

# Enquête canadienne sur le revenu (ECR)

---

Questionnaire  
2023

POUR INFORMATION SEULEMENT

## Table des matières

Activité sur le marché du travail et fréquentation scolaire (ACT1) .....	3
Pensions alimentaires reçues (SCC1) .....	5
Pensions alimentaires payées (SCC2) .....	6
Frais de garde (SCC3) .....	6
Revenu personnel total (INC1) .....	8
Introduction aux questions sur l'identification des incapacités (PDSQ) .....	9
Questions d'identification des incapacités (DSQ) .....	10
Besoins de santé non comblés (UCN).....	20
Difficultés financières en raison d'une incapacité (FDD) .....	22
Propriétaires et locataires (DWL) .....	22
Propriétaires (OWN) .....	23
Sécurité alimentaire (FSC) .....	27

## Activité sur le marché du travail et fréquentation scolaire (ACT1)

ACT1_BEG	DV_D31AGE: âge du répondant à la fin de l'année de référence						
ACT1_R01	<b>Les prochaines questions concernent vos activités entre janvier et décembre 2023, ainsi que les activités d'autres membres de votre ménage.</b>						
ACT1_C01	Si DV_D31AGE > 69, passez à ACT1_Q01. Sinon, passez à ACT1_Q05.						
ACT1_Q01 Q2	<b>Avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise en 2023?</b>  <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Oui</td> <td>(Passez à ACT1_Q05)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Non</td> <td>(Passez à ACT1_END)</td> </tr> </table> Nul passez à ACT1_END	1	Oui	(Passez à ACT1_Q05)	2	Non	(Passez à ACT1_END)
1	Oui	(Passez à ACT1_Q05)					
2	Non	(Passez à ACT1_END)					
ACT1_Q05 Q3	<b>En 2023, combien de semaines avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise?</b>  Tenez compte de toutes les semaines travaillées, peu importe le nombre d'heures.  <b>Inclure</b> : vacances, congés de maternité ou parentaux, congés de maladie, grèves, lock-out   _ _						
ACT1_C10A	Si ACT1_Q05 = NONRÉPONSE, passez à ACT1_Q30. Sinon, passez à ACT1_C10B.						
ACT1_C10B	Si ACT1_Q05 = 0, passez à ACT1_Q20. Sinon, passez à ACT1_D10A.						
ACT1_Q10 Q4	<b>Pendant ces semaines, combien d'heures travailliez-vous habituellement à tous vos emplois?</b>  Si le nombre d'heures de travail variait d'une semaine à l'autre, veuillez fournir une moyenne.   _ _ _ _						
ACT1_Q15 Q5	<b>En tenant compte de tous les emplois que vous avez occupés en 2023, étiez-vous:</b>  Sélectionnez tout ce qui s'applique.  <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>Employé</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Travailleur autonome</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Travailleur non rémunéré dans une entreprise familiale</td> </tr> </table>	1	Employé	2	Travailleur autonome	3	Travailleur non rémunéré dans une entreprise familiale
1	Employé						
2	Travailleur autonome						
3	Travailleur non rémunéré dans une entreprise familiale						
ACT1_C20	Si ACT1_Q05 >= 52, passez à ACT1_Q30. Sinon, passez à ACT1_Q20.						

ACT1\_Q20  
Q6

**En 2023, pendant combien de semaines avez-vous été sans travail et à la recherche d'un emploi?**

**Inclure** les mises à pied temporaires.

**Exclure** les semaines en tant qu'étudiant à temps plein.

|\_|\_|

ACT1\_C25

Si ACT1\_Q05 + ACT1\_Q20 >= 52, passez à ACT1\_C30.  
Sinon, passez à ACT1\_D25A.

ACT1\_Q25  
Q7

**Quelle était votre activité principale pendant les semaines où vous n'avez pas travaillé ni cherché d'emploi?**

- 1 Malade ou ayant une incapacité vous empêchant de travailler
- 2 Vous occupiez de la maison ou de la famille
- 3 Alliez à l'école
- 4 Retraité
- 5 Autre - Précisez

ACT1\_C30

Si DV\_D31AGE > 69, passez à ACT1\_END.  
Sinon, passez à ACT1\_Q30.

ACT1\_Q30  
Q8

**Avez-vous fréquenté une école, un collège, un cégep ou une université à quelque moment que ce soit entre janvier et décembre 2023?**

**Inclure** seulement les cours qui peuvent être utilisés comme crédits en vue de l'obtention d'un certificat, diplôme ou grade.

