

**Enquête nationale sur la santé de la population**

**Volet ménages  
Cycle 7 (2006-2007)**

**Questionnaire**

**Statistique Canada**

Juin 2008



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

**Canada**

POUR INFORMATION SEULEMENT

Table des matières

	Page
Variables du dossier du ménage .....	1
La composante santé.....	3
État de santé général .....	3
Sommeil.....	4
Taille et poids .....	5
Image corporelle .....	8
Nutrition .....	9
Choix alimentaire .....	9
Suppléments alimentaires .....	10
Consommation de fruits et de légumes.....	11
Consommation de boissons gazeuses.....	13
Consommation de lait .....	13
Santé préventive.....	14
Utilisation des soins de santé.....	16
Soins de santé à domicile.....	20
Limitation des activités .....	21
Problèmes de santé chroniques.....	24
Allergies alimentaires.....	24
Autres allergies .....	24
Asthme .....	24
Fibromyalgie .....	25
Arthrite ou rhumatisme, excepté la fibromyalgie .....	26
Maux de dos .....	28
Hypertension.....	28
Migraines .....	29
Bronchite chronique ou emphyseme.....	30
Diabète.....	31
Épilepsie .....	32
Maladie cardiaque .....	33
Cancer .....	33
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac .....	33
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral .....	34
Incontinence urinaire .....	35
Troubles intestinaux.....	35
La maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale.....	36
Cataractes.....	36
Glaucome.....	36
Problème de la thyroïde.....	36
Autre problème de santé chronique .....	36
État de santé .....	37
Vision .....	37
Ouïe .....	38
Élocution .....	38
Mobilité.....	39
Mains et doigts.....	40
Sentiments.....	40
Mémoire .....	40

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

Pensée .....	41
Douleurs et malaises .....	41
Activités physiques .....	41
Exposition aux rayons ultraviolets (UV) .....	44
Mouvements répétitifs .....	44
Blessures .....	45
Stress .....	48
Problèmes actuels .....	48
Facteurs de stress chez les enfants et les adultes («traumatismes») .....	51
Stress au travail .....	51
Contrôle .....	54
Consommation de médicaments.....	55
Usage du tabac .....	59
Consommation d'alcool .....	65
Santé mentale .....	67
Soutien social (Questions relatives à l'Étude sur les issues médicales) .....	74
Langue.....	78
Niveau de scolarité.....	79
Population active .....	81
Lien au travail.....	81
Recherche de travail – dernières 4 semaines .....	81
Lien à l'emploi précédent.....	82
Description de l'emploi.....	83
Absence/Heures .....	84
Autre emploi.....	85
Semaines employées .....	86
Recherche de travail.....	86
Revenu .....	87
Insécurité alimentaire .....	90
Numéro provincial d'assurance-maladie et administration .....	91
Numéro provincial d'assurance-maladie .....	91
Administration .....	92

## Variables du dossier du ménage

(Recueillir au moment du premier contact auprès d'un membre informé du ménage)

**AM3B\_TEL** Genre de contact

- 1 Par téléphone
- 2 En face à face

Les données suivantes sont recueillies pour chaque membre du ménage :

Statut des membres

Prénom

Nom

Date de naissance (8 caractères)

**DOB** Jour de naissance (2 caractères)

**MOB** Mois de naissance (2 caractères)

**YOB** Année de naissance (4 caractères)

**DHCB\_AGE** Âge (l'âge est calculé et confirmé avec le répondant)

**SEX** Sexe

- 1 Masculin
- 2 Féminin

**DHCB\_MAR** État matrimonial

- 1 Marié(e)
- 2 En union libre
- 3 Veuf ou veuve
- 4 Séparé(e)
- 5 Divorcé(e)
- 6 Célibataire, jamais marié(e)

Liens unissant les membres du ménage

Époux/Épouse	Parent de famille d'accueil
Conjoint(e) de fait	Enfant en famille d'accueil
Partenaire du même sexe	Grand-parent
Père/Mère	Petit-fils/petite-fille
Biologique	Parent par alliance
Beau-père/belle-mère	Autre personne apparentée
Adopti(f/ve)	Personne non apparentée
Fils/Fille	Frère/Soeur
Biologique	Frère/Soeur
[Du/de la] conjoint(e)	Demi-frère/soeur
Adoptif	Par alliance
	Adopti(f/ve)
	De famille d'accueil

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

**DHCB\_FID** Identification de l'unité familiale

A à Z (Attribué par l'ordinateur.)

*Vérification du ménage légal*

Les données suivantes sont recueillies une fois par ménage :

**DHCB\_DWE** Genre de logement

- 1 Maison individuelle
- 2 Maison double
- 3 Maison en rangée
- 4 Duplex
- 5 Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- 6 Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- 7 Établissement
- 8 Hôtel; maison de chambres / pension; camp
- 9 Maison mobile
- 10 Autre - Précisez

**DHCB\_OW** Ce logement est-il la propriété d'un membre du ménage?

- 1 Oui
- 2 Non

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

INTERVIEWEUR : Inscrivez «0» s'il n'y a pas de chambre séparée et fermée.

||| Chambres à coucher  
(MIN : 0) (MAX : 20)

Source de l'information (c.-à-d., la personne ayant fourni les renseignements des questions sur la santé)

**AM3B\_PL** INTERVIEWEUR : Choisissez la langue préférée du répondant.

- |    |            |    |                  |
|----|------------|----|------------------|
| 1  | Anglais    | 14 | Tamil            |
| 2  | Français   | 15 | Cri              |
| 3  | Chinois    | 16 | Afghan           |
| 4  | Italien    | 17 | Cantonais        |
| 5  | Pendjabi   | 18 | Hindi            |
| 6  | Espagnol   | 19 | Mandarin         |
| 7  | Portugais  | 20 | Persan           |
| 8  | Polonais   | 21 | Russe            |
| 9  | Allemand   | 22 | Ukrainien        |
| 10 | Vietnamien | 23 | Ourdou           |
| 11 | Arabe      | 90 | Autre - Précisez |
| 12 | Tagalog    |    |                  |
| 13 | Grec       |    |                  |

## La composante santé

(Renseignements à recueillir seulement auprès du répondant sélectionné.)  
(Interview par procuration pour ceux de moins de 12 ans ou pour ceux incapables de répondre en raison de circonstances inhabituelles)

- Nota :
1. Les parties de la question qui sont en caractères **gras** sont lues au répondant, tandis que le texte en caractères normaux ne l'est pas. Les instructions de l'intervieweur sont précédées du mot « INTERVIEWEUR » et ne sont pas lues à voix haute.
  2. Le répondant a le choix de répondre soit par «un refus» (R), soit par «je ne sais pas» (NSP) pour chacune des questions qui lui sont posées. Les réponses sont indiquées dans ce document seulement lorsqu'elles ne conduisent pas à la question suivante.
  3. Afin de faciliter la lecture de ce document, la formulation des questions utilisées a trait à la collecte par personne, même si, de fait, la collecte s'est faite par procuration.

GR\_N1 INTERVIEWEUR : Qui fournit l'information concernant le répondant sélectionné?

GR\_C2 Si l'âge < 12 ou interview sans procuration, passez à GH\_QINT.

GR\_N2 INTERVIEWEUR : Inscrivez la raison pour laquelle la composante a été complétée par procuration.

\_\_\_\_\_  
(80 espaces)

### État de santé général

GH\_QINT **Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre santé. Je vous poserai des questions sur des sujets variés tels que l'activité physique, les relations sociales et l'état de santé. Par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessure mais aussi un bien-être physique, mental et social.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

GH\_Q1 **Je vais commencer par quelques questions sur l'état de votre santé en général.**  
GHCB\_1 **En général, diriez-vous que votre santé est :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... **excellente?**
- 2 ... **très bonne?**
- 3 ... **bonne?**
- 4 ... **passable?**
- 5 ... **mauvaise?**

GH\_C2 Si l'âge < 12, passez à GH\_Q3.

GH\_Q2  
GHCB\_2      **En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1      ... ne sont pas stressantes du tout?
- 2      ... ne sont pas très stressantes?
- 3      ... sont un peu stressantes?
- 4      ... sont assez stressantes?
- 5      ... sont extrêmement stressantes?

GH\_Q3  
GHCB\_4      **En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1      ... excellentes?
- 2      ... très bonnes?
- 3      ... bonnes?
- 4      ... passables?
- 5      ... mauvaises?

GH\_C4      Si interview par procuration, passez à la section suivante.

GH\_Q4  
GHCB\_5      **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général? Diriez-vous que vous êtes :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1      ... très satisfait(e)
- 2      ... satisfait(e)
- 3      ... ni satisfait ni insatisfait(e)
- 4      ... insatisfait(e)
- 5      ... très insatisfait(e)

### Sommeil

SL\_C1      Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

SL\_Q1  
SLCB\_1      **Habituellement, combien d'heures dormez-vous chaque nuit?**  
INTERVIEWEUR : Ne pas inclure les heures consacrées au repos.

- 1      Moins de 2 heures
  - 2      De 2 heures à moins de 3 heures
  - 3      De 3 heures à moins de 4 heures
  - 4      De 4 heures à moins de 5 heures
  - 5      De 5 heures à moins de 6 heures
  - 6      De 6 heures à moins de 7 heures
  - 7      De 7 heures à moins de 8 heures
  - 8      De 8 heures à moins de 9 heures
  - 9      De 9 heures à moins de 10 heures
  - 10     De 10 heures à moins de 11 heures
  - 11     De 11 heures à moins de 12 heures
  - 12     12 heures ou plus
- R                      (Passez à la section suivante)



SL\_Q2  
SLCB\_2

À quelle fréquence avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi(e)?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SL\_Q3  
SLCB\_3

À quelle fréquence votre sommeil est-il réparateur?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SL\_Q4  
SLCB\_4

À quelle fréquence avez-vous de la difficulté à rester éveillé(e) lorsque vous le désirez?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

### Taille et poids

HW\_Q2 Combien mesurez-vous sans chaussures?

HWCB\_2

- |   |   |                   |
|---|---|-------------------|
| 0 | Moins de 1' / 12" (moins de 29,2 cm)        | (Passez à HW_Q3)  |
| 1 | 1'0" à 1'11" / 12" à 23" (29,2 à 59,6 cm)   |                   |
| 2 | 2'0" à 2'11" / 24" à 35" (59,7 à 90,1 cm)   | (Passez à HW_Q2B) |
| 3 | 3'0" à 3'11" / 36" à 47" (90,2 à 120,6 cm)  | (Passez à HW_Q2C) |
| 4 | 4'0" à 4'11" / 48" à 59" (120,7 à 151,0 cm) | (Passez à HW_Q2D) |
| 5 | 5'0" à 5'11" (151,1 à 181,5 cm)             | (Passez à HW_Q2E) |
| 6 | 6'0" à 6'11" (181,6 à 212,0 cm)             | (Passez à HW_Q2F) |
| 7 | 7'0" et plus (212,1 cm et plus)             | (Passez à HW_Q3)  |
|   | NSP, R                                      | (Passez à HW_Q3)  |

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

**HW\_Q2A**      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

**HWCB\_2A**

- 0      1'0" / 12" (29,2 à 31,7 cm)
- 1      1'1" / 13" (31,8 à 34,2 cm)
- 2      1'2" / 14" (34,3 à 36,7 cm)
- 3      1'3" / 15" (36,8 à 39,3 cm)
- 4      1'4" / 16" (39,4 à 41,8 cm)
- 5      1'5" / 17" (41,9 à 44,4 cm)
- 6      1'6" / 18" (44,5 à 46,9 cm)
- 7      1'7" / 19" (47,0 à 49,4 cm)
- 8      1'8" / 20" (49,5 à 52,0 cm)
- 9      1'9" / 21" (52,1 à 54,5 cm)
- 10     1'10" / 22" (54,6 à 57,1 cm)
- 11     1'11" / 23" (57,2 à 59,6 cm)

Passez à HW\_Q3

**HW\_Q2B**      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

**HWCB\_2B**

- 0      2'0" / 24" (59,7 à 62,1 cm)
- 1      2'1" / 25" (62,2 à 64,7 cm)
- 2      2'2" / 26" (64,8 à 67,2 cm)
- 3      2'3" / 27" (67,3 à 69,8 cm)
- 4      2'4" / 28" (69,9 à 72,3 cm)
- 5      2'5" / 29" (72,4 à 74,8 cm)
- 6      2'6" / 30" (74,9 à 77,4 cm)
- 7      2'7" / 31" (77,5 à 79,9 cm)
- 8      2'8" / 32" (80,0 à 82,5 cm)
- 9      2'9" / 33" (82,6 à 85,0 cm)
- 10     2'10" / 34" (85,1 à 87,5 cm)
- 11     2'11" / 35" (87,6 à 90,1 cm)

Passez à HW\_Q3

**HW\_Q2C**      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

**HWCB\_2C**

- 0      3'0" / 36" (90,2 à 92,6 cm)
- 1      3'1" / 37" (92,7 à 95,2 cm)
- 2      3'2" / 38" (95,3 à 97,7 cm)
- 3      3'3" / 39" (97,8 à 100,2 cm)
- 4      3'4" / 40" (100,3 à 102,8 cm)
- 5      3'5" / 41" (102,9 à 105,3 cm)
- 6      3'6" / 42" (105,4 à 107,9 cm)
- 7      3'7" / 43" (108,0 à 110,4 cm)
- 8      3'8" / 44" (110,5 à 112,9 cm)
- 9      3'9" / 45" (113,0 à 115,5 cm)
- 10     3'10" / 46" (115,6 à 118,0 cm)
- 11     3'11" / 47" (118,1 à 120,6 cm)

Passez à HW\_Q3

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

HW\_Q2D      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB\_2D

- 0      4'0" / 48" (120,7 à 123,1 cm)
- 1      4'1" / 49" (123,2 à 125,6 cm)
- 2      4'2" / 50" (125,7 à 128,2 cm)
- 3      4'3" / 51" (128,3 à 130,7 cm)
- 4      4'4" / 52" (130,8 à 133,3 cm)
- 5      4'5" / 53" (133,4 à 135,8 cm)
- 6      4'6" / 54" (135,9 à 138,3 cm)
- 7      4'7" / 55" (138,4 à 140,9 cm)
- 8      4'8" / 56" (141,0 à 143,4 cm)
- 9      4'9" / 57" (143,5 à 146,0 cm)
- 10     4'10" / 58" (146,1 à 148,5 cm)
- 11     4'11" / 59" (148,6 à 151,0 cm)

Passez à HW\_Q3

HW\_Q2E      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB\_2E

- 0      5'0" (151,1 à 153,6 cm)
- 1      5'1" (153,7 à 156,1 cm)
- 2      5'2" (156,2 à 158,7 cm)
- 3      5'3" (158,8 à 161,2 cm)
- 4      5'4" (161,3 à 163,7 cm)
- 5      5'5" (163,8 à 166,3 cm)
- 6      5'6" (166,4 à 168,8 cm)
- 7      5'7" (168,9 à 171,4 cm)
- 8      5'8" (171,5 à 173,9 cm)
- 9      5'9" (174,0 à 176,4 cm)
- 10     5'10" (176,5 à 179,0 cm)
- 11     5'11" (179,1 à 181,5 cm)

Passez à HW\_Q3

HW\_Q2F      INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB\_2F

- 0      6'0" (181,6 à 184,1 cm)
- 1      6'1" (184,2 à 186,6 cm)
- 2      6'2" (186,7 à 189,1 cm)
- 3      6'3" (189,2 à 191,7 cm)
- 4      6'4" (191,8 à 194,2 cm)
- 5      6'5" (194,3 à 196,8 cm)
- 6      6'6" (196,9 à 199,3 cm)
- 7      6'7" (199,4 à 201,8 cm)
- 8      6'8" (201,9 à 204,4 cm)
- 9      6'9" (204,5 à 206,9 cm)
- 10     6'10" (207,0 à 209,5 cm)
- 11     6'11" (209,6 à 212,0 cm)

HWCB\_HT      \_\_\_Pieds\_\_\_Pouces    ou    \_\_\_Centimètres

HW\_Q3  
HWCB\_3 **Combien pesez-vous?**  
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

|\_|\_| Poids  
(MIN : 1) (MAX : 575)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

HW\_N4  
HWCB\_4 INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

HWCB\_3LB 1 Livres  
HWCB\_3KG 2 Kilogrammes  
(NSP, R n'est pas permis)

### Image corporelle

BI\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante. Si la réponse à HW\_Q3 n'est pas valide, passez à la section suivante.

