

Enquête canadienne sur le revenu (ECR)

Questionnaire
2021

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
Transferts entre ménages - montants reçus (IHT1)	7
Transferts entre ménages - montants payés (IHT2)	8
Revenu personnel total (INC1)	9
Introduction aux questions sur l'identification des incapacités (PDSQ)	10
Questions d'identification des incapacités (DSQ)	11
Besoins de santé non comblés (UCN)	21
Difficultés financières en raison d'une incapacité (FDD)	23
Propriétaires et locataires (DWL)	23
Propriétaires (OWN)	24
Sécurité alimentaire (FSC)	28

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	Les prochaines questions concernent vos activités entre janvier et décembre 2021, ainsi que les activités d'autres membres de votre ménage.						
ACT1_C01	Si DV_D31AGE > 69, passez à ACT1_Q01. Sinon, passez à ACT1_Q05.						
ACT1_Q01 Q2	Avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise en 2021? <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	En 2021, combien de semaines avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? Tenez compte de toutes les semaines travaillées, peu importe le nombre d'heures. Inclure : vacances, congés de maternité ou parentaux, congés de maladie, grèves, lock-out Veuillez inclure les semaines non travaillées en 2021 en raison des circonstances entourant la pandémie de COVID-19 si ces semaines ont été payées par l'employeur . _ _						
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	Pendant ces semaines, combien d'heures travailliez-vous habituellement à tous vos emplois? Si le nombre d'heures de travail variait d'une semaine à l'autre, veuillez fournir une moyenne. _ _ _						
ACT1_Q15 Q5	En tenant compte de tous les emplois que vous avez occupés en 2021, étiez-vous: 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 2021, 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 2021?

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 2021?

- 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 2021?

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

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 2021, 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 2021?

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 2021, 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 2021 ?

Rappel : La pandémie de COVID-19 pourrait avoir changé le montant habituellement payé en frais de garde. Veuillez inclure uniquement le montant effectivement payé en 2021.

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

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

SCC3_END

Transferts entre ménages - montants reçus (IHT1)

IHT1_R05

Les prochaines questions portent sur les transferts d'argent entre des personnes ne vivant pas dans le même logement.

IHT1_C05

Si SCC1_Q05 = 1, passez à IHT1_Q05.
Sinon, passez à IHT1_Q10.

IHT1_Q05
Q18

Excluant les pensions alimentaires déterminées par une entente formelle, est-ce qu'une personne qui ne vit pas avec vous vous a aidé à payer vos frais de subsistance en vous donnant de l'argent ou en payant vos factures, entre janvier et décembre 2021?

- 1 Oui (Passez à IHT1_Q15)
2 Non

Passez à IHT1_END

IHT1_Q10
Q19

Entre janvier et décembre 2021, est-ce qu'une personne qui ne vit pas avec vous vous a aidé à payer vos frais de subsistance en vous donnant de l'argent ou en payant vos factures?

- 1 Oui (Passez à IHT1_Q15)
2 Non

Passez à IHT1_END

IHT1_Q15
Q20

Quel montant total avez-vous reçu de toute personne ne vivant pas avec vous en 2021?

Ne comptez pas en double les montants reçus par le ménage qui ont déjà été déclarés. Veuillez inscrire « 0 » si le montant total a déjà été inscrit.

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

IHT1_END

Transferts entre ménages - montants payés (IHT2)

IHT2_C01

Si DV_D31AGE < 18, passez à IHT2_END.
Sinon, passez à IHT2_C02.

IHT2_C02

Si DV_D31AGE < 25 et ACT1_Q30 = 1 et DV_RELREF = '03' (fils ou fille) ou '06' (enfant en tutelle), passez à IHT2_END.
Sinon, passez à IHT2_C03.

IHT2_C03

Si SCC2_Q05 = 1, passez à IHT2_Q05.
Sinon, passez à IHT2_Q10.

IHT2_Q05
Q21

Excluant les pensions alimentaires déterminées par une entente formelle, avez-vous aidé à payer les frais de subsistance de quiconque ne vivant pas avec vous en lui donnant de l'argent ou en payant ses factures, entre janvier et décembre 2021?

1 Oui (Passez à IHT2_Q15)
2 Non

Passez à IHT2_END

IHT2_Q10
Q22

Entre janvier et décembre 2021, avez-vous aidé à payer les frais de subsistance de quiconque ne vivant pas avec vous en lui donnant de l'argent ou en payant ses factures?

1 Oui (Passez à IHT2_Q15)
2 Non

Passez à IHT2_END

IHT2_Q15
Q23

Quel montant total avez-vous versé à toute personne ne vivant pas avec vous en 2021?

Ne comptez pas en double les montants versés par le ménage qui ont déjà été déclarés. Inscrivez « 0 » si le montant total a déjà été inscrit.

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

IHT2_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 2021?

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 2021, 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	<p>Ce montant comprend-il des paiements d'aide sociale?</p> <p>Exclure 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), les prestations pour enfants et les prestations pour la COVID-19.</p> <p>1 Oui 2 Non</p>
INC1_END	

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

PDSQ_BEG	HHNUM16 : nombre de membres du ménage âgés de 16 ans et plus
PDSQ_C05	Si DV_HHNUM16 > 1, passez à PDSQ_R05. Sinon, passez à PDSQ_END.
PDSQ_R05	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.
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 2021, 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