- |   |     |                     |
|---|-----|---------------------|
| 1 | Oui | (Passez à ACT1_Q35) |
| 2 | Non | (Passez à ACT1_END) |

Nul passez à ACT1\_END

ACT1\_C35

Si ACT1\_Q30 = 2 ou ACT1\_Q30 = NONRÉPONSE, passez à ACT1\_END.  
Sinon, passez à ACT1\_Q35.

ACT1\_Q35  
Q9

**Étiez-vous inscrit comme étudiant à temps plein, à temps partiel ou à la fois à temps plein et à temps partiel?**

- 1 Étudiant à temps plein
- 2 Étudiant à temps partiel
- 3 Étudiant à la fois à temps plein et à temps partiel

ACT1\_C40

Si DV\_D31AGE > 16, passez à ACT1\_Q40.  
Sinon, passez à ACT1\_END.

ACT1\_Q40  
Q10

**Avez-vous reçu des sommes d'argent provenant de bourses d'études, de perfectionnement ou de recherche en 2023?**

- 1 Oui (Passez à ACT1\_Q45)  
2 Non (Passez à ACT1\_END)

Nul passez à ACT1\_END

ACT1\_Q45  
Q11

**Quel montant total avez-vous reçu en 2023?**

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

ACT1\_END

**Pensions alimentaires reçues (SCC1)**

SCC1\_BEG

HHNUM18 : nombre de membres du ménage âgés de 18 ans et plus  
DV\_RELREF : lien à la personne de référence (EPA)

SCC1\_C01

Si DV\_HHNUM18 > 0, passez à SCC1\_C02.  
Sinon, passez à SCC1\_END.

SCC1\_C02

Si DV\_D31AGE < 18, passez à SCC1\_END.  
Sinon, passez à SCC1\_C03.

SCC1\_C03

Si DV\_D31AGE < 25 et ACT1\_Q30 = 1 et DV\_RELREF = '03' (fils ou fille) ou '06' (enfant en tutelle), passez à SCC1\_END.  
Sinon, passez à SCC1\_R05.

SCC1\_R05

**Les prochaines questions portent sur les pensions alimentaires et les frais de garde.**

SCC1\_Q05  
Q12

**Entre janvier et décembre 2023, avez-vous reçu une pension alimentaire d'un ancien conjoint ou d'une ancienne conjointe?**

Par ceci, nous entendons une pension alimentaire pour conjoint ou une pension alimentaire pour enfants déterminée par une entente formelle.

**Inclure** uniquement les paiements de pension alimentaire effectivement reçus.

**Exclure** les cadeaux ou les transferts monétaires additionnels.

- 1 Oui (Passez à SCC1\_Q10)  
2 Non (Passez à SCC1\_END)

Nul passez à SCC1\_END

SCC1\_Q10  
Q13

**À combien estimez-vous le montant total de toute pension alimentaire que vous avez reçue en 2023?**

**Inclure** uniquement les paiements de pension alimentaire effectivement reçus.

**Exclure** les cadeaux ou les transferts monétaires additionnels.

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

SCC1\_END



SCC3\_Q05  
Q16

**Entre janvier et décembre 2023, avez-vous payé pour des services de garde d'enfants afin de vous permettre d'occuper votre emploi rémunéré?**

**Inclure** les frais payés pendant les vacances scolaires.

- 1 Oui (Passez à SCC3\_Q10)  
2 Non (Passez à SCC3\_END)

Nul passez à SCC3\_END

SCC3\_Q10  
Q17

**À combien estimez-vous le montant total des services de garde d'enfants que vous avez payés en 2023 ?**

Veillez **exclure** les montants déclarés précédemment. Inscrivez « 0 » si le montant total a déjà été inscrit.

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

SCC3\_END

## Revenu personnel total (INC1)

INC1\_R05

**Maintenant une question sur le revenu personnel total.**

INC1\_Q05  
Q24

**Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous votre revenu personnel total provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours de l'année se terminant le 31 décembre 2023?**

Le revenu peut provenir de diverses sources comme le travail, les investissements, les pensions ou le gouvernement. Les exemples incluent l'assurance-emploi, l'aide sociale, les prestations pour enfants et d'autres revenus tels que les pensions alimentaires et le revenu locatif.

Les gains en capital **ne doivent pas** être inclus dans le revenu personnel.

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| dollars

INC1\_C10

Si INC1\_Q05 = NONRÉPONSE, passez à INC1\_Q10.  
Sinon, passez à INC1\_C23.