BI\_Q1  
HWCB\_5 **Considérez-vous que vous :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

1 ... faites de l'embonpoint?  
2 ... êtes trop maigre? (Passez à BI\_Q3)  
3 ... avez un poids correct? (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

BI\_Q2  
HWCB\_6 **Essayez-vous présentement de perdre du poids?**

1 Oui  
2 Non

Passez à BI\_Q4

BI\_Q3  
HWCB\_7 **Essayez-vous présentement de prendre du poids?**

1 Oui  
2 Non

BI\_Q4  
HWCB\_8 **Combien aimeriez-vous peser?**  
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre

|\_|\_| Poids  
(MIN : 1) (MAX : 575)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

BI\_N5  
HWCB\_9 INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

HWCB\_8LB 1 Livres  
HWCB\_8KG 2 Kilogrammes  
(NSP, R n'est pas permis)

## Nutrition

### Choix alimentaire

#### Questions thématiques

NU\_C1 Si interview par procuration ou âge < 15, passez à NU\_C4A.

NU\_QINT1 **Maintenant, quelques questions au sujet des aliments que vous mangez.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

NU\_Q1A **Choisissez-vous certains aliments ou en évitez-vous d'autres :**

NU\_B\_1A ... parce que vous vous préoccupez de votre poids corporel?

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

NU\_Q1B ... parce que vous vous préoccupez des maladies cardiaques?

NU\_B\_1C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q1C ... parce que vous vous préoccupez du cancer?

NU\_B\_1D

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q1D ... parce que vous vous préoccupez de l'ostéoporose (fragilité osseuse)?

NU\_B\_1E

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q2A **Choisissez-vous certains aliments à cause :**

NU\_B\_2A ... de leur faible teneur en gras?

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q2B ... de leur teneur en fibres?

NU\_B\_2B

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q2C ... de leur teneur en calcium?

NU\_B\_2C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q3A Évitez-vous certains aliments à cause :

NU\_B\_3A ... de leur teneur en gras?

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q3B ... du type de gras qu'ils contiennent?

NU\_B\_3B

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q3C ... de leur teneur en sel?

NU\_B\_3C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q3D ... de leur teneur en cholestérol?

NU\_B\_3D

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU\_Q3E ... de leur teneur en calories?

NU\_B\_3E

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

### Suppléments alimentaires

#### Questions thématiques

NU\_C4A Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

NU\_QINT2 **Maintenant, quelques questions au sujet des suppléments alimentaires.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

NU\_Q4A **Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des suppléments de vitamines**  
NU\_B\_4A **ou de minéraux?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

NU\_Q4B **En avez-vous pris au moins une fois par semaine?**

NU\_B\_4B

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à NU\_Q4D)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

NU\_Q4C **Au cours de la dernière semaine, combien de jours en avez-vous pris?**

NU\_B\_4C

|\_| Jours  
(MIN : 1) (MAX : 7)

Passez à la section suivante.

NU\_Q4D **Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours en avez-vous pris?**

NU\_B\_4D

\_|\_| Jours  
(MIN : 1) (MAX : 21)

### Consommation de fruits et de légumes

#### Questions thématiques

FV\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

FV\_QINT **Les questions qui suivent se rapportent aux aliments que vous mangez ou buvez habituellement. Pensez à tous les aliments que vous mangez, soit comme repas ou comme collation, tant à la maison qu'à l'extérieur.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

FV\_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate? (Par exemple : une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)**

FV\_B\_1A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0, NSP (Passez à FV\_Q2A)  
R (Passez à la section suivante)

FV\_N1B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_1B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si FV\_Q1A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si FV\_Q1A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si FV\_Q1A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si FV\_Q1A dépasse 12)

FV\_Q2A **Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?**

FV\_B\_2A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à FV\_Q3A)  
NSP, R (Passez à FV\_Q3A)

FV\_N2B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_2B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si FV\_Q2A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si FV\_Q2A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si FV\_Q2A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si FV\_Q2A dépasse 12)

FV\_Q3A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?**

FV\_B\_3A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à FV\_Q4A)  
NSP, R (Passez à FV\_Q4A)

FV\_N3B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_3B

- |   |             |  |
|---|-------------|--|
| 1 | Par jour    | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 20; avertissement après 2)  |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 90; avertissement après 5)  |
| 3 | Par mois    | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 200; avertissement après 5) |
| 4 | Par année   | (avertissement si FV_Q3A dépasse 12)                                   |

FV\_Q4A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?**

FV\_B\_4A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à FV\_Q5A)  
NSP, R (Passez à FV\_Q5A)

FV\_N4B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_4B

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour    | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 20; avertissement après 2)   |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 90; avertissement après 10)  |
| 3 | Par mois    | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année   | (avertissement si FV_Q4A dépasse 12)                                    |

FV\_Q5A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?**

FV\_B\_5A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à FV\_Q6A)  
NSP, R (Passez à FV\_Q6A)

FV\_N5B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_5B

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour    | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 20; avertissement après 2)   |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 90; avertissement après 10)  |
| 3 | Par mois    | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année   | (avertissement si FV_Q5A dépasse 12)                                    |

FV\_Q6A **Sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement?**

FV\_B\_6A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Portions  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

FV\_N6B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV\_B\_6B

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour    | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 20; avertissement après 5)   |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 90; avertissement après 10)  |
| 3 | Par mois    | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année   | (avertissement si FV_Q6A dépasse 12)                                    |



### Consommation de boissons gazeuses

Questions thématiques

SK\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

SK\_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses « diète »? (Par**  
SK\_B\_1A **exemple : une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)**

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0, NSP (Passez à SK\_Q2A)  
R (Passez à la section suivante)

SK\_N1B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

SK\_B\_1B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si SK\_Q1A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si SK\_Q1A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si SK\_Q1A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si SK\_Q1A dépasse 12)

SK\_Q2A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses régulières?**

SK\_B\_2A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

SK\_N2B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

SK\_B\_2B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si SK\_Q2A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si SK\_Q2A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si SK\_Q2A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si SK\_Q2A dépasse 12)

### Consommation de lait

Questions thématiques

MK\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

MK\_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement du lait?**

MK\_B\_1A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 500)  
0 (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

MK\_N1B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

MK\_B\_1B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si MK\_Q1A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si MK\_Q1A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si MK\_Q1A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si MK\_Q1A dépasse 12)

MK\_Q2 **De quelle sorte de lait s'agit-il?**

MK\_B\_2 INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Lait entier**
- 2 **Lait 2%**
- 3 **Lait 1%**
- 4 **Lait écrémé**
- 5 Autre - Précisez

### **Santé préventive**

PH\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante. Si le répondant a signalé lors d'une interview précédente qu'on a déjà pris sa tension artérielle, passez à PH\_Q1B (PH\_Q1 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH\_Q1 **Avez-vous déjà fait prendre votre tension artérielle?**

PHCB\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH\_C2)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_Q1B **À quand remonte la dernière fois que vous avez fait prendre votre tension artérielle?**

PHCB\_1B INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 2 ans**
- 4 **De 2 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH\_C2 Si de sexe masculin ou l'âge < 15, passez à la section suivante. Si l'âge < 18, passez à PH\_C3. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà passé un test PAP, passez à PH\_Q2B (PH\_Q2 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH\_Q2 **Avez-vous déjà passé un test PAP?**

PHCB\_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH\_C3)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_Q2B **À quand remonte la dernière fois que vous avez passé un test PAP?**

PHCB\_2B INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 3 ans**
- 4 **De 3 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH\_C3 Si l'âge < 35, passez à PH\_C4. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà passé une mammographie, passez à PH\_Q3B (PH\_Q3 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH\_Q3 **Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein?**

PHCB\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH\_C4)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_Q3B **À quand remonte la dernière fois que vous avez passé une mammographie?**

PHCB\_3B INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 2 ans**
- 4 **De 2 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH\_Q3C **Pourquoi avez-vous passé une mammographie?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

Si la répondante dit «Le médecin l'a recommandé» demandez pour quelle raison.

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| PHCB_3CA | 1 | Antécédents familiaux de cancer du sein                     |
| PHCB_3CB | 2 | Dans le cadre d'un examen régulier / dépistage systématique |
| PHCB_3CC | 3 | Âge   |
| PHCB_3CD | 4 | Masse dépistée lors d'une visite précédente                 |
| PHCB_3CE | 5 | Suivi d'un traitement du cancer du sein                     |
| PHCB_3CF | 6 | En hormonothérapie (supplément d'hormones)                  |
| PHCB_3CG | 7 | Problème mammaire   |
| PHCB_3CH | 8 | Autre - Précisez  |

PH\_C4 Si l'âge > 49, passez à PH\_C5. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà subi une hystérectomie, passez à la section suivante (PH\_Q4 a été rempli avec «2», PH\_Q4A a été rempli avec «NA», et PH\_Q4B a été rempli avec «2» lors du traitement)

PH\_Q4 **Maintenant, quelques questions qui s'adressent aux femmes qui ont eu un enfant récemment. Depuis notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], avez-vous donné naissance à un enfant?**

PHCB\_4

INTERVIEWEUR : Ne tenez pas compte des enfants mort-nés.

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH\_Q4B)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_Q4A  
PHCB\_4A **(Pour votre dernier enfant,) avez-vous eu recours aux services d'un médecin, d'une sage-femme ou des deux?**

- 1 Médecin seulement
- 2 Sage-femme seulement
- 3 Médecin et sage-femme
- 4 Ni l'un ni l'autre

PH\_Q4B  
PHCB\_4B **Pour l'analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non. Êtes-vous enceinte?**

- 1 Oui (Passez à la section suivante) (PH\_Q5 a été rempli avec «2» lors du traitement.)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_C5 Si l'âge < 18, passez à la section suivante. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà subi une hystérectomie, passez à la section suivante (PH\_Q5 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH\_Q5  
PHCB\_5 **Avez-vous subi une hystérectomie (c'est-à-dire, vous a-t-on retiré l'utérus)?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH\_Q5B  
PHCB\_5B **À quel âge?**

[\_][\_][\_] Âge en années  
(MIN : 18) (MAX : âge actuel)

PH\_Q5C **Pour quelles raisons?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.  
Si la répondante dit «Le médecin l'a recommandé» demandez pour quelle raison.

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| PHCB_5CA | 1 | Traitement du cancer                        |
| PHCB_5CB | 2 | Prévention du cancer                        |
| PHCB_5CC | 3 | Endométriose                                |
| PHCB_5CD | 4 | Grossesse tubaire                           |
| PHCB_5CE | 5 | Tumeur bénigne (p.ex., fibrome)             |
| PHCB_5CF | 6 | Problèmes menstruels / saignements anormaux |
| PHCB_5CG | 7 | Autre - Précisez                            |

### Utilisation des soins de santé

HC\_QINT1 **Les questions suivantes portent sur les consultations avec les professionnels de la santé durant les 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

**HC\_Q01**      **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à**  
**HCCB\_1**      **l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence?**

- 1      Oui
- 2      Non                      (Passez à HC\_C02)
- NSP                      (Passez à HC\_C02)
- R                        (Passez à la section suivante)

**HC\_Q01A**      **Combien de nuits au cours des 12 derniers mois?**  
**HCCB\_1A**

\_|\_|\_|      Nuits  
(MIN : 1) (MAX : 366; avertissement après 100)

**HC\_C02**      Si interview par procuration et l'âge > 12, changez la question HC\_Q02 (A,D,G et J) comme suit :  
«Au cours des..., combien de fois [FNAME] a-t-il / elle vu ou consulté par téléphone... pour des troubles...».  
Si interview par procuration (l'âge < 12), changez la question HC\_Q02 (A,D,G et J) comme suit :  
«Au cours des..., combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone... pour des troubles... de [FNAME] : ...»

**HC\_Q02A**      **(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

**HCCB\_2A**      **... un médecin de famille [, un pédiatre] ou un omnipraticien?**

\_|\_|\_|      Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 12)

**HC\_Q02B**      **... un spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?**  
**HCCB\_2B**

\_|\_|      Fois  
(MIN : 0) (MAX : 75; avertissement après 3)

**HC\_Q02C**      **... un autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre)?**  
**HCCB\_2C**

\_|\_|\_|      Fois  
(MIN : 0) (MAX : 300; avertissement après 7)

**HC\_Q02D**      **(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

**HCCB\_2D**      **... une infirmière pour recevoir des soins ou des conseils?**

\_|\_|\_|      Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 15)

**HC\_Q02E**      **... un dentiste ou un orthodontiste?**  
**HCCB\_2E**

\_|\_|\_|      Fois  
(MIN : 0) (MAX : 99; avertissement après 4)

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

HC\_Q02F  
HCCB\_2F

... un chiropraticien?

