : D25\_De quels matériels ou fonctions spécifiques liés à votre vision s’agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

1-Une lumière adaptée.

2-Un écran plus grand.

3-Une fonction ou un logiciel de Zoom texte.

4-Un téléagrandisseur.

5-Les fonctions ou un logiciel de synthèse vocale.

6-Une plage braille et le logiciel associé.

7-D’autres adaptations : Merci de préciser : …

**Fin de la section 7/8**

E\_PARCOURS PROFESSIONNEL

Si vous n’avez jamais travaillé, passez directement à la question E7. Si vous travaillez ou si vous avez déjà travaillé : Nous allons évoquer rapidement votre parcours professionnel (question de E1 à E6).

E1\_A quel âge avez-vous eu votre premier emploi : …..

E2\_Pendant que vous étiez en poste, avez-vous suivi une ou plusieurs formations ?

1-Non.

2-Non, mais j’en avais fait la demande.

3-Oui, une fois.

4-Oui, plusieurs fois.

E3\_Combien de fois avez-vous changé d’employeur ?

1-Une fois.

2-Deux fois.

3-Trois fois.

4-Quatre fois ou plus.

5-Je n’ai jamais changé d’employeur.

**Si vous n’avez jamais changé d’employeur, passez directement à la question à E5.**

**E4\_Pourquoi avez-vous changé d’employeur ?**

1-Mon CDD ou mon stage rémunéré était fini.

2-Il n’y avait pas ou pas assez d’aménagement de poste.

3-Les conditions de travail n’étaient pas bonnes de manière générale.

4-Les relations de travail n’étaient pas bonnes.

5-Je voulais évoluer.

6-Je voulais déménager dans une autre ville.

7-Je voulais trouver un travail plus près de chez moi.

8-Je voulais changer de métier.

9-Autre : **Vous pouvez préciser :**

**E5\_Combien de fois avez-vous changé de profession (métier) ?**

1-Une fois.

2-Deux fois.

3-Trois fois.

4-Quatre fois ou plus.

5-Je n’ai jamais changé de profession (métier).

**Si vous n’avez jamais changé de métier, passez directement à la question à E7.**

**E6\_Ce(s) changement(s) de profession étaient-ils liés à votre syndrome ?**

1-Oui.

2-Non.

3-Je ne sais pas.

**E7\_Lorsque vous étiez plus jeune, aviez-vous un souhait ou un projet professionnel qui vous tenait à cœur ?**

1-Oui : **Quel était votre projet : …**

2-Non, je n’avais pas de projet particulier.

**E8\_Si oui, avez-vous pu réaliser ce projet ?**

1-Oui.

2-Pas encore, et cela reste un objectif.

3-Non, car j’ai changé d’envie et de projet.

4-Non, car c’est impossible : **Pourquoi : …**

**Fin de la section 8/8 – Fin de la partie 1 du questionnaire.**

**Merci d’enregistrer ce document et de l’envoyer à** [**usher-socio@msh-paris.fr**](mailto:usher-socio@msh-paris.fr)

**Vous pouvez aussi l’envoyer par poste à Sophie Dalle-Nazébi, FMSH, 54 boulevard Raspail, bureau A03-15bis, 75006 Paris**