INC1\_Q10  
Q25

**Pour l'année se terminant le 31 décembre 2023, pouvez-vous estimer dans lequel des groupes suivants se situait votre revenu personnel total?**

**Était-il :**

- 1 Inférieur à 30 000 \$ incluant les pertes de revenu
- 2 Égal ou supérieur à 30 000 \$

Nul passez à INC1\_END

INC1\_Q15  
Q25

**Veillez indiquer la tranche de revenu**

- 1 Inférieur à 5 000 \$
- 2 De 5 000 \$ à moins de 10 000 \$
- 3 De 10 000 \$ à moins de 15 000 \$
- 4 De 15 000 \$ à moins de 20 000 \$
- 5 De 20 000 \$ à moins de 25 000 \$
- 6 De 25 000 \$ à moins de 30 000 \$

Passez à INC1\_C23

INC1\_Q20  
Q25

**Veillez indiquer la tranche de revenu**

- 01 De 30 000 \$ à moins de 40 000 \$
- 02 De 40 000 \$ à moins de 50 000 \$
- 03 De 50 000 \$ à moins de 60 000 \$
- 04 De 60 000 \$ à moins de 70 000 \$
- 05 De 70 000 \$ à moins de 80 000 \$
- 06 De 80 000 \$ à moins de 90 000 \$
- 07 De 90 000 \$ à moins de 100 000 \$
- 08 100 000 \$ ou plus

Passez à INC1\_C23

INC1_C23	Si DV_D31AGE < 18 ou DV_D31AGE > 65, passez à INC1_END. Sinon, passez à INC1_C24.
INC1_C24	Si DV_D31AGE < 25 et ACT1_Q30 = 1 et DV_RELREF = '03' (fils ou fille) ou '06' (enfant en tutelle), passez à INC1_END. Sinon, passez à INC1_C25.
INC1_C25	Si ((INC1_Q05 > 0 et INC1_Q05 < 50000) ou INC1_Q10 = 1 ou INC1_Q20 = (01 ou 02)), passez à INC1_Q25. Sinon, passez à INC1_END.
INC1_Q25 Q26	<b>Ce montant comprend-il des paiements d'aide sociale?</b>  <b>Exclure</b> l'assurance-emploi (y compris pour les congés de maternité), les indemnités pour accidents du travail, le Régime des pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ) et les prestations pour enfants.  1 Oui 2 Non
INC1_END	

### Introduction aux questions sur l'identification des incapacités (PDSQ)

PDSQ_BEG	HHNUM15 : nombre de membres du ménage âgés de 15 ans et plus
PDSQ_C05	Si DV_HHNUM15 > 1, passez à PDSQ_R05. Sinon, passez à PDSQ_END.
PDSQ_R05	<b>Afin de réduire la longueur du questionnaire et d'obtenir des renseignements supplémentaires sur la relation entre le revenu et les personnes avec ou sans incapacité, un membre de votre ménage a été choisi au hasard pour la prochaine série de questions. Dans votre ménage, vous avez été choisi.</b>
PDSQ_END	

## Questions d'identification des incapacités (DSQ)

DSQ\_R01

**Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous pourriez avoir à faire certaines activités. Seules les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus devraient être considérées.**

DSQ\_Q01  
Q27

**Avez-vous une quelconque difficulté à voir?**

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ\_Q05)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ\_Q05

DSQ\_Q02  
Q28

**Portez-vous des lunettes ou des verres de contact pour améliorer votre vision?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q03  
Q29

**[Lequel/Avec vos lunettes ou verres de contact, lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à voir?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté à voir (Passez à DSQ\_Q05)
- 2 Un peu de difficulté à voir
- 3 Beaucoup de difficulté à voir
- 4 Vous êtes une personne légalement aveugle
- 5 Vous êtes une personne aveugle
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_Q05)

Nul passez à DSQ\_Q05

DSQ\_Q04  
Q30

**À quelle fréquence [cette difficulté à voir limite-t-elle/ce trouble de vision limite-t-il] vos activités?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q05  
Q31

**Avez-vous une quelconque difficulté à entendre?**

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ\_Q09)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ\_Q09

DSQ\_Q06  
Q32

**Utilisez-vous un appareil auditif ou un implant cochléaire?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q07  
Q33

**[Lequel/Avec votre appareil auditif ou implant cochléaire, lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à entendre ?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté à entendre (Passez à DSQ\_Q09)
- 2 Un peu de difficulté à entendre
- 3 Beaucoup de difficulté à entendre
- 4 Vous ne pouvez pas entendre du tout
- 5 Vous êtes Sourd
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_Q09)