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 20)

HC\_Q02G

**(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

HCCB\_2G

... un physiothérapeute?

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 30)

HC\_Q02H  
HCCB\_2H

... un travailleur social ou autre conseiller?

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 20)

HC\_Q02I  
HCCB\_2I

... un psychologue?

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 25)

HC\_Q02J

**(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

HCCB\_2J

... un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute?

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 0) (MAX : 200; avertissement après 12)

HC\_Q03  
HCCB\_3

**Avez-vous un médecin de famille?**

- 1 Oui
- 2 Non

HC\_C04A

Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

HC\_Q04A  
HCCB\_4A

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à une réunion d'un groupe d'entraide, par exemple les AA ou un groupe de thérapie pour le cancer?**

- 1 Oui
- 2 Non

HC\_Q04  
HCCB\_4

**Il arrive que les gens se tournent vers la médecine non-traditionnelle ou douce. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez vu ou consulté par téléphone un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un homéopathe ou un massothérapeute pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HC\_C06)  
NSP, R (Passez à HC\_C06)

HC\_Q05 **Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |         |    |   |
|---------|----|---|
| HCCB_5A | 1  | Massothérapeute                                     |
| HCCB_5B | 2  | Acupuncteur   |
| HCCB_5C | 3  | Homéopathe ou naturopathe                           |
| HCCB_5D | 4  | Enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander  |
| HCCB_5E | 5  | Relaxologue   |
| HCCB_5F | 6  | Enseignant des techniques de rétroaction biologique |
| HCCB_5G | 7  | «Rolfeur»   |
| HCCB_5H | 8  | Herboriste  |
| HCCB_5I | 9  | Réflexologue  |
| HCCB_5J | 10 | Guérisseur - spirituel                              |
| HCCB_5K | 11 | Guérisseur - religieux                              |
| HCCB_5L | 12 | Autre - Précisez                                    |

HC\_C06 Si l'âge < 18 ou (l'âge >= 18 et sans procuration), demandez l'opinion du répondant à propos des besoins de soins de santé. Autrement, demandez au répondant l'opinion de [FNAME] à propos des besoins de soins de santé.

HC\_Q06 **Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus?**  
HCCB\_6

- |   |        |                   |
|---|--------|-------------------|
| 1 | Oui    |                   |
| 2 | Non    | (Passez à HC_C09) |
|   | NSP, R | (Passez à HC_C09) |

HC\_Q07 **Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |         |    |  |
|---------|----|--|
| HCCB_7A | 1  | Non disponibles - dans la région   |
| HCCB_7B | 2  | Non disponibles - à ce moment-là (p.ex., médecin en vacances, heures inopportunes) |
| HCCB_7C | 3  | Temps d'attente trop long  |
| HCCB_7D | 4  | Considérés comme inadéquats  |
| HCCB_7E | 5  | Coût   |
| HCCB_7F | 6  | Trop occupé(e)   |
| HCCB_7G | 7  | Ne s'en est pas occupé(e) / indifférent(e)   |
| HCCB_7H | 8  | Ne savait pas où aller   |
| HCCB_7I | 9  | Problème - de transport  |
| HCCB_7J | 10 | Problème - de langue   |
| HCCB_7K | 11 | Responsabilités personnelles ou familiales   |
| HCCB_7L | 12 | Aversion pour les médecins / peur  |
| HCCB_7M | 13 | A décidé de ne pas se faire soigner  |
| HCCB_7N | 14 | Autre - Précisez   |

HC\_Q08 **Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |         |   |  |
|---------|---|--|
| HCCB_8A | 1 | Le traitement - d'un problème physique                 |
| HCCB_8B | 2 | Le traitement - d'un problème émotif ou mental         |
| HCCB_8C | 3 | Un examen périodique (incluant consultation prénatale) |
| HCCB_8D | 4 | Le traitement - d'une blessure                         |
| HCCB_8E | 5 | Autre - Précisez                                       |

**Soins de santé à domicile**

HC\_C09 Si l'âge < 18, passez à la section suivante.

HC\_QINT2 **Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livrés à domicile.**

HC\_Q09 **Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement?**  
HCCB\_9

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HC\_Q11)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

HC\_Q10 **Quel genre de services avez-vous reçus?**  
**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.  
Le coût doit être couvert entièrement ou en partie par le gouvernement.

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| HCCB_10A | 1 | <b>Soins infirmiers (p.ex., changement de pansement)</b>                                |
| HCCB_10B | 2 | <b>Autres services ou soins de santé (p.ex., physiothérapie, conseils en nutrition)</b> |
| HCCB_10C | 3 | <b>Soins d'hygiène personnelle (p.ex., bain, soins des pieds)</b>                       |
| HCCB_10D | 4 | <b>Travaux ménagers (p.ex., nettoyage, lavage)</b>                                      |
| HCCB_10E | 5 | <b>Préparation des repas ou livraison</b>   |
| HCCB_10F | 6 | <b>Magasinage</b>   |
| HCCB_10G | 7 | <b>Services de relève (c.-à-d., programme de soutien aux soignants)</b>                 |
| HCCB_10H | 8 | <b>Autre – Précisez</b>   |

HC\_Q11 **Avez-vous reçu [des/d'autres] services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût n'était pas couvert par le gouvernement (par exemple les soins fournis par le(la) conjoint(e) ou les amis)?**  
HCCB\_11A

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

HC\_Q12 **Qui a offert ces [autres] services à domicile?**  
**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |          |   |  |
|----------|---|--|
| HCCB_12A | 1 | <b>Infirmier(ère) d'une agence privée</b>      |
| HCCB_12B | 2 | <b>Entretien ménager par une agence privée</b> |
| HCCB_12C | 3 | <b>Voisin(e) ou ami(e)</b>                     |
| HCCB_12D | 4 | <b>Membre de la famille</b>                    |
| HCCB_12E | 5 | <b>Bénévole</b>                                |
| HCCB_12F | 6 | <b>Autre - Précisez</b>                        |

Pour chacune des personnes indiquées à HC\_Q12, posez la question HC\_Q13



HC\_Q13 **Quel genre de services avez-vous reçus [d'un/une] [personne identifiée]?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |                     |   |   |
|---------------------|---|---|
| HCCB_3AA à HCCB_3FA | 1 | <b>Soins infirmiers (p.ex., changement de pansement)</b>                                |
| HCCB_3AB à HCCB_3FB | 2 | <b>Autres services ou soins de santé (p.ex., physiothérapie, conseils en nutrition)</b> |
| HCCB_3AC à HCCB_3FC | 3 | <b>Soins d'hygiène personnelle (p.ex., bain, soins des pieds)</b>                       |
| HCCB_3AD à HCCB_3FD | 4 | <b>Travaux ménagers (p.ex., nettoyage, lavage)</b>                                      |
| HCCB_3AE à HCCB_3FE | 5 | <b>Préparation des repas ou livraison</b>   |
| HCCB_3AF à HCCB_3FF | 6 | <b>Magasinage</b>   |
| HCCB_3AG à HCCB_3FG | 7 | <b>Services de relève (c.-à-d., programme de soutien aux soignants)</b>                 |
| HCCB_3AH à HCCB_3FH | 8 | Autre – Précisez  |

### Limitation des activités

RA\_QINT **Les questions suivantes portent sur toute limitation découlant de l'état de santé qui a une influence sur les activités quotidiennes. Dans ces questions, on entend par «problème de santé de longue durée» un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

RA\_Q1A **À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez :**

RACB\_1A ... à la maison?

- |   |     |                                |
|---|-----|--------------------------------|
| 1 | Oui |                                |
| 2 | Non |                                |
|   | R   | (Passez à la section suivante) |

RA\_C1B Si l'âge < 4, passez à RA\_C1C.

RA\_Q1B ... à l'école?

RACB\_1B

- |   |            |                                |
|---|------------|--------------------------------|
| 1 | Oui        |                                |
| 2 | Non        |                                |
| 3 | Sans objet |                                |
|   | R          | (Passez à la section suivante) |

RA\_C1C Si l'âge < 12, passez à RA\_Q1D.

RA\_Q1C ... au travail?

RACB\_1C

- |   |            |                                |
|---|------------|--------------------------------|
| 1 | Oui        |                                |
| 2 | Non        |                                |
| 3 | Sans objet |                                |
|   | R          | (Passez à la section suivante) |

RA\_Q1D ... dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école?

RACB\_1D

- |   |     |                                |
|---|-----|--------------------------------|
| 1 | Oui |                                |
| 2 | Non |                                |
|   | R   | (Passez à la section suivante) |

RA\_Q2  
RACB\_2

**Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée?**

- 1 Oui
- 2 Non
- R (Passez à la section suivante)

RA\_C2A

Si **au moins un** des RA\_Q1A, B, C, D ou RA\_Q2 = 1 (oui) alors limitation en 2006. Si **chacun des** RA\_Q1A, B, C, D et RA\_Q2 = 2 (non) ou 3 (sans objet) ou saut valable (question non posée) alors pas de limitation en 2006. Autrement, limitation est inconnue.

RA\_C2B

S'il y a eu une «limitation d'activité» en 2006 mais pas en 2004, passez à RA\_Q2A. S'il y a eu une «limitation d'activité» en 2004 mais pas en 2006, passez à RA\_Q2B. Autrement, passez à RA\_C5.

RA\_Q2A  
RACB\_2A

Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les **changements**.

**Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], aucune limitation d'activité ni incapacité n'a été signalée pour vous, mais cette fois, il y en a eu.**

**Est-ce attribuable à une nouvelle limitation d'activité ou incapacité, ou à l'aggravation d'une limitation ou incapacité qui existait déjà?**

- 1 Nouvelle depuis la dernière interview
- 2 Aggravation depuis la dernière interview
- 3 Aucune limitation d'activité ou incapacité courante (retournez à RA\_Q1A - RA\_Q2)
- 4 Même limitation d'activité ou incapacité
- 5 Autre - Précisez

Passez à RA\_C5

RA\_Q2B  
RACB\_2B

Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les **changements**.

**Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], une limitation d'activité ou une incapacité a été signalée pour vous, mais cette fois, il n'y en a pas eu.**

**Est-ce attribuable à la disparition ou à l'amélioration d'un état de santé antérieur (limitation d'activité ou incapacité), à l'utilisation d'un équipement spécial (par exemple, un membre artificiel), ou à quelque chose d'autre?**

- 1 Disparition ou amélioration
- 2 Utilisation actuelle d'équipement spécial
- 3 Aucune à la dernière interview
- 4 N'en a jamais eu
- 5 A actuellement une limitation d'activité ou une incapacité (retournez à RA\_Q1A - RA\_Q2)
- 6 Autre - Précisez

RA\_C5

Si **au moins un** des RA\_Q1 A,B,C,D = 1 (oui) posez RA\_Q3 utilisant « faisant en sorte que vous soyez limité(e) dans vos activités ». Si « Oui » uniquement à RA\_Q2, posez RA\_Q3 utilisant « causant cette incapacité ou ce handicap ». Autrement, passez à RA\_C6A.

RA\_Q3  
RACBF3

**Quel est le principal problème de santé (faisant en sorte que vous soyez limité(e) dans vos activités / causant cette incapacité ou ce handicap)?**

---

(25 espaces)

RA\_Q5 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**

RACB\_5 **INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Blessure - à la maison**
- 2 **Blessure - sports ou loisirs**
- 3 **Blessure - véhicule à moteur**
- 4 **Blessure - au travail**
- 5 **Présent dès la naissance**
- 6 **Milieu de travail**
- 7 **Maladie**
- 8 **Processus de vieillissement normal**
- 9 **Violences physiques ou psychologiques**
- 10 **Autre – Précisez**

RA\_C6A Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

RA\_Q6A **Il est possible que les prochaines questions ne s'appliquent pas à vous, mais il est nécessaire de poser les mêmes questions à tout le monde. À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide :**

RACB\_6A **... à préparer les repas?**

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6B **... à faire les courses?**

RACB\_6B

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6C **... à accomplir les tâches ménagères quotidiennes?**

RACB\_6C

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6D **... à faire des gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour?**

RACB\_6D

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6E **... à vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger?**

RACB\_6E

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6F **... à vous déplacer dans la maison?**

RACB\_6F

- 1 Oui
- 2 Non

RA\_Q6G ... à vous déplacer à l'extérieur peu importe les conditions climatiques?

RACB\_6G

- 1 Oui
- 2 Non

### **Problèmes de santé chroniques**

CC\_QINT **Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée. Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Nous aimerions également vous poser quelques questions qui nous aideront à mieux comprendre l'évolution éventuelle de ces problèmes de santé.**  
**INTERVIEWEUR** : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

### **Allergies alimentaires**

CC\_Q011 **Avez-vous des allergies alimentaires?**

CCCB\_1A

- 1 Oui
  - 2 Non
- R (Passez à la section suivante)

### **Autres allergies**

CC\_Q021 **Avez-vous d'autres allergies?**

CCCB\_1B

- 1 Oui
- 2 Non

### **Asthme**

CC\_Q031 **Faites-vous de l'asthme?**

CCCB\_1C

- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à CC\_C033)
- NSP, R (Passez à CC\_C041)

CC\_C032A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q035.

CC\_Q032 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_C3M

Mois

CCCB\_C3Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

NSP, R (Passez à CC\_Q035)

CC\_C032B Si CC\_Q032 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q035.

CC\_Q032X **Donc, vous faisiez de l'asthme avant la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

CCCB\_C4

- 1 Oui (Passez à CC\_Q035)
  - 2 Non (Retournez à CC\_Q032)
- NSP, R (Passez à CC\_Q035)

CC\_C033 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q033. Autrement, passez à CC\_C041.

CC\_Q033 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous faisiez de l'asthme, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**  
CCCB\_C1

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q031)
- 3 N'a jamais fait de l'asthme (Passez à CC\_C041)  
NSP, R (Passez à CC\_C041)

CC\_Q034 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_C2M |\_|\_| Mois  
CCCB\_C2Y |\_|\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_C041

CC\_Q035 **Avez-vous eu des symptômes d'asthme ou fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois?**  
CCCB\_C5

- 1 Oui
- 2 Non

CC\_Q036 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme tels que : inhalateurs, nébuliseurs, pilules, liquides ou injections?**  
CCCB\_C6

- 1 Oui
- 2 Non

### **Fibromyalgie**

CC\_C041 Si l'âge < 12, passez à CC\_C051.

CC\_Q041 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé. Souffrez-vous de fibromyalgie?**  
CCCB\_1X

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C043)  
NSP, R (Passez à CC\_C051)

CC\_C042A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q045.

CC\_Q042 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_X3M |\_|\_| Mois  
CCCB\_X3Y |\_|\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_Q045)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

CC\_C042B Si CC\_Q042 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q045.

CC\_Q042X **Donc, vous souffriez de fibromyalgie avant la dernière interview en [mois et**  
CCCB\_X4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_Q045)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q042)
- NSP, R (Passez à CC\_Q045)

CC\_C043 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]  
et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q043. Autrement,  
passez à CC\_C051.

CC\_Q043 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
CCCB\_X1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez de fibromyalgie, mais pas cette fois-ci. Ce**  
**problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q041)
- 3 N'a jamais souffert de fibromyalgie (Passez à CC\_C051)
- NSP, R (Passez à CC\_C051)

CC\_Q044 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_X2M |\_|\_| Mois  
CCCB\_X2Y |\_|\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_C051

CC\_Q045 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre la fibromyalgie?**  
CCCB\_X5

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C051)
- NSP, R (Passez à CC\_C051)

CC\_Q046 **Quel type de traitement ou de médicament?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

CCCB\_X6A 1 Médicament  
CCCB\_X6B 2 Régime alimentaire  
CCCB\_X6D 3 Exercice / physiothérapie  
CCCB\_X6C 4 Autre - Précisez

### Arthrite ou rhumatisme, excepté la fibromyalgie

CC\_C051 Si l'âge < 12, passez à CC\_C061.

CC\_Q051 **Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme, sauf la fibromyalgie?**  
CCCB\_1D

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C053)
- NSP, R (Passez à CC\_C061)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

CC\_C052A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q055.

CC\_Q052 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_D3M | | | Mois  
CCCB\_D3Y | | | | | Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_Q055)

CC\_C052B Si CC\_Q052 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q055.

CC\_Q052X **Donc, vous souffriez d'arthrite ou de rhumatisme avant la dernière interview en [mois et**  
CCCB\_D4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_Q055)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q052)  
NSP, R (Passez à CC\_Q055)

CC\_C053 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q053. Autrement, passez à CC\_C061.

CC\_Q053 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
CCCB\_D1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez d'arthrite ou de rhumatisme, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q051)
- 3 N'a jamais souffert d'arthrite ou de rhumatisme (Passez à CC\_C061)  
NSP, R (Passez à CC\_C061)

CC\_Q054 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_D2M | | | Mois  
CCCB\_D2Y | | | | | Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_C061

CC\_Q055 **De quel genre d'arthrite souffrez-vous?**

CCCB\_D11

- 1 Polyarthrite rhumatoïde
- 2 Arthrose
- 3 Autre - Précisez

CC\_Q056 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament pour l'arthrite ou le**  
CCCB\_D5 **rhumatisme?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C061)  
NSP, R (Passez à CC\_C061)

CC\_Q057 **Quel type de traitement ou de médicament?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

CCCB\_D6A 1 Médicament  
CCCB\_D6B 2 Régime alimentaire  
CCCB\_D6D 3 Exercice / physiothérapie  
CCCB\_D6C 4 Autre - Précisez

**Maux de dos**

CC\_C061 Si l'âge < 12, passez à CC\_C071.

CC\_Q061 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués**  
CCCB\_1E **par un professionnel de la santé.**  
**Avez-vous des maux de dos, autres que ceux dus à la fibromyalgie et l'arthrite?**

1 Oui  
2 Non

**Hypertension**

CC\_C071 Si l'âge < 12, passez à CC\_Q081.

CC\_Q071 **Faites-vous de l'hypertension?**  
CCCB\_1F

1 Oui  
2 Non (Passez à CC\_C073)  
NSP, R (Passez à CC\_Q081)

CC\_C072A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q075.

CC\_Q072 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_F3M |\_|\_| Mois  
CCCB\_F3Y |\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_Q075)

CC\_C072B Si CC\_Q072 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q075.

CC\_Q072X **Donc, vous faisiez de l'hypertension avant la dernière interview en [mois et**  
CCCB\_F4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

1 Oui (Passez à CC\_Q075)  
2 Non (Retournez à CC\_Q072)  
NSP, R (Passez à CC\_Q075)

CC\_C073 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]  
et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q073. Autrement,  
passez à CC\_Q081.



CC\_Q073 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous faisiez de l'hypertension, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**  
CCCB\_F1

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q071)
- 3 N'a jamais fait d'hypertension (Passez à CC\_Q081)  
NSP, R (Passez à CC\_Q081)

CC\_Q074 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_F2M |\_|\_| Mois  
CCCB\_F2Y |\_|\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_Q081

CC\_Q075 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre l'hypertension?**  
CCCB\_F5

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_Q081)  
NSP, R (Passez à CC\_Q081)

CC\_Q076 **Quel type de traitement ou de médicament?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- CCCB\_F6A 1 Médicament  
CCCB\_F6B 2 Régime alimentaire  
CCCB\_F6D 3 Exercice / physiothérapie  
CCCB\_F6C 4 Autre - Précisez

### Migraines

CC\_Q081 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé. Avez-vous des migraines?**  
CCCB\_1G

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C083)  
NSP, R (Passez à CC\_Q091)

CC\_C082A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q085.

CC\_Q082 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_G3M |\_|\_| Mois  
CCCB\_G3Y |\_|\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_Q085)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

CC\_C082B Si CC\_Q082 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q085.

CC\_Q082X **Donc, vous aviez des migraines avant la dernière interview en [mois et année, soit**  
CCCB\_G4 **la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_Q085)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q082)
- NSP, R (Passez à CC\_Q085)

CC\_C083 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]  
et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q083. Autrement,  
passez à CC\_C091.

CC\_Q083 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
CCCB\_G1 **l'interview], on a indiqué que vous aviez des migraines, mais pas cette fois-ci. Ce problème**  
**a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q081)
- 3 N'a jamais eu de migraines (Passez à CC\_C091)
- NSP, R (Passez à CC\_C091)

CC\_Q084 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_G2M  
CCCB\_G2Y

\_|\_| Mois  
\_|\_|\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_C091

CC\_Q085 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre les migraines?**  
CCCB\_G5

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C091)
- NSP, R (Passez à CC\_C091)

CC\_Q086 **Quel type de traitement ou de médicament?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- CCCB\_G6A 1 Médicament  
CCCB\_G6B 2 Régime alimentaire  
CCCB\_G6D 3 Exercice / physiothérapie  
CCCB\_G6C 4 Autre - Précisez

### **Bronchite chronique ou emphysème**

CC\_C091 Si l'âge < 12, passez à CC\_Q101.

CC\_Q091 **Êtes-vous atteint de bronchite chronique ou d'emphysème?**  
CCCB\_1H

- 1 Oui
- 2 Non

**Diabète**

CC\_Q101 **Êtes-vous atteint(e) du diabète?**

CCCB\_1J

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C103)  
NSP, R (Passez à CC\_Q111)

CC\_C102A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q105.

CC\_Q102 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_J3M

|\_| Mois

CCCB\_J3Y

|\_|\_| Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

NSP, R (Passez à CC\_Q105)

CC\_C102B Si CC\_Q102 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q105.

CC\_Q102X **Donc, vous étiez atteint(e) du diabète avant la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

CCCB\_J4

- 1 Oui (Passez à CC\_Q105)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q102)  
NSP, R (Passez à CC\_Q105)

CC\_C103 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q103. Autrement, passez à CC\_Q111.

CC\_Q103 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) du diabète, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

CCCB\_J1

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q101)
- 3 N'a jamais été atteint(e) du diabète (Passez à CC\_Q111)  
NSP, R (Passez à CC\_Q111)

CC\_Q104 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_J2M

|\_| Mois

CCCB\_J2Y

|\_|\_| Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC\_Q111

CC\_Q105 **Actuellement, prenez-vous de l'insuline pour votre diabète?**

CCCB\_J5

- 1 Oui
- 2 Non

CC\_Q106 **Suivez-vous un autre traitement ou prenez-vous un autre médicament contre le**  
 CCCB\_J6 **diabète?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_Q111)  
 NSP, R (Passez à CC\_Q111)

CC\_Q107 **Quel type de traitement ou de médicament?**  
 INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- CCCB\_J7A 1 Médicament
- CCCB\_J7B 2 Régime alimentaire
- CCCB\_J7D 3 Exercice / physiothérapie
- CCCB\_J7C 4 Autre - Précisez

**Épilepsie**

CC\_Q111 **Êtes-vous atteint(e) d'épilepsie?**  
 CCCB\_1K

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C113)  
 NSP, R (Passez à CC\_Q121)

CC\_C112A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_Q121.

CC\_Q112 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

- CCCB\_K3M |\_|\_| Mois
- CCCB\_K3Y |\_|\_|\_| Année
- (MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
- NSP, R (Passez à CC\_Q121)

CC\_C112B Si CC\_Q112 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_Q121.

CC\_Q112X **Donc, vous étiez atteint(e) d'épilepsie avant la dernière interview en [mois et**  
 CCCB\_K4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_Q121)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q112)  
 NSP, R (Passez à CC\_Q121)

CC\_C113 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]  
 et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q113. Autrement,  
 passez à CC\_Q121.

CC\_Q113 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
 CCCB\_K1 **l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) d'épilepsie, mais pas cette fois-ci. Ce**  
**problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q111)
- 3 N'a jamais été atteint(e) d'épilepsie (Passez à CC\_Q121)  
 NSP, R (Passez à CC\_Q121)

CC\_Q114 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_K2M

|||

Mois

CCCB\_K2Y

|||||

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

**Maladie cardiaque**

CC\_Q121 **Souffrez-vous d'une maladie cardiaque?**

CCCB\_1L

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_Q131)  
NSP, R (Passez à CC\_Q131)

CC\_Q122 **Avez-vous déjà fait une crise cardiaque (lésion du muscle cardiaque)?**

CCCB\_L1A

- 1 Oui
- 2 Non

CC\_Q123 **Actuellement, souffrez-vous d'angine de poitrine (douleurs dans la poitrine, oppression)?**

CCCB\_L6

- 1 Oui
- 2 Non

CC\_Q124 **Actuellement, souffrez-vous d'insuffisance cardiaque globale (rythme cardiaque inapproprié, accumulation de liquide dans les poumons ou dans les jambes)?**

CCCB\_L7

- 1 Oui
- 2 Non

**Cancer**

CC\_Q131 **Souffrez-vous d'un cancer?**

CCCB\_1M

- 1 Oui
- 2 Non

**Ulcères à l'intestin ou à l'estomac**

CC\_C141 Si l'âge < 12, passez à CC\_C151.

CC\_Q141 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé.**

CCCB\_1N

**Souffrez-vous d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C143)  
NSP, R (Passez à CC\_C151)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

CC\_C142A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC\_C151.

CC\_Q142 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_N3M | | | Mois  
CCCB\_N3Y | | | | | Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_C151)

CC\_C142B Si CC\_Q142 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_C151.

CC\_Q142X **Donc, vous souffriez d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac avant la dernière**  
CCCB\_N4 **interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_C151)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q142)  
NSP, R (Passez à CC\_Q151)

CC\_C143 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors sa dernière interview, passez à CC\_Q143. Autrement, passez à CC\_C151.

CC\_Q143 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
CCCB\_N1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac, mais pas**  
**cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à C\_Q141)
- 3 N'a jamais souffert d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac (Passez à CC\_C151)  
NSP, R (Passez à CC\_C151)

CC\_Q144 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_N2M | | | Mois  
CCCB\_N2Y | | | | | Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

### Troubles dus à un accident vasculaire cérébral

CC\_C151 Si l'âge < 12, passez à CC\_C161.

CC\_Q151 **Êtes-vous atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire cérébral?**  
CCCB\_10

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC\_C153)  
NSP, R (Passez à CC\_C161)

CC\_C152A Si le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_C161.

CC\_Q152 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB\_O3M | | | Mois  
CCCB\_O3Y | | | | | Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)  
NSP, R (Passez à CC\_C161)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

CC\_C152B Si CC\_Q152 est après la date de la dernière interview, passez à CC\_C161.

CC\_Q152X **Donc, vous étiez atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire cérébral avant**  
CCCB\_04 **la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC\_C161)
- 2 Non (Retournez à CC\_Q152)
- NSP, R (Passez à CC\_Q161)

CC\_C153 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]  
et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC\_Q153. Autrement,  
passez à CC\_C161.

CC\_Q153 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**  
CCCB\_01 **l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire**  
**cérébral, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC\_Q151)
- 3 N'a jamais été atteint de troubles dus à un accident vasculaire cérébral  
(Passez à CC\_C161)
- NSP, R (Passez à CC\_C161)

CC\_Q154 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB\_02M |\_\_| Mois  
CCCB\_02Y |\_\_|\_\_| Année  
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

### Incontinence urinaire

CC\_C161 Si l'âge < 12, passez à CC\_C171.

CC\_Q161 **Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire?**  
CCCB\_1P

- 1 Oui
- 2 Non

### Troubles intestinaux

CC\_C171 Si l'âge < 12, passez à CC\_C181.

CC\_Q171 **Êtes-vous atteint(e) de troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la**  
CCCB\_1Q **colite?**

- 1 Oui
- 2 Non

**La maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale**

CC\_C181 Si l'âge < 18, passez à CC\_C191.

CC\_Q181 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués**  
**par un professionnel de la santé.**  
CCCB\_1R **Êtes-vous atteint(e) de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence cérébrale**  
**(sénilité)?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Cataractes**

CC\_C191 Si l'âge < 18, passez à CC\_C201.

CC\_Q191 **Êtes-vous atteint(e) de cataracte?**  
CCCB\_1S

- 1 Oui
- 2 Non

**Glaucome**

CC\_C201 Si l'âge < 18, passez à CC\_C211.

CC\_Q201 **Êtes-vous atteint(e) de glaucome?**  
CCCB\_1T

- 1 Oui
- 2 Non

**Problème de la thyroïde**

CC\_C211 Si l'âge < 12, passez à CC\_Q221.

CC\_Q211 **Êtes-vous atteint(e) d'un problème de la thyroïde?**  
CCCB\_1U

- 1 Oui
- 2 Non

**Autre problème de santé chronique**

CC\_Q221 **Êtes-vous atteint(e) de tout autre problème de santé de longue durée**  
**diagnostiqué par un professionnel de la santé?**  
CCCB\_1V

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

CC\_Q221S **INTERVIEWEUR : Précisez.**  
CCCAF1V

\_\_\_\_\_ (80 espaces)



## État de santé

HS\_C00 Si l'âge < 4, passez à la section suivante.

HS\_QINT1 **Les questions suivantes concernent votre état de santé. Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes pendant de courtes périodes. Elles concernent les capacités habituelles d'une personne. Il se peut que vous pensiez qu'elles ne s'appliquent pas à vous, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

### Vision

HS\_C01 Si l'âge < 12, remplacez «le journal» par «les mots dans un livre».