Nul passez à DSQ\_Q09

DSQ\_Q08  
Q34

**À quelle fréquence [cette difficulté à entendre limite-t-elle/ce trouble auditif limite-t-il] vos activités?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q09  
Q35

**Avez-vous une quelconque difficulté à marcher, à utiliser des escaliers, à vous servir de vos mains ou de vos doigts ou à faire d'autres activités physiques?**

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ\_R22)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ\_R22

DSQ\_R10

**Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer même en utilisant une aide comme une canne.**

DSQ\_Q10  
Q36

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à marcher sur un terrain plat pendant 15 minutes sans vous reposer?**

Cela correspond à votre rythme régulier de marche.  
Si vous utilisez une aide qui offre un soutien minime telle qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles, veuillez répondre en fonction du moment où vous utilisez ces aides.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q11  
Q37

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à monter ou à descendre un escalier, soit environ 12 marches, sans vous reposer?**

Cela correspond à votre rythme régulier de marche.  
Si vous utilisez une aide qui offre un soutien minime telle qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles, veuillez répondre en fonction du moment où vous utilisez ces aides.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C12

Si ((DSQ\_Q10 = (1 ou DK ou BLANK)) et (DSQ\_Q11 = (1 ou DK ou BLANK))), passez à DSQ\_Q13.  
Sinon, passez à DSQ\_Q12.

DSQ\_Q12  
Q38

**À quelle fréquence [cette difficulté à marcher limite-t-elle/cette difficulté à monter ou à descendre un escalier limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q13  
Q39

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q14  
Q40

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C15

Si ((DSQ\_Q13 = (1 ou DK ou BLANK)) et (DSQ\_Q14 = (1 ou DK ou BLANK))), passez à DSQ\_Q16.

Sinon, passez à DSQ\_Q15.

DSQ\_Q15  
Q41

**À quelle fréquence [cette difficulté à vous pencher et à ramasser un objet limite-t-elle/cette difficulté à tendre les bras limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q16  
Q42

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous servir de vos doigts pour saisir de petits objets comme un crayon ou des ciseaux?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté (Passez à DSQ\_R18)
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_R18)

Nul passez à DSQ\_R18

DSQ\_Q17  
Q43

**À quelle fréquence cette difficulté à vous servir de vos doigts limite-t-elle vos activités?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_R18

**Les questions suivantes portent sur la douleur due à une condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus.**

DSQ\_Q18  
Q44

**Avez-vous de la douleur qui est toujours présente?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q19  
Q45

**Avez-vous [aussi] des périodes de douleur qui reviennent de temps à autre?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C20

Si ((DSQ\_Q18 = 1) ou (DSQ\_Q19 = 1)), passez à DSQ\_Q20.  
Sinon, passez à DSQ\_R22.

DSQ\_Q20  
Q46

**À quelle fréquence cette douleur limite-t-elle vos activités?**

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ\_R22)
- 2 Rarement (Passez à DSQ\_R22)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_R22)

Nul passez à DSQ\_R22

DSQ\_Q21  
Q47

**Lorsque vous ressentez cette douleur, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?**

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ\_R22

**Veillez déclarer uniquement les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.**

DSQ\_Q22  
Q48

**Avez-vous une quelconque difficulté à apprendre, à retenir de l'information ou à vous concentrer?**

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ\_R33)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ\_R33

DSQ\_Q23  
Q49

**Croyez-vous avoir une condition qui rend l'apprentissage difficile pour vous en général? Ceci pourrait inclure les troubles d'apprentissage tels que la dyslexie, l'hyperactivité, les problèmes d'attention, etc.**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q24  
Q50

**Un enseignant, un médecin ou un autre professionnel de la santé a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble d'apprentissage?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C25

Si ((DSQ\_Q23 = 1) ou (DSQ\_Q24 = 1)), passez à DSQ\_Q25.  
Sinon, passez à DSQ\_Q27.