HS\_Q01 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**  
HSCB\_1

- 1 Oui (Passez à HS\_Q04)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

HS\_Q02 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**  
HSCB\_2

- 1 Oui (Passez à HS\_Q04)
- 2 Non

HS\_Q03 **Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit?**  
HSCB\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS\_Q06)  
NSP, R (Passez à HS\_Q06)

HS\_Q04 **Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact?**  
HSCB\_4

- 1 Oui (Passez à HS\_Q06)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à HS\_Q06)

HS\_Q05 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue avec des lunettes ou des verres de contact?**  
HSCB\_5

- 1 Oui
- 2 Non

**Ouïe**

HS\_Q06 **Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins**  
**HSCB\_6** **3 personnes sans vous servir d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à HS\_C10)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à HS\_C10)

HS\_Q07 **Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins**  
**HSCB\_7** **3 personnes avec l'aide d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à HS\_Q08)
- 2 Non

HS\_Q07A **Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?**  
**HSCB\_7A**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS\_C10)  
NSP, R (Passez à HS\_C10)

HS\_Q08 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans**  
**HSCB\_8** **une pièce silencieuse sans vous servir d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à HS\_C10)
- 2 Non  
R (Passez à HS\_C10)

HS\_Q09 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne**  
**HSCB\_9** **dans une pièce silencieuse avec l'aide d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Élocution**

HS\_C10 Si l'âge >= 12, passez à HS\_Q10.

HS\_QINT3 **Les quelques questions sur la santé quotidienne que voici concernent les aptitudes de**  
**[FNAME] par rapport aux aptitudes d'autres enfants du même âge.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

HS\_Q10 **Habituellement, êtes-vous parfaitement compris(e) lorsque vous parlez dans votre**  
**HSCB\_10** **langue avec des inconnus?**

- 1 Oui (Passez à HS\_Q14)
- 2 Non  
R (Passez à HS\_Q14)

HS\_Q11 **Êtes-vous partiellement compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus?**  
**HSCB\_11**

- 1 Oui
- 2 Non

HS\_Q12  
HSCB\_12 **Êtes-vous parfaitement compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?**

- 1 Oui (Passez à HS\_Q14)
- 2 Non  
R (Passez à HS\_Q14)

HS\_Q13  
HSCB\_13 **Êtes-vous partiellement compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?**

- 1 Oui
- 2 Non

### **Mobilité**

HS\_Q14  
HSCB\_14 **Habituellement, pouvez-vous marcher dans le quartier sans difficulté et sans vous servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?**

- 1 Oui (Passez à HS\_Q21)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à HS\_Q21)

HS\_Q15  
HSCB\_15 **Pouvez-vous marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS\_Q18)  
NSP, R (Passez à HS\_Q18)

HS\_Q16  
HSCB\_16 **Avez-vous besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?**

- 1 Oui
- 2 Non

HS\_Q17  
HSCB\_17 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non

HS\_Q18  
HSCB\_18 **Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS\_Q21)  
NSP, R (Passez à HS\_Q21)

HS\_Q19  
HSCB\_19 **À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?**

**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Toujours**
- 2 **Souvent**
- 3 **Parfois**
- 4 **Jamais**

- HS\_Q20      **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour vous déplacer en fauteuil roulant?**  
HSCB\_20
- 1      Oui
  - 2      Non

**Mains et doigts**

- HS\_Q21      **Habituellement, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?**  
HSCB\_21
- 1      Oui                      (Passez à HS\_Q25)
  - 2      Non  
NSP, R                      (Passez à HS\_Q25)

- HS\_Q22      **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne?**  
HSCB\_22
- 1      Oui
  - 2      Non                      (Passez à HS\_Q24)  
NSP, R                      (Passez à HS\_Q24)

- HS\_Q23      **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**  
HSCB\_23      **INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.
- 1      ... certaines tâches?
  - 2      ... la plupart des tâches?
  - 3      ... presque toutes les tâches?
  - 4      ... toutes les tâches?

- HS\_Q24      **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin d'équipement spécial, comme un appareil pour vous aider à vous habiller?**  
HSCB\_24
- 1      Oui
  - 2      Non

**Sentiments**

- HS\_Q25      **Vous décririez-vous comme étant habituellement :**  
HSCB\_25      **INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.
- 1      ... heureux(se) et intéressé(e) à vivre?
  - 2      ... plutôt heureux(se)?
  - 3      ... plutôt malheureux(se)?
  - 4      ... malheureux(se) et peu intéressé(e) à vivre?
  - 5      ... si malheureux(se) que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?

**Mémoire**

- HS\_Q26      **Comment décririez-vous votre capacité habituelle à vous souvenir des choses?**  
HSCB\_26      **INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.
- 1      **Capable de vous souvenir de la plupart des choses**
  - 2      **Plutôt porté(e) à oublier des choses**
  - 3      **Très porté(e) à oublier des choses**
  - 4      **INCAPABLE DE SE RAPPELER QUOI QUE CE SOIT**

### Pensée

HS\_Q27  
HSCB\_27 **Comment décririez-vous votre capacité habituelle à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Capable de penser clairement et de régler des problèmes**
- 2 **Éprouve un peu de difficulté**
- 3 **Éprouve une certaine difficulté**
- 4 **Éprouve beaucoup de difficulté**
- 5 **INCAPABLE DE PENSER OU DE RÉGLER DES PROBLÈMES**

### Douleurs et malaises

HS\_Q28  
HSCB\_28 **Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises?**

- 1 Oui (Passez à la section suivante)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

HS\_Q29  
HSCB\_29 **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Faible**
- 2 **Moyenne**
- 3 **Forte**

HS\_Q30  
HSCB\_30 **Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Aucune**
- 2 **Quelques-unes**
- 3 **Plusieurs**
- 4 **La plupart**

### Activités physiques

PA\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

PA\_QINT1 **J'aimerais vous poser des questions sur vos activités physiques. Pour commencer, les questions porteront sur les activités physiques n'ayant aucun lien avec le travail, autrement dit, des activités de loisir.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

PA\_Q1 **Au cours des 3 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a trois mois] et se terminant hier, avez-vous fait les activités suivantes?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |         |    |   |                                |
|---------|----|---|--------------------------------|
| PACB_1A | 1  | <b>Marche pour faire de l'exercice</b>    |                                |
| PACB_1B | 2  | <b>Jardinage ou travaux à l'extérieur</b> |                                |
| PACB_1C | 3  | <b>Natation</b>                           |                                |
| PACB_1D | 4  | <b>Bicyclette</b>                         |                                |
| PACB_1E | 5  | <b>Danse moderne ou danse sociale</b>     |                                |
| PACB_1F | 6  | <b>Exercices à la maison</b>              |                                |
| PACB_1G | 7  | <b>Hockey sur glace</b>                   |                                |
| PACB_1H | 8  | <b>Patinage sur glace</b>                 |                                |
| PACB_1Y | 9  | <b>Patin à roues alignées</b>             |                                |
| PACB_1J | 10 | <b>Jogging ou course</b>                  |                                |
| PACB_1K | 11 | <b>Golf</b>                               |                                |
| PACB_1L | 12 | <b>Exercices dirigés ou aérobic</b>       |                                |
| PACB_1I | 13 | <b>Ski alpin ou planche à neige</b>       |                                |
| PACB_1N | 14 | <b>Quilles</b>                            |                                |
| PACB_1O | 15 | <b>Baseball ou balle molle</b>            |                                |
| PACB_1P | 16 | <b>Tennis</b>                             |                                |
| PACB_1Q | 17 | <b>Poids et haltères</b>                  |                                |
| PACB_1R | 18 | <b>Pêche</b>                              |                                |
| PACB_1S | 19 | <b>Volleyball</b>                         |                                |
| PACB_1T | 20 | <b>Basketball (Ballon panier)</b>         |                                |
| PACB_1U | 21 | <b>Autre</b>                              |                                |
| PACB_1V | 22 | Aucune activité physique                  | (Passez à PA_QINT2)            |
|         |    | NSP, R                                    | (Passez à la section suivante) |

Si «Autre» est choisi, passez à PA\_Q1US. Autrement, passez à PA\_Q1W.

PA\_Q1US **Quelle était cette activité?**  
PACBFC1 INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement.

\_\_\_\_\_  
(80 espaces)

PA\_Q1W **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait une autre activité de loisir?**  
PACB\_1W

- |   |        |                  |
|---|--------|------------------|
| 1 | Oui    |                  |
| 2 | Non    | (Passez à PA_Q2) |
|   | NSP, R | (Passez à PA_Q2) |

PA\_Q1WS **Quelle était cette activité?**  
PACBFC2 INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement

\_\_\_\_\_  
(80 espaces)

PA\_Q1X **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait une autre activité de loisir?**  
PACB\_1X

- |   |        |                  |
|---|--------|------------------|
| 1 | Oui    |                  |
| 2 | Non    | (Passez à PA_Q2) |
|   | NSP, R | (Passez à PA_Q2) |

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

PA\_Q1XS **Quelle était cette activité?**  
PACBFC3 INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement

\_\_\_\_\_  
(80 espaces)

Pour chacune des activités indiquées à PA\_Q1, posez les questions PA\_Q2 et PA\_Q3.

PA\_Q2 **Combien de fois avez-vous fait [l'activité identifiée] au cours des 3 derniers mois?**

PACB\_2A  
À  
PACB\_2Y

\_|\_|\_| Fois  
(MIN : 1) (MAX : 99) pour chacun sauf les suivants :  
Marche : MAX = 270  
Bicyclette : MAX = 200  
Autre : MAX = 200  
NSP, R (Passez à l'activité suivante)

PA\_Q3 **À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?**

PACB\_3A  
À  
PACB\_3Y

- 1 De 1 à 15 minutes
- 2 De 16 à 30 minutes
- 3 De 31 à 60 minutes
- 4 Plus d'une heure

PA\_QINT2 **Les prochaines questions portent sur le temps consacré, au cours des 3 derniers mois, à des activités physiques au travail ou dans les tâches quotidiennes à la maison, c'est-à-dire en dehors des activités de loisirs.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

PA\_Q4A **Au cours des 3 derniers mois, durant une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passées à marcher pour vous rendre au travail ou à l'école ou pour faire des courses?**

PACB\_4A

- 1 Aucune
- 2 Moins d'une heure
- 3 De 1 à 5 heures
- 4 De 6 à 10 heures
- 5 De 11 à 20 heures
- 6 Plus de 20 heures

PA\_Q4B **Durant une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passées à bicyclette pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire des courses?**

PACB\_4B

- 1 Aucune
- 2 Moins d'une heure
- 3 De 1 à 5 heures
- 4 De 6 à 10 heures
- 5 De 11 à 20 heures
- 6 Plus de 20 heures

PA\_C5 Si le répondant a indiqué « bicyclette » comme activité à PA\_Q1 ou une réponse > « Aucune » à PA\_Q4B, posez la question PA\_Q5. Autrement, passez à PA\_Q6.

PA\_Q5  
PACB\_5 **Quand vous faites du vélo, à quelle fréquence portez-vous un casque?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps / toujours**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Rarement**
- 4 **Jamais**

PA\_Q6  
PACB\_6 **Si l'on pense aux 3 derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Normalement assis(e) pendant la journée, sans trop marcher**
- 2 **Souvent debout ou en train de marcher pendant la journée, mais sans avoir à lever vraiment des objets**
- 3 **Levez ou transportez habituellement des objets légers ou montez souvent des escaliers ou des pentes**
- 4 **Faites du travail exténuant / portez des objets très lourds**

### **Exposition aux rayons ultraviolets (UV)**

TU\_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

TU\_QINT **On appelle coup de soleil tout rougissement, tout inconfort ou tout malaise de la peau qui persiste pendant plus de 12 heures après l'exposition au soleil ou à toute autre source de rayons ultraviolets, comme les lits de bronzage et les lampes solaires.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

TU\_Q1  
TUCB\_3 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un coup de soleil sur une partie ou une autre de votre corps?**

- 1 **Oui**
- 2 **Non**

### **Mouvements répétitifs**

RP\_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

RP\_QINT **La prochaine section porte sur les lésions attribuables aux mouvements répétitifs, c'est-à-dire sur les blessures causées par la surutilisation des mêmes muscles et tendons ou par la répétition fréquente d'un même mouvement. (Par exemple, syndrome du canal carpien, le «tennis elbow» ou la tendinite.)**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

RP\_Q1  
RPCB\_1 **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, vous êtes-vous blessé(e) à cause de mouvements répétitifs de façon assez grave pour limiter vos activités normales?**

- 1 **Oui**
- 2 **Non** (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)



RP\_Q3  
RPCB\_3 **En pensant à la blessure la plus grave due à des mouvements répétitifs, quelle partie du corps a été atteinte?**

- 1 Tête
- 2 Cou
- 3 Épaule, bras
- 4 Coude, avant-bras
- 5 Poignet, main
- 6 Hanche
- 7 Cuisse
- 8 Genou, partie inférieure de la jambe
- 9 Cheville, pied
- 10 Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 11 Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 12 Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
- 13 Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)

RP\_Q4 **À quel genre d'activité vous adonnez-vous au moment où est survenue cette blessure suite à un mouvement répétitif?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- RPCB\_5A  
RPCB\_5B  
RPCB\_5C
- 1 Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires)
  - 2 Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat)
  - 3 Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi)
- RPCB\_5D  
RPCB\_5E  
RPCB\_5F
- 4 Tâches ménagères, autre travail non rémunéré, éducation
  - 5 Sommeil, repas, soins personnels
  - 6 Autre - Précisez

## **Blessures**

IJ\_CINT Si l'âge < 12 ou RP\_Q1 <> « Oui », utilisez le mot « les » et n'utilisez pas la phrase « d'autres » à IJ\_QINT.

IJ\_QINT **Voici quelques questions concernant [d'autres/les] blessures subies au cours des 12 derniers mois. On s'intéresse à des blessures suffisamment graves pour limiter vos activités normales. Par exemple, une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une entorse à la cheville ou un empoisonnement.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

IJ\_C01 Si RP\_Q1 <> 1, n'utilisez que la deuxième partie de la phrase dans IJ\_Q01.

IJ\_Q01  
IJC\_1 **(Sans tenir compte des blessures attribuées aux mouvements répétitifs,) Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire, la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, vous êtes-vous blessé(e)?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ\_Q14)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IJ\_Q02  
IJC\_B\_2

**Combien de fois vous êtes-vous blessé(e)?**

|\_| Fois  
(MIN : 1) (MAX : 30; avertissement après 6)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IJ\_Q03  
IJC\_B\_3

**(Si l'on considère la blessure la plus grave,) Quel genre de blessure avez-vous subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.**

- 1 Blessures multiples
- 2 Fracture ou cassure
- 3 Brûlure, brûlure chimique
- 4 Dislocation
- 5 Entorse ou foulure
- 6 Coupure, perforation, morsure d'animal (plaie ouverte)
- 7 Éraflure, meurtrissure, cloque
- 8 Commotion ou autre traumatisme cérébral (Passez à IJ\_Q06)
- 9 Empoisonnement (Passez à IJ\_Q06)
- 10 Lésion des organes internes (Passez à IJ\_Q05)
- 11 Autre - Précisez

IJ\_Q04  
IJC\_B\_4

**Quelle partie du corps a été atteinte?**

- 1 Parties multiples
- 2 Yeux
- 3 Tête (sauf les yeux)
- 4 Cou
- 5 Épaule, bras
- 6 Coude, avant-bras
- 7 Poignet, main
- 8 Hanche
- 9 Cuisse
- 10 Genou, partie inférieure de la jambe
- 11 Cheville, pied
- 12 Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 13 Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 14 Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
- 15 Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)

Passez à IJ\_Q06

IJ\_Q05  
IJC\_B\_4A

**Quelle partie du corps a été atteinte?**

- 1 Poitrine (dans les limites de la cage thoracique)
- 2 Abdomen ou pelvis (sous les côtes)
- 3 Autre - Précisez

IJ\_Q06  
IJC\_B\_5

**Où la blessure a-t-elle eu lieu?**

**INTERVIEWEUR** : Si le répondant dit «Au travail», demandez des précisions sur le type de lieu de travail.

- 1 Dans une maison ou aux alentours
- 2 Institution résidentielle
- 3 École, collège, université (sauf les lieux de sport)
- 4 Autre établissement (p.ex., église, hôpital, théâtre, édifice public)
- 5 Lieux de sport ou d'athlétisme (y compris les lieux de sport des écoles)
- 6 Rue, autoroute, trottoir
- 7 Zone commerciale (p.ex., magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport)
- 8 Zone industrielle ou de construction
- 9 Entreprise agricole (sauf la maison de l'agriculteur et autour de la maison)
- 10 Autre - Précisez

IJ\_Q07  
IJC\_B\_9

**Que faisiez-vous quand vous avez été blessé(e)?**

- 1 Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires)
- 2 Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat)
- 3 Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi)
- 4 Tâches ménagères, autre travail non rémunéré, éducation
- 5 Sommeil, repas, soins personnels
- 6 Autre - Précisez

IJ\_Q08  
IJC\_B\_10

**La blessure a-t-elle été causée par une chute?**

**INTERVIEWEUR** : Choisissez «Non» pour les accidents de transport.

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ\_Q10)  
NSP, R (Passez à IJ\_Q10)

IJ\_Q09  
IJC\_B\_10A

**Comment êtes-vous tombé(e)?**

- 1 En patinant, en skiant, en faisant de la planche à neige, en faisant du patinage à roues alignées ou en faisant de la planche à roulettes
- 2 En montant ou en descendant un escalier / des marches (glacées ou non)
- 3 En glissant, en faisant un faux pas ou en trébuchant sur de la glace ou de la neige
- 4 En glissant, en faisant un faux pas ou en trébuchant sur toute autre surface
- 5 D'un meuble (p.ex., lit, chaise)
- 6 D'un endroit élevé (p.ex., échelle, arbre)
- 7 Autre - Précisez

Passez à IJ\_Q11

IJ\_Q10  
IJC\_B\_10B

**Quelle a été la cause de la blessure?**

- 1 Accident de transport
- 2 Frappé(e), poussé(e), mordu(e), etc. accidentellement par une personne ou par un animal
- 3 Heurté(e) ou écrasé(e) accidentellement par un objet
- 4 Contact accidentel avec une machine, un objet ou un outil tranchant
- 5 Fumée, feu, flammes
- 6 Contact accidentel avec un objet, un liquide ou un gaz chaud
- 7 Conditions climatiques extrêmes ou catastrophe naturelle
- 8 Exercice trop intensif ou mouvement ardu
- 9 Agression
- 10 Autre - Précisez

IJ\_Q11  
IJCB\_11 **Avez-vous reçu, pour cette blessure, des soins médicaux d'un professionnel de la santé dans un délai de 48 heures?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ\_Q14)  
NSP, R (Passez à IJ\_Q14)

IJ\_Q12  
IJCB\_12 **Où avez-vous été soigné(e)?**

- 1 Bureau du médecin
- 2 Salle d'urgence d'un hôpital
- 3 Clinique - externe d'un hôpital (p.ex., chirurgie d'un jour, cancer)
- 4 Clinique - sans rendez-vous
- 5 Clinique - avec rendez-vous
- 6 CLSC / Centre de santé communautaire
- 7 Au travail
- 8 À l'école
- 9 À la maison
- 10 Consultation téléphonique uniquement
- 11 Autre - Précisez

IJ\_Q13  
IJCB\_13 **Avez-vous été admis(e) à l'hôpital durant une nuit ou plus?**

- 1 Oui
- 2 Non

IJ\_Q14  
IJCB\_14 **Avez-vous eu d'autres blessures qui se sont produites au cours des 12 derniers mois et qui ont été traitées par un professionnel de la santé, mais qui n'ont pas limité vos activités normales?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IJ\_Q15  
IJCB\_15 **Combien de blessures?**

[\_ \_] Blessures  
(MIN : 1) (MAX : 30; avertissement après 6)

## **Stress**

ST\_C100 Si interview par procuration ou l'âge < 12, passez à la section suivante.

## **Problèmes actuels**

ST\_QINT1A **La partie suivante du questionnaire traite de différentes formes de stress. Bien que les questions puissent sembler répétitives, elles portent sur des aspects différents de la santé physique, émotionnelle et mentale d'une personne.**  
**INTERVIEWEUR** : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_QINT1B **Je vais maintenant vous décrire des situations qui surviennent parfois dans la vie des gens. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions. Il suffit de choisir la réponse qui correspond le mieux à votre situation. J'aimerais que vous me disiez si ces énoncés s'appliquent à vous actuellement. Vous n'avez qu'à répondre vrai ou faux, selon le cas.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_Q101 **Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.**

STCB\_C1

- 1 Vrai
  - 2 Faux
- R (Passez à ST\_C400)

ST\_Q102 **Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.**

STCB\_C2

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST\_Q103 **Les autres attendent trop de votre part.**

STCB\_C3

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST\_C104 Si l'âge < 18, passez à ST\_Q112.

ST\_Q104 **Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.**

STCB\_C4

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST\_C105 Si l'état matrimonial = marié(e) ou en union libre, passez à ST\_Q105. Si l'état matrimonial = célibataire, veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e), passez à ST\_Q108. Autrement (c.-à-d., ne sait pas), passez à ST\_Q109.

ST\_Q105 **Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.**

STCB\_C5

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST\_Q106 **Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.**

STCB\_C6

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST\_Q107 **Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.**

STCB\_C7

- 1 Vrai
- 2 Faux

Passez à ST\_Q109

ST\_Q108 **Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.**

STCB\_C8

- 1 Vrai
- 2 Faux

- ST\_Q109  
STCB\_C9      **Avez-vous des enfants?**
- 1      Oui  
2      Non                      (Passez à ST\_Q112)  
         NSP, R                      (Passez à ST\_Q112)
- ST\_Q110  
STCB\_C10      **Rappelez-vous, il s'agit ici de savoir si vous ressentez que les énoncés qui suivent correspondent à ce que vous vivez présentement. Un de vos enfants semble être très malheureux.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q111  
STCB\_C11      **Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q112  
STCB\_C12      **Votre travail à la maison n'est pas apprécié.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_C113      Si l'âge < 18, passez à ST\_Q118.
- ST\_Q113  
STCB\_C13      **Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q114  
STCB\_C14      **Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q115  
STCB\_C15      **L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q116  
STCB\_C16      **Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q117  
STCB\_C17      **Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.**
- 1      Vrai  
2      Faux
- ST\_Q118  
STCB\_C18      **Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.**
- 1      Vrai  
2      Faux

**Facteurs de stress chez les enfants et les adultes («traumatismes»)**

ST\_C300 Si l'âge < 18, passez à ST\_C400.

ST\_QINT3 **Je vais maintenant décrire des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e), soit avant que vous ne quittiez la maison. Veuillez me dire si les énoncés qui suivent décrivent des choses qui vous sont arrivées.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_Q301 **Avez-vous passé 2 semaines ou plus à l'hôpital?**

ST\_B\_T1

- 1 Oui
  - 2 Non
- R (Passez à ST\_C400)

ST\_Q302 **Est-ce que vos parents ont divorcé?**

ST\_B\_T2

- 1 Oui
- 2 Non

ST\_Q303 **Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?**

ST\_B\_T3

- 1 Oui
- 2 Non

ST\_Q304 **Vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?**

ST\_B\_T4

- 1 Oui
- 2 Non

ST\_Q305 **Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?**

ST\_B\_T5

- 1 Oui
- 2 Non

ST\_Q306 **Est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?**

ST\_B\_T6

- 1 Oui
- 2 Non

ST\_Q307 **Avez-vous déjà été maltraité(e) physiquement par un proche?**

ST\_B\_T7

- 1 Oui
- 2 Non

**Stress au travail**

ST\_C400 Si l'âge < 15 ou âge > 75, passez à ST\_C600.

ST\_QINT4A **Je vais maintenant lire une série d'énoncés qui peuvent décrire votre situation d'emploi actuelle.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_Q400 **Actuellement, travaillez-vous à un emploi ou à une entreprise?**

STCB\_W1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ST\_C600)  
NSP, R (Passez à ST\_C600)

ST\_QINT4B **Dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord ou entièrement en désaccord. Si vous avez plus d'un emploi, pensez à l'emploi principal.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_Q401

STCB\_W1A

**Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord  
R (Passez à ST\_C600)

ST\_Q402

STCB\_W1B

**Votre travail exige un niveau élevé de compétences.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q403

STCB\_W1C

**Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q404

STCB\_W1D

**Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord



ST\_Q405 **Votre travail est frénétique.**  
STCB\_W1E **INTERVIEWEUR** : Si nécessaire, expliquer qu'un travail frénétique est un travail mouvementé et très chargé.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q406 **Vous n'avez pas à répondre à des demandes conflictuelles.**  
STCB\_W1F **INTERVIEWEUR** : Si nécessaire, expliquer que la question porte sur les demandes conflictuelles au travail.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q407 **Vous avez une bonne sécurité d'emploi.**  
STCB\_W1G

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q408 **Votre travail exige beaucoup d'efforts physiques.**  
STCB\_W1H

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q409 **Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail.**  
STCB\_W1I

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q410 **Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues.**  
STCB\_W1J

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q411 **Votre surveillant(e) facilite l'exécution du travail.**

STCB\_W1K

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q412 **Vos collègues facilitent l'exécution du travail.**

STCB\_W1L

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q413 **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre travail?**

STCB\_W2

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Très satisfait(e)**
- 2 **Plutôt satisfait(e)**
- 3 **Pas trop satisfait(e)**
- 4 **Insatisfait(e)**

### Contrôle

ST\_C600 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

ST\_QINT6 **Je vais maintenant vous lire une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour se décrire.**  
**Veillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord ou entièrement en désaccord.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST\_Q601 **Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.**

STCB\_M1A

- 1 Tout à fait d'accord
  - 2 D'accord
  - 3 Ni en accord ni en désaccord
  - 4 En désaccord
  - 5 Entièrement en désaccord
- R (Passez à la section suivante)

ST\_Q602 **Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.**

STCB\_M1B

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q603  
STCB\_M1C **Vous ne pouvez pas faire grand chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q604  
STCB\_M1D **Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q605  
STCB\_M1E **Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q606  
STCB\_M1F **Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST\_Q607  
STCB\_M1G **Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

### **Consommation de médicaments**

DG\_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

DG\_QINT **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant l'utilisation de médicaments, sur ordonnance ou non, et d'autres produits pour la santé.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

DG\_Q1A **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

**DGCB\_1A** ... des analgésiques tels que l'Aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires)?

- 1 Oui
  - 2 Non
- R (Passez à la section suivante)

DG\_Q1B **... des tranquillisants tels que le Valium ou l'Ativan?**

**DGCB\_1B**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1C **... des pilules pour maigrir tels que le Ponderal, le Dexatrim ou le Fastin?**

**DGCB\_1C**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1D **... des antidépresseurs tels que le Prozac, le Paxil ou l'Effexor?**

**DGCB\_1D**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1E **... de la codéine, du Demerol ou de la morphine?**

**DGCB\_1E**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1F **... des médicaments contre les allergies tels que le Reactine ou l'Allegra?**

**DGCB\_1F**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1G **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

**DGCB\_1G** ... des médicaments contre l'asthme, tels que des médicaments en inhalateur ou en nébuliseur?

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1H **... des remèdes contre la toux ou contre le rhume?**

**DGCB\_1H**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1I **... de la pénicilline ou d'autres antibiotiques?**

**DGCB\_1I**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1J ... des médicaments pour le cœur?

DGCB\_1J

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1K ... des médicaments pour la tension artérielle?

DGCB\_1K

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1L Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :

DGCB\_1L

... des diurétiques ou pilules contre la rétention d'eau?

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1M ... des stéroïdes?

DGCB\_1M

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1N ... de l'insuline?

DGCB\_1N

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1O ... des pilules pour contrôler le diabète?

DGCB\_1O

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1P ... des somnifères tels que l'Imovane, le Nytol ou le Starnoc?

DGCB\_1P

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1Q ... des médicaments contre les maux d'estomac?

DGCB\_1Q

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1R ... des laxatifs?

DGCB\_1R

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_C1S Si de sexe féminin et l'âge <= 49, passez à DG\_Q1S. Autrement, passez à DG\_C1T.

DG\_Q1S ... des pilules contraceptives?

DGCB\_1S

- 1 Oui
- 2 Non

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

DG\_C1T Si de sexe féminin et l'âge >= 30, passez à DG\_Q1T. Autrement, passez à DG\_Q1U.