DSQ\_Q25  
Q51

**À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ\_Q27)
- 2 Rarement (Passez à DSQ\_Q27)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_Q27)

Nul passez à DSQ\_Q27

DSQ\_Q26  
Q52

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de cette condition?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q27  
Q53

**Un médecin, un psychologue ou un autre professionnel de la santé a-t-il déjà dit que vous aviez un problème ou un trouble du développement? Celui-ci pourrait inclure la trisomie, l'autisme, le syndrome d'Asperger, un trouble mental dû à un manque d'oxygène à la naissance, etc.**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ\_Q30)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_Q30)

Nul passez à DSQ\_Q30

DSQ\_Q28  
Q54

**À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?**

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ\_Q30)
- 2 Rarement (Passez à DSQ\_Q30)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_Q30)

Nul passez à DSQ\_Q30

DSQ\_Q29  
Q55

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de cette condition?**

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q30  
Q56

**Avez-vous des troubles de mémoire continus ou des périodes de confusion?**

**Exclure** les oublis occasionnels tels que ne plus vous souvenir où vous avez mis vos clés.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ\_R33)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_R33)

Nul passez à DSQ\_R33

DSQ\_Q31  
Q57

**À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par ce problème?**

Si le problème est contrôlé grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ\_R33)
- 2 Rarement (Passez à DSQ\_R33)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_R33)

Nul passez à DSQ\_R33

DSQ\_Q32  
Q58

**Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de ce problème?**

Si le problème est contrôlé grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ\_R33

**Rappelez-vous que vos réponses demeureront strictement confidentielles.**

DSQ\_Q33  
Q59

**Avez-vous une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale?**

**p. ex.** anxiété, dépression, trouble bipolaire, toxicomanie, anorexie, etc.

Diriez-vous :

- |   |             |                    |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Non         | (Passez à DSQ_Q36) |
| 2 | Parfois     |                    |
| 3 | Souvent     |                    |
| 4 | Toujours    |                    |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_Q36) |

Nul passez à DSQ\_Q36

DSQ\_Q34  
Q60

**À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?**

Si la condition est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- |   |             |                    |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Jamais      | (Passez à DSQ_Q36) |
| 2 | Rarement    | (Passez à DSQ_Q36) |
| 3 | Parfois     |                    |
| 4 | Souvent     |                    |
| 5 | Toujours    |                    |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_Q36) |

Nul passez à DSQ\_Q36

DSQ\_Q35  
Q61

**Lorsque cette condition se manifeste, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?**

Si la condition est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Aucune difficulté                                    |
| 2 | Un peu de difficulté                                 |
| 3 | Beaucoup de difficulté                               |
| 4 | Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités |
| 9 | Ne sais pas  |

DSQ\_Q36  
Q62

**Avez-vous tout autre problème de santé ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus?**

**Exclure** tout problème de santé déjà mentionné.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ\_C38)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ\_C38)

Nul passez à DSQ\_C38

DSQ\_Q37  
Q63

**À quelle fréquence ce problème de santé ou cette condition à long terme limite-t-il vos activités?**

Si vous avez plus d'un autre problème de santé ou condition, veuillez répondre en fonction du problème de santé ou de la condition qui limite vos activités le plus.

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C38

Si ((DSQ\_Q09 = (1 ou NUL)) et ((DSQ\_Q01 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ\_Q05 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ\_Q22 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ\_Q33 = (2 ou 3 ou 4)) ou (DSQ\_Q37 = (3 ou 4 ou 5))))), passez à DSQ\_R38.  
Sinon, passez à DSQ\_END.

DSQ\_R38

**Les questions suivantes portent sur la douleur due à une condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus.**

DSQ\_Q38  
Q64

**Avez-vous de la douleur qui est toujours présente?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_Q39  
Q65

**Avez-vous [aussi] des périodes de douleur qui reviennent de temps à autre?**

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ\_C40

Si ((DSQ\_Q38 = 1) ou (DSQ\_Q39 = 1)), passez à DSQ\_Q40.  
Sinon, passez à DSQ\_END.

DSQ\_Q40  
Q66

**À quelle fréquence cette douleur limite-t-elle vos activités?**

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- |   |             |                    |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Jamais      | (Passez à DSQ_END) |
| 2 | Rarement    | (Passez à DSQ_END) |
| 3 | Parfois     |                    |
| 4 | Souvent     |                    |
| 5 | Toujours    |                    |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_END) |

Nul passez à DSQ\_END

DSQ\_Q41  
Q67

**Lorsque vous ressentez cette douleur, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?**

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Aucune difficulté                                    |
| 2 | Un peu de difficulté                                 |
| 3 | Beaucoup de difficulté                               |
| 4 | Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités |
| 9 | Ne sais pas  |

DSQ\_END

**Besoins de santé non comblés (UCN)**

UCN\_Q005  
Q68

**Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin de soins de santé autres que des services de soins de santé à domicile, mais vous ne les avez pas obtenus?**

- |   |     |                    |
|---|-----|--------------------|
| 1 | Oui |                    |
| 2 | Non | (Passez à UCN_END) |

Nul passez à UCN\_END

UCN\_Q010  
Q69

**Si l'on pense à la situation la plus récente où vous avez éprouvé ce sentiment, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?**

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 01 Non disponibles dans la région
- 02 Non disponibles à ce moment-là  
(p. ex. médecin en vacances, médecin occupé, absent du cabinet ou n'exerce plus dans ce cabinet, heures inopportunes)
- 03 N'a pas de fournisseur habituel de soins de santé
- 04 Temps d'attente trop long
- 05 Rendez-vous annulé
- 06 A considéré que les soins reçus seraient inadéquats
- 07 Coût
- 08 A décidé de ne pas se faire soigner
- 09 Pas nécessaire selon le médecin
- 10 Problèmes de transport
- 11 Autre

UCN\_Q015  
Q70

**Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?**

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 01 Traitement d'un problème physique diagnostiqué par un professionnel de la santé
- 02 Traitement d'un problème émotif ou mental diagnostiqué par un professionnel de la santé
- 03 Traitement d'une maladie infectieuse aiguë (p.ex. rhume, grippe ou influenza et gastro-entérite)
- 04 Traitement d'un état physique aigu (non infectieux)
- 05 Traitement d'un état mental aigu (p. ex. réaction aiguë au stress)
- 06 Un examen périodique (incluant consultation prénatale)
- 07 Traitement d'une blessure
- 08 Soins dentaires
- 09 Renouvellement d'un médicament / d'une ordonnance
- 10 Autre

UCN\_Q020  
Q71

**Avez-vous essayé activement d'obtenir les services dont vous aviez besoin?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à UCN\_END)

Nul passez à UCN\_END

UCN\_Q025  
Q72

**Où avez-vous essayé d'obtenir les services dont vous aviez besoin?**

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 1 Bureau du médecin
- 2 Clinique externe d'un hôpital
- 3 Centre de santé communautaire  
[ou CLSC]
- 4 Clinique sans rendez-vous
- 5 Un service d'urgence ou une salle  
d'urgence
- 6 Autre

UCN\_END

**Difficultés financières en raison d'une incapacité (FDD)**

FDD\_Q05

**En 2023, est-ce que vous et votre ménage avez éprouvé des difficultés financières significatives à cause d'une incapacité ou d'un problème de santé à long terme d'un membre de votre ménage?**

Diriez-vous :

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

FDD\_END

**Propriétaires et locataires (DWL)**

DWL\_BEG

DV\_DWELTYPE : Type de logement (de l'EPA)

Type de logement:

- 01 = maison individuelle
- 02 = maison jumelée (maison double)
- 03 = maison en rangée
- 04 = duplex
- 05 = immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- 06 = immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- 07 = établissement
- 08 = hôtel; maison de chambres / pension; camp
- 09 = maison mobile
- 10 = autre

DWL\_R05

**La prochaine série de questions portera sur votre logement.**

DWL\_C01

Si DV\_DWELTYPE = (07 ou 08 ou 09), passez à DWL\_Q10.  
Sinon, passez à DWL\_Q05

DWL\_Q05  
Q74

**Ce logement fait-il partie d'un ensemble de logements en condominium?**

- 1 Oui
- 2 Non

DWL\_Q10  
Q75

**Ce logement nécessite-t-il des réparations?**

Ne considérez pas les rénovations ou rajouts souhaités.

Diriez-vous :

- 1 Non, seulement un entretien régulier, par exemple, peinture, nettoyage du système de chauffage
- 2 Oui, des réparations mineures, par exemple, carreaux de plancher détachés ou manquants, briques descellées, bardeaux arrachés, marches, rampes ou revêtement extérieur défectueux
- 3 Oui, des réparations majeures, par exemple, plomberie ou installation électrique défectueuse, réparations à la charpente des murs, planchers ou plafonds

DWL\_END

## Propriétaires (OWN)

OWN\_BEG

TN\_Q01 : Propriétaire ou locataire (de l'EPA)

OWN\_C05A

Si TN\_Q01 = 1 (propriétaire), passez à OWN\_C05B.  
Sinon, passez à OWN\_END.

OWN\_C05B

Si DV\_DWELTYPE = (01 ou 02 ou 03 ou 04 ou 09 ou 10 ou NONRÉPONSE), passez à OWN\_Q05.  
Sinon, passez à OWN\_Q10.