DG\_Q1T  
DGCB\_1T **... des hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes de vieillissement?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DG\_Q1U)  
NSP, R (Passez à DG\_Q1U)

DG\_Q1T1  
DGCB\_1T1 **Quel type d'hormones prenez-vous?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Estrogène seulement**
- 2 **Progestérone seulement**
- 3 **Les deux**
- 4 **Ni l'un ni l'autre**

DG\_Q1T2  
DGCB\_1T2 **Quand avez-vous commencé cette hormonothérapie?**  
INTERVIEWEUR : Inscrivez l'année.

|\_|\_|\_| Année  
(MIN : année de naissance + 30) (MAX : année courante)

DG\_Q1U **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

DGCB\_1U **... des médicaments pour la thyroïde, tels que le Synthroïde ou la lévothyroxine?**

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q1V  
DGCB\_1V **... tout autre médicament?**

- 1 Oui (Précisez)
- 2 Non

DG\_C2 Si un ou des médicaments sont précisés aux questions DG\_Q1A à DG\_Q1V, passez à DG\_Q2. Autrement, passez à DG\_Q4.

DG\_Q2  
DGCB\_2 **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Durant ces 2 journées, combien de médicaments différents avez-vous pris?**

|\_| Médicaments  
(MIN : 0 MAX : 99; avertissement après 10)  
NSP, R (Passez à DG\_Q4)

DG\_C3 Si le nombre = 0, passez à DG\_Q4. Chaque fois que le nombre > 0, posez la question DG\_Q3nn et DG\_Q3nnA jusqu'à concurrence de 12 médicaments.

DG\_Q3nn  
DGCBF3A  
à  
DGCBF3L **Quel est le nom exact du médicament que vous avez pris?**  
INTERVIEWEUR : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

\_\_\_\_\_  
(80 espaces)  
NSP, R (Passez à DG\_Q4)

DG\_Q3nnA **Était-ce une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste?**

DGCB\_3AA

À

DGCB\_3LA

- 1 Oui
- 2 Non

DG\_Q4

DGCB\_4

**De nombreuses personnes utilisent des produits pour la santé comme des pommades, des vitamines, des herbes, des minéraux ou des boissons à base de protéines pour prévenir la maladie ou pour maintenir ou améliorer leur santé. Est-ce que vous utilisez des produits de ce genre?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

DG\_Q4A

DGCB\_4A

**Au cours des 2 derniers jours, c'est-à-dire, hier et avant-hier, avez-vous utilisé des produits de ce genre?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

DG\_Q501

DGCBF5A

**En pensant aux 2 dernières journées, quel est le nom exact d'un des produits pour la santé utilisés?**

**INTERVIEWEUR** : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

\_\_\_\_\_

(80 espaces)

NSP, R (Passez à la section suivante)

DG\_Q5nnA

DGCB\_5AA

à

DGCB\_5KA

**Avez-vous utilisé un autre produit pour la santé?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

DG\_Q5nn

DGCBF5B

à

DGCBF5L

**Quel est le nom exact de ce produit?**

**INTERVIEWEUR** : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

\_\_\_\_\_

(80 espaces)

NSP, R (Passez à la section suivante)

DG\_C5

Demandez DG\_Q5nnA et DG\_Q5nn jusqu'à concurrence de 12 produits.

### **Usage du tabac**

SM\_C101

Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

SM\_Q101

SMCB\_1

**Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.**

**Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison?**

- 1 Oui
- 2 Non

SM\_Q102 **Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**  
SMCB\_2

- 1 Tous les jours
- 2 À l'occasion (Passez à SM\_Q105B)
- 3 Jamais (Passez à SM\_Q104A)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

SM\_C103 Si le répondant signale avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview, passez à SM\_Q104 (SM\_Q103 a été rempli lors du traitement).

SM\_Q103 **À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**  
SMCB\_3

\_|\_|\_| Âge en années  
(MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM\_Q104 **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?**  
SMCB\_4

\_|\_| Cigarettes  
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 60)

Passez à SM\_C108B

SM\_Q104A **Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?**  
SMCB\_4A

- 1 Oui (Passez à SM\_Q105A)
- 2 Non (Passez à SM\_C113)  
NSP, R

SM\_C104B Si interview sans procuration et le répondant signale avoir fumé lors de la dernière interview, passez à SM\_Q104B. Autrement, passez à SM\_C113.

SM\_Q104B **(Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les changements.)**  
SMCB\_4B

**À notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], nous avons noté que vous aviez déjà fumé. Cette fois, cependant nous ne l'avons pas fait. Donc, est-ce que vous avez déjà fumé la cigarette?**

- 1 Oui (SM\_Q104A a été rempli avec « 1 » lors du traitement)
- 2 Non (Passez à SM\_C113)  
NSP, R (Passez à SM\_C113)

SM\_Q105B **Les jours où vous fumez, combien de cigarettes consommez-vous habituellement?**  
SMCB\_5B

\_|\_| Cigarettes  
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20)

SM\_Q105C **Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous fumé 1 cigarette ou plus?**  
SMCB\_5C

\_|\_| Jours  
(MIN : 0) (MAX : 30)

SM\_Q105A **Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)?**  
SMCB\_5A

- 1 Oui
- 2 Non



SM\_C105D Si le répondant signale avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview ou le répondant signale déjà avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview, passez à SM\_C108B (SM\_Q105D a été rempli avec « 1 » lors du traitement).

SM\_Q105D **Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?**

SMCB\_5

- 1 Oui  
 2 Non (Passez à SM\_C108B)  
 NSP, R (Passez à SM\_C113)

SM\_Q106 **À quel âge avez-vous commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMCB\_6

\_|\_|\_| Âge en années  
 (MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM\_Q107 **Habituellement, combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour?**

SMCB\_7

\_|\_| Cigarettes  
 (MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 60)

SM\_Q108 **À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMCB\_8

\_|\_|\_| Âge en années  
 (MIN : 5 ou âge en SM\_Q106) (MAX : âge actuel)

SM\_C108B Si SM\_Q102 = 3 (non-fumeur), passez à SM\_C109.

SM\_Q108B **Quelle est la marque de cigarettes [que vous/qu'il/qu'elle] [fumez/fume], généralement?**

INTERVIEWEUR : Si nécessaire, demandez des précisions sur le type et le format.

SM\_Q108S INTERVIEWEUR : Précisez.

SMCBC8B

\_\_\_\_\_  
 (80 espaces)  
 NSP, R (Non permis)

Passez à SM\_C109

SM\_C109

	Fume - 2004	Fume - 2006	Passez à
Sans procuration seulement	Tous les jours ou à l'occasion	Jamais	SM_Q109
Sans procuration seulement	Jamais	Tous les jours ou à l'occasion	SM_Q110
Sans procuration seulement	Tous les jours	À l'occasion	SM_Q111
Sans procuration seulement	À l'occasion	Tous les jours	SM_Q112
Autrement	-	-	SM_C113

NOTA : Si le répondant signale n'avoir «jamais fumé» même après la question d'approfondissement en SM\_Q104B, et qu'il y a un changement entre 2004 et 2006, alors aucune autre question n'est posée.

Si SM\_Q104B = 2 alors SM\_Q109, SM\_Q110, SM\_Q111 et SM\_Q112 deviennent automatiquement « sans objet ».

SM\_Q109  
SMCB\_9

**Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous ne fumez plus. Pourquoi avez-vous cessé?**

- 1 Jamais fumé
- 2 Ne fumait pas à la dernière interview
- 3 Santé physique affectée
- 4 Coût
- 5 Pressions sociales / familiales
- 6 Les activités sportives
- 7 Grossesse
- 8 Restrictions de fumer
- 9 Conseil du médecin
- 10 Effet de fumée secondaire sur les autres
- 11 Autre - Précisez

Passez à SM\_C113.

SM\_Q110  
SMCB\_10

**Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez actuellement. Pourquoi avez-vous commencé?**

- 1 Fumait à la dernière interview
- 2 Parents / amis fument
- 3 Tout le monde autour de moi fume
- 4 Pour être «cool»
- 5 Par curiosité
- 6 Stress
- 7 A recommencé après avoir essayé de cesser
- 8 Coût
- 9 Pour contrôler son poids
- 10 Autre - Précisez

Passez à SM\_C113.

SM\_Q111  
SMCB\_11 **Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez moins qu'avant. Pourquoi avez-vous réduit votre consommation?**

- 1 N'a pas réduit
- 2 Ne fumait pas à la dernière interview
- 3 A essayé de cesser
- 4 Santé physique affectée
- 5 Coût
- 6 Pressions sociales / familiales
- 7 Les activités sportives
- 8 Grossesse
- 9 Restrictions de fumer
- 10 Conseil du médecin
- 11 Effet de fumée secondaire sur les autres
- 12 Autre - Précisez

Passez à SM\_C113.

SM\_Q112  
SMCB\_12 **Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez plus qu'avant. Pourquoi avez-vous augmenté votre consommation?**

- 1 N'a pas augmenté
- 2 Parents / amis fument
- 3 Tout le monde autour de moi fume
- 4 Pour être «cool»
- 5 Par curiosité
- 6 Stress
- 7 Augmenté après avoir essayé de cesser / réduire
- 8 Coût
- 9 Pour contrôler son poids
- 10 Autre - Précisez

SM\_C113 Si SM\_Q102 = 1 (fumeur régulier) ou SM\_Q102 = 2 (fumeur occasionnel) ou [SM\_Q102 = 3 (non fumeur) et (SM\_Q104A = 1 ou SM\_Q104B = 1)], passez à SM\_Q114.

SM\_Q113  
SMCB\_13 **Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à SM\_C200)  
NSP (Passez à SM\_C200)

SM\_Q114  
SMCB\_14 **À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?**

|\_|\_|| Âge en années  
(MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM\_C200 Si interview par procuration, passez à la section suivante.

SM\_C201 Si SM\_Q102 = 1 (fume à tous les jours), passez à SM\_Q201. Autrement, passez à SM\_C202.

SM\_Q201  
SMCB\_201 **Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?**

- 1 Dans les 5 premières minutes
- 2 6 à 30 minutes après le réveil
- 3 31 à 60 minutes après le réveil
- 4 Plus de 60 minutes après le réveil

SM\_Q201A  
SMCB\_21A **Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits?**

- 1 Oui
- 2 Non

SM\_Q201B  
SMCB\_21B **Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **La première de la journée**
- 2 **Une autre**

SM\_Q201C  
SMCB\_21C **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés dans les premières heures après le réveil, comparativement au reste de la journée?**

- 1 Oui
- 2 Non

SM\_Q201D  
SMCB\_21D **Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit presque toute la journée?**

- 1 Oui
- 2 Non

SM\_C202 Si SM\_Q102 = 1 (fume à tous les jours) ou SM\_Q102 = 2 (fume à l'occasion), passez à SM\_Q202. Autrement, passez à SM\_C206.

SM\_Q202  
SMCB\_202 **Avez-vous essayé d'arrêter de fumer au cours des 6 derniers mois?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à SM\_C206)  
NSP, R (Passez à SM\_C206)

SM\_Q203  
SMCB\_203 **Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer (au cours des 6 derniers mois)?**

[\_ \_] Fois  
(MIN :1) (MAX : 25)

SM\_Q204  
SMCB\_204 **Envisagez-vous sérieusement d'arrêter de fumer au cours des 30 prochains jours?**

- 1 Oui (Passez à SM\_C206)
- 2 Non

SM\_Q205  
SMCB\_205 **Envisagez-vous sérieusement d'arrêter de fumer au cours des 6 prochains mois?**

- 1 Oui
- 2 Non

SM\_C206 Si ST\_Q400 = 1 (travaille actuellement) et interview sans procuration, passez à SM\_Q206. Autrement, passez à la section suivante.

SM\_Q206  
SMCB\_206 **À votre lieu de travail, quelles sont les restrictions sur l'usage du tabac?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Complètement défendu**
- 2 **Permis seulement dans des endroits désignés**
- 3 **Défendu seulement à certains endroits**
- 4 **Pas défendu du tout**

### **Consommation d'alcool**

AL\_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

AL\_QINT **J'aimerais maintenant poser des questions sur votre consommation d'alcool. Lorsqu'on parle d'un «verre», on entend par là :**  
- une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût  
- un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin («cooler»)  
- un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AL\_Q1A  
ALCB\_1A **Depuis notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AL\_Q5B)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

AL\_Q1B  
ALCB\_1 **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AL\_Q6)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

AL\_Q2  
ALCB\_2 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?**

- 1 Moins d'une fois par mois
- 2 Une fois par mois
- 3 2 à 3 fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 2 à 3 fois par semaine
- 6 4 à 6 fois par semaine
- 7 Tous les jours

AL\_Q3  
ALCB\_3 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?**

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 2 à 3 fois par mois
- 5 Une fois par semaine
- 6 Plus d'une fois par semaine

AL\_Q5  
ALCB\_5 **Au cours de la semaine écoulée, c'est-à-dire entre [la date d'il y a une semaine] et hier, est-ce que vous avez bu de la bière, du vin, un spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

AL\_Q5A **Combien de verres avez-vous bus hier, c'est-à-dire [nom du jour] :**

- ALCB\_5A1 1 ... **Dimanche?** (Si R à la première journée, passez à la section suivante)
- ALCB\_5A2 2 ... **Lundi?** (MIN : 0 MAX : 99 avertissement après 12 pour chaque jour)
- ALCB\_5A3 3 ... **Mardi?**
- ALCB\_5A4 4 ... **Mercredi?**
- ALCB\_5A5 5 ... **Jeudi?**
- ALCB\_5A6 6 ... **Vendredi?**
- ALCB\_5A7 7 ... **Samedi?**

Passez à la section suivante.

AL\_Q5B  
ALCB\_5B **Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

AL\_Q6  
ALCB\_6 **Avez-vous déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

AL\_Q7 **Pourquoi avez-vous réduit votre consommation d'alcool ou arrêté de boire complètement?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- |         |    |  |
|---------|----|--|
| ALCB_7A | 1  | Régime   |
| ALCB_7B | 2  | Entraînement sportif   |
| ALCB_7C | 3  | Grossesse  |
| ALCB_7D | 4  | A vieilli  |
| ALCB_7E | 5  | Buvait trop / un problème d'alcool                           |
| ALCB_7F | 6  | Nuisait - au travail, aux études / aux possibilités d'emploi |
| ALCB_7G | 7  | Nuisait - à la vie familiale ou à la vie personnelle         |
| ALCB_7H | 8  | Nuisait - à la santé physique                                |
| ALCB_7I | 9  | Nuisait - aux relations avec les amis / à la vie sociale     |
| ALCB_7J | 10 | Nuisait - à la situation financière                          |
| ALCB_7K | 11 | Nuisait - à la perception de la vie, au bonheur              |
| ALCB_7L | 12 | Influence de la famille ou d'amis                            |
| ALCB_7M | 13 | Autre - Précisez   |

### **Santé mentale**

MH\_C01 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

MH\_QINT **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant le bien-être mental et émotif.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

MH\_Q01A **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, combien de fois vous êtes-vous senti(e) :**

MHCB\_1A

**... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
  - 2 **La plupart du temps**
  - 3 **Parfois**
  - 4 **Rarement**
  - 5 **Jamais**
- NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01B **... nerveux(se)?**

MHCB\_1B

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
  - 2 **La plupart du temps**
  - 3 **Parfois**
  - 4 **Rarement**
  - 5 **Jamais**
- NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01C  
MHCB\_1C ... **agité(e) ou ne tenant pas en place?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Parfois**
- 4 **Rarement**
- 5 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01D  
MHCB\_1D ... **désespéré(e)?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Parfois**
- 4 **Rarement**
- 5 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01E  
MHCB\_1E ... **bon(ne) à rien?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Parfois**
- 4 **Rarement**
- 5 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01F  
MHCB\_1F ... **que tout était un effort?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Parfois**
- 4 **Rarement**
- 5 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_C01G Si toutes les réponses de MH\_Q01A à MH\_Q01F sont «Jamais», passez à MH\_Q01K.