OWN\_Q05  
Q76

**Est-ce que vous, ou un autre membre de votre ménage, exploitez une ferme sur cette propriété?**

- 1 Oui
- 2 Non

OWN\_Q10  
Q77

**Est-ce que vous, ou un autre membre de votre ménage, exploitez une entreprise à partir de ce logement ou de cette propriété?**

Par propriété, on entend le terrain et les bâtiments associés avec le logement.

- 1 Oui
- 2 Non

OWN\_Q15  
Q78

**Combien y a-t-il de chambres à coucher dans ce logement?**

Veuillez **compter** toutes les pièces considérées comme des chambres à coucher même si elles sont désormais utilisées à d'autres fins, par exemple comme chambre d'amis ou salle de télévision.

Ne comptez pas les pièces qui ne servent qu'à des activités professionnelles.

**Comptez** toutes les pièces maintenant utilisées comme chambres à coucher, même si à l'origine, elles n'étaient pas prévues à cette fin comme les chambres à coucher au sous-sol.

Pour les logements d'une seule pièce ou les studios, veuillez inscrire zéro.

|\_|\_|

OWN\_Q20  
Q79

**Y a-t-il une hypothèque sur ce logement?**

- 1 Oui
- 2 Non

(Passez à OWN\_Q65)

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q25

OWN\_Q25  
Q80

**Les impôts fonciers (taxes municipales) sont-ils inclus dans vos paiements hypothécaires?**

- 1 Oui
- 2 Non

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q30

OWN\_Q30  
Q81

**Avez-vous plus d'un prêt hypothécaire pour votre logement?**

- 1 Oui
- 2 Non

(Passez à OWN\_C55)

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q35

OWN\_Q35  
Q82

**À quelle fréquence effectuez-vous vos versements hypothécaires réguliers?**

- 01 Hebdomadaire
- 02 Toutes les deux semaines
- 03 Deux fois par mois
- 04 Mensuelle
- 05 Trimestrielle
- 06 Deux fois par année
- 07 Annuelle
- 08 Autre - Précisez

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_D45A

OWN\_C45

Si OWN\_Q25 = 2, passez à OWN\_Q50.  
Sinon, passez à OWN\_Q45.

OWN\_Q45  
Q83

**En incluant vos impôts fonciers, combien déboursez-vous pour chacun de ces versements réguliers de votre prêt hypothécaire?**

**Exclure** les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

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

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q65

OWN\_Q50  
Q84

**Combien déboursez-vous pour chacun de ces versements réguliers de votre prêt hypothécaire?**

**Exclure** les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

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

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q65

OWN\_C55

Si OWN\_Q25 = 2, passez à OWN\_Q60.  
Sinon, passez à OWN\_Q55.

OWN\_Q55  
Q85

**En incluant vos impôts fonciers, combien payez-vous par mois pour tous ces prêts hypothécaires?**

**Exclure** les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

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

Nul passez à OWN\_Q65

Passez à OWN\_Q65

OWN\_Q65  
Q87

**À quel montant s'élève l'impôt foncier annuel (taxes municipales) pour ce logement?**

**Inclure** les taxes scolaires, les frais de service spéciaux et la taxe d'améliorations locales.

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

Nul passez à OWN\_C70A

Passez à OWN\_C70A

OWN\_C70A

Si DWL\_Q05 = 1, passez à OWN\_Q75.  
Sinon, passez à OWN\_C70B.

OWN\_C70B

Si OWN\_Q65 = 0 ou OWN\_Q65 = NONRÉPONSE, passez à OWN\_END.  
Sinon, passez à OWN\_Q70.

OWN\_Q70  
Q88

**L'eau est-elle comprise dans les paiements déjà mentionnés?**

Les paiements déjà mentionnés peuvent comprendre les versements de prêts hypothécaires et les impôts fonciers.

- 1 Oui
- 2 Non

Passez à OWN\_END

OWN\_Q75  
Q89

**Quels sont les frais de condominium mensuels pour ce logement?**

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

OWN\_C80

Si (OWN\_Q65 = 0 ou OWN\_Q65 = NONRÉPONSE) et (OWN\_Q75 = 0 ou OWN\_Q75 = NONRÉPONSE), passez à OWN\_END.  
Sinon, passez à OWN\_Q80.

OWN\_Q80  
Q90

**Lesquels des items suivants sont compris dans les paiements déjà mentionnés?**

Les paiements déjà mentionnés peuvent comprendre les versements de prêts hypothécaires, les impôts fonciers et les frais de condominium.

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 1 Électricité
- 2 Combustible de chauffage
- 3 Eau
- 4 Aucun de ces choix

OWN\_END

## Sécurité alimentaire (FSC)

- FSC\_R010 **Les questions qui suivent pourraient décrire la situation alimentaire de votre ménage au cours des 12 derniers mois. Veuillez indiquer si les énoncés ont souvent, parfois ou jamais été vrais pour vous et les autres membres du ménage au cours des 12 derniers mois.**
- FSC\_Q010A  
Q91a **Vous et les autres membres du ménage avez eu peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent**
- 1 Souvent vrai
  - 2 Parfois vrai
  - 3 Jamais vrai
- FSC\_Q010B  
Q91b **Toute la nourriture que vous et les autres membres du ménage aviez achetée a été mangée et il n'y avait pas d'argent pour en racheter**
- 1 Souvent vrai
  - 2 Parfois vrai
  - 3 Jamais vrai
- FSC\_Q010C  
Q91c **Vous et les autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés**
- 1 Souvent vrai
  - 2 Parfois vrai
  - 3 Jamais vrai
- FSC\_C010D Si nombre d'enfants > 0, passez à FSC\_Q010D.  
Sinon, passez à FSC\_C015A.
- FSC\_Q010D  
Q91d **Vous ou d'autres adultes dans votre ménage comptiez seulement sur quelques types d'aliments peu coûteux pour nourrir les enfants parce que vous manquez d'argent pour acheter de la nourriture**
- 1 Souvent vrai
  - 2 Parfois vrai
  - 3 Jamais vrai
- FSC\_Q010E  
Q91e **Vous ou d'autres adultes dans votre ménage ne pouviez pas servir des repas équilibrés aux enfants, parce que vous n'en aviez pas les moyens**
- 1 Souvent vrai
  - 2 Parfois vrai
  - 3 Jamais vrai
- FSC\_C015A Si ((FSC\_Q010A ou FSC\_Q010B ou FSC\_Q010C ou FSC\_Q010D ou FSC\_Q010E <= 2) et nombre d'enfants > 0), passez à FSC\_Q015.  
Sinon, passez à FSC\_C015B.
- FSC\_C015B Si (FSC\_Q010A ou FSC\_Q010B ou FSC\_Q010C ou FSC\_Q010D ou FSC\_Q010E <= 2, passez à FSC\_C020.  
Sinon, passez à FSC\_END.

FSC\_Q015  
Q92

**Les enfants ne mangeaient pas assez parce que vous ou d'autres adultes dans votre ménage n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture.**

Diriez-vous :

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC\_C020

Si taille du ménage = 1 ou nombre d'adultes = 1), passez à FSC\_Q020A.  
Sinon, passez à FSC\_R020.

FSC\_R020

**Les questions qui suivent concernent la situation alimentaire au cours des 12 derniers mois pour vous ou d'autres adultes dans votre ménage.**

FSC\_Q020A  
Q93

**Au cours des 12 derniers mois, soit depuis [mois courant] dernier, avez-vous ou d'autres adultes dans votre ménage déjà réduit votre portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC\_Q025A)

FSC\_Q020B  
Q93

**À quelle fréquence est-ce arrivé?**

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC\_Q025A  
Q94

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà mangé moins que vous auriez dû, selon vous, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_Q025B  
Q95

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà eu faim sans pouvoir manger parce que vous n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_Q025C  
Q96

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà perdu du poids parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_C030

Si (FSC\_Q015 = 1 ou FSC\_Q015 = 2) ou (FSC\_Q020A ou (FSC\_Q025A ou FSC\_Q025B ou FSC\_Q025C = 1)), passez à FSC\_Q030.  
Sinon, passez à FSC\_END.

FSC\_Q030  
Q97

**Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé, à vous ou d'autres adultes dans votre ménage, de passer une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC\_C040)

FSC\_Q035  
Q97

**À quelle fréquence est-ce arrivé?**

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC\_C040

Si nombre d'enfants n'est pas égal à 0, passez à FSC\_R040A.  
Sinon, passez à FSC\_END.

FSC\_R040A

**Maintenant, quelques questions concernant la situation alimentaire pour les enfants de votre ménage.**

FSC\_Q040A  
Q98

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ou d'autres adultes dans votre ménage déjà réduit la portion de l'un ou plusieurs des enfants parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_Q040B  
Q99

**Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC\_Q040D)

FSC\_Q040C  
Q99

**À quelle fréquence est-ce arrivé?**

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC\_Q040D  
Q100

**Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà eu faim mais vous n'aviez pas les moyens d'avoir plus de nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_Q040E  
Q101

**Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà passé une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?**

- 1 Oui
- 2 Non

FSC\_END