MH\_Q01G  
MHCB\_1G **Nous venons de parler de sentiments qui ont été éprouvés ou d'expériences qui ont été vécues à différentes fréquences au cours du dernier mois.**  
**Si vous les considérez tous ensemble, est-ce que vous avez, au cours du dernier mois, éprouvé ces sentiments plus souvent qu'à l'habitude, moins souvent qu'à l'habitude ou sensiblement à la même fréquence qu'à l'habitude?**

- 1 Plus souvent
- 2 Moins souvent (Passez à MH\_Q01I)
- 3 Sensiblement à la même fréquence (Passez à MH\_Q01J)
- 4 N'a jamais ressenti ces sentiments (Passez à MH\_Q01K)  
NSP, R (Passez à MH\_Q01K)



MH\_Q01H **Est-ce beaucoup plus, plutôt plus ou un peu plus souvent que d'habitude?**

MHCB\_1H

- 1 Beaucoup
  - 2 Plutôt
  - 3 Un peu
- NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

Passez à MH\_Q01J

MH\_Q01I **Est-ce beaucoup moins, plutôt moins ou un peu moins souvent que d'habitude?**

MHCB\_1I

- 1 Beaucoup
  - 2 Plutôt
  - 3 Un peu
- NSP, R (Passez à MH\_Q01K)

MH\_Q01J **Dans quelle mesure ces sentiments perturbent-ils votre vie ou vos activités de tous les jours?**

MHCB\_1J

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Beaucoup**
- 2 **Assez**
- 3 **Un peu**
- 4 **Pas du tout**

MH\_Q01K **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, avez-vous vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale?**

MHCB\_1K

- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à MH\_Q02)
- NSP, R (Passez à MH\_Q02)

MH\_Q01L **Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)?**

MHCB\_1L

||| Fois  
(MIN : 1) (MAX : 366; avertissement après 25)

MH\_Q01M **Qui avez-vous vu ou consulté?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

MHCB\_1MA 1 **Médecin de famille ou omnipraticien**

MHCB\_1MB 2 **Psychiatre**

MHCB\_1MC 3 **Psychologue**

MHCB\_1MD 4 **Infirmière**

MHCB\_1ME 5 **Travailleur social**

MHCB\_1MF 6 **Autre - Précisez**

MH\_Q02 **Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de 2 semaines consécutives ou plus?**

MHCB\_2

- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à MH\_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q03  
MHCB\_3

**Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux 2 semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquelles ces sentiments ont été les plus forts. Pendant cette période, ces sentiments dureraient-ils :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... toute la journée?
  - 2 ... presque toute la journée?
  - 3 ... environ la moitié de la journée? (Passez à MH\_Q16)
  - 4 ... moins de la moitié de la journée? (Passez à MH\_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q04  
MHCB\_4

**Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les 2 semaines?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tous les jours
  - 2 Presque tous les jours
  - 3 Moins souvent (Passez à MH\_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q05  
MHCB\_5

**Pendant ces 2 semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Perdre l'intérêt pour les choses)
  - 2 Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q06  
MHCB\_6

**Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Sentiments de fatigue)
  - 2 Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q07  
MHCB\_7

**Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé presque le même poids?**

- 1 Pris du poids (PHRASE CLÉ = Gain de poids)
  - 2 Perdu du poids (PHRASE CLÉ = Perte de poids)
  - 3 Gardé presque le même poids (Passez à MH\_Q09)
  - 4 Suivait un régime alimentaire (Passez à MH\_Q09)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q08A  
MHCB\_8A

**Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous [pris/perdus]?**  
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||| Poids  
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20 livres / 9 kilogrammes)  
NSP, R (Passez à MH\_Q09)

MH\_Q08B  
MHCB\_8B

INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

- MHCB\_8LB  
MHCB\_8KG
- 1 Livres
  - 2 Kilogrammes
- (NSP, R n'est pas permis)

MH\_Q09  
MHC\_B\_9

**Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Difficulté à trouver le sommeil)
- 2 Non (Passez à MH\_Q11)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q10  
MHC\_B\_10

**Combien de fois cela s'est-il produit?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Chaque nuit**
- 2 **Presque chaque nuit**
- 3 **Moins souvent**  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q11  
MHC\_B\_11

**Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer que d'habitude?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Difficulté à vous concentrer)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q12  
MHC\_B\_12

**Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Vous sentir abattu)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q13  
MHC\_B\_13

**Avez-vous beaucoup songé à la mort, soit à la vôtre, soit à celle d'une autre personne ou à la mort en général?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Songer à la mort)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_C14

Si la réponse est «oui» aux questions MH\_Q05, MH\_Q06, MH\_Q09, MH\_Q11, MH\_Q12 ou MH\_Q13, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à MH\_Q07, passez à la question MH\_Q14C. Autrement, passez à la section suivante.

MH\_Q14C

**Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant 2 semaines consécutives vous vous êtes senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e), et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS).**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

MH\_Q14  
MHC\_B\_14

**Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?**

- |\_| Semaines  
(MIN : 2 MAX : 53)  
(Si > 51 semaines, passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q15  
MHC\_B\_15

**Pensez à la dernière période pendant laquelle vous avez éprouvé ces sentiments pendant au moins 2 semaines consécutives. Durant quel mois était-ce?**

- 1 janvier
- 2 février
- 3 mars
- 4 avril
- 5 mai
- 6 juin
- 7 juillet
- 8 août
- 9 septembre
- 10 octobre
- 11 novembre
- 12 décembre

Passez à la section suivante.

MH\_Q16  
MHC\_B\_16

**Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de 2 semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou tout autre chose?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q17  
MHC\_B\_17

**Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de 2 semaines au cours des 12 derniers mois pendant lesquelles vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps cette perte d'intérêt durait-elle généralement?**  
**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Toute la journée**
- 2 **Presque toute la journée**
- 3 **Environ la moitié de la journée** (Passez à la section suivante)
- 4 **Moins de la moitié de la journée** (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q18  
MHC\_B\_18

**Combien de fois vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces 2 semaines?**  
**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tous les jours**
- 2 **Presque tous les jours**
- 3 **Moins souvent** (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q19  
MHC\_B\_19

**Pendant ces 2 semaines, éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?**

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Sentiments de fatigue)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q20 **Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé presque le même poids?**

MHCB\_20

- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Pris du poids                 | (PHRASE CLÉ = Gain de poids)   |
| 2 | Perdu du poids                | (PHRASE CLÉ = Perte de poids)  |
| 3 | Gardé presque le même poids   | (Passez à MH_Q22)              |
| 4 | Suivait un régime alimentaire | (Passez à MH_Q22)              |
|   | NSP, R                        | (Passez à la section suivante) |

MH\_Q21A **Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous [pris/perdus]?**

MHCB\_21A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

[\_|\_] Poids  
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20 livres / 9 kilogrammes)  
NSP, R (Passez à MH\_Q22)

MH\_Q21B INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

MHCB\_21B

MHCB\_21L

MHCB\_21K

- |   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| 1 | Livres                    |  |
| 2 | Kilogrammes               |  |
|   | (NSP, R n'est pas permis) |  |

MH\_Q22 **Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?**

MHCB\_22

- |   |        |  |
|---|--------|--|
| 1 | Oui    | (PHRASE CLÉ = Difficulté à trouver le sommeil) |
| 2 | Non    | (Passez à MH_Q24)                              |
|   | NSP, R | (Passez à la section suivante)                 |

MH\_Q23 **Combien de fois cela s'est-il produit?**

MHCB\_23

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- |   |                            |                                |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| 1 | <b>Chaque nuit</b>         |                                |
| 2 | <b>Presque chaque nuit</b> |                                |
| 3 | <b>Moins souvent</b>       |                                |
|   | NSP, R                     | (Passez à la section suivante) |

MH\_Q24 **Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer que d'habitude?**

MHCB\_24

- |   |        |   |
|---|--------|---|
| 1 | Oui    | (PHRASE CLÉ = Difficulté à vous concentrer) |
| 2 | Non    |   |
|   | NSP, R | (Passez à la section suivante)              |

MH\_Q25 **Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?**

MHCB\_25

- |   |        |                                   |
|---|--------|-----------------------------------|
| 1 | Oui    | (PHRASE CLÉ = Vous sentir abattu) |
| 2 | Non    |                                   |
|   | NSP, R | (Passez à la section suivante)    |

MH\_Q26 **Avez-vous beaucoup songé à la mort, soit à la vôtre, soit à celle d'une autre personne ou à la mort en général?**

MHCB\_26

- |   |        |                                 |
|---|--------|---------------------------------|
| 1 | Oui    | (PHRASE CLÉ = Songer à la mort) |
| 2 | Non    |                                 |
|   | NSP, R | (Passez à la section suivante)  |

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

MH\_C27 Si la réponse est «OUI» aux questions MH\_Q19, MH\_Q22, MH\_Q24, MH\_Q25 ou MH\_Q26, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à la question MH\_Q20, passez à MH\_Q27C. Autrement, passez à la section suivante.

MH\_Q27C **Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant 2 semaines consécutives vous avez perdu presque tout intérêt pour la plupart des choses, et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS).**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

MH\_Q27  
MHC\_B\_27 **Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?**

||| Semaines  
(MIN : 2 MAX : 53)  
(Si > 51 semaines, passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH\_Q28  
MHC\_B\_28 **Pensez aux 2 dernières semaines consécutives pendant lesquelles vous avez éprouvé ces sentiments. Durant quel mois était-ce?**

- 1 janvier
- 2 février
- 3 mars
- 4 avril
- 5 mai
- 6 juin
- 7 juillet
- 8 août
- 9 septembre
- 10 octobre
- 11 novembre
- 12 décembre

## **Soutien social (Questions relatives à l'Étude sur les issues médicales)**

SS\_C01 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

SS\_Q01  
SSCB\_101 **Voici maintenant quelques questions concernant le soutien social auquel vous avez accès.**

**Environ combien de parents ou d'amis proches avez-vous, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier?**

||| Parents ou amis proches  
(MIN : 0) (MAX : 99; avertissement après 20)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

SS\_QINT2 **Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

SS\_Q02 **Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :**

SSCB\_102 **... une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Jamais**
  - 2 **Rarement**
  - 3 **Parfois**
  - 4 **La plupart du temps**
  - 5 **Tout le temps**
- NSP, R (Passez à la section suivante)

SS\_Q03 **... une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?**  
SSCB\_103

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q04 **... une personne qui vous conseille en situation de crise?**  
SSCB\_104

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q05 **... une personne pouvant vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?**  
SSCB\_105

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q06 **... une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?**  
SSCB\_106

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q07      **Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :**

SSCB\_107

**... une personne avec qui partager du bon temps?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1      **Jamais**
- 2      **Rarement**
- 3      **Parfois**
- 4      **La plupart du temps**
- 5      **Tout le temps**

SS\_Q08      **... une personne pouvant vous renseigner pour vous aider à comprendre les situations que vous traversez?**

SSCB\_108

- 1      Jamais
- 2      Rarement
- 3      Parfois
- 4      La plupart du temps
- 5      Tout le temps

SS\_Q09      **... une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?**

SSCB\_109

- 1      Jamais
- 2      Rarement
- 3      Parfois
- 4      La plupart du temps
- 5      Tout le temps

SS\_Q10      **... une personne qui vous serre dans ses bras?**

SSCB\_110

- 1      Jamais
- 2      Rarement
- 3      Parfois
- 4      La plupart du temps
- 5      Tout le temps

SS\_Q11      **... une personne avec qui vous détendre?**

SSCB\_111

- 1      Jamais
- 2      Rarement
- 3      Parfois
- 4      La plupart du temps
- 5      Tout le temps

SS\_Q12      **... une personne pouvant préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?**

SSCB\_112

- 1      Jamais
- 2      Rarement
- 3      Parfois
- 4      La plupart du temps
- 5      Tout le temps



SS\_Q13 ... une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?

SSCB\_113

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q14 Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :

SSCB\_114 ... une personne avec qui faire des activités distrayantes?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Jamais**
- 2 **Rarement**
- 3 **Parfois**
- 4 **La plupart du temps**
- 5 **Tout le temps**

SS\_Q15 ... une personne pouvant vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?

SSCB\_115

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q16 ... une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?

SSCB\_116

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q17 ... une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?

SSCB\_117

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q18 ... une personne avec qui faire des choses agréables?

SSCB\_118

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q19 ... une personne qui comprend vos problèmes?

SSCB\_119

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS\_Q20 ... une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)?

SSCB\_120

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

## Langue

SD\_QINT

**Maintenant quelques questions d'ordre général.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

SD\_Q5

**Dans quelles langues pouvez-vous soutenir une conversation?**  
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.  
Si bébé, indiquez langues à apprendre.

- |         |    |                   |
|---------|----|-------------------|
| SDCB_5A | 1  | Anglais           |
| SDCB_5B | 2  | Français          |
| SDCB_5C | 3  | Arabe             |
| SDCB_5D | 4  | Chinois           |
| SDCB_5E | 5  | Cri               |
| SDCB_5F | 6  | Allemand          |
| SDCB_5G | 7  | Grec              |
| SDCB_5H | 8  | Hongrois          |
| SDCB_5I | 9  | Italien           |
| SDCB_5J | 10 | Coréen            |
| SDCB_5K | 11 | Persan (Farsi)    |
| SDCB_5L | 12 | Polonais          |
| SDCB_5M | 13 | Portugais         |
| SDCB_5N | 14 | Pendjabi          |
| SDCB_5O | 15 | Espagnol          |
| SDCB_5P | 16 | Tagal (Philippin) |
| SDCB_5Q | 17 | Ukrainien         |
| SDCB_5R | 18 | Vietnamien        |
| SDCB_5S | 19 | Autre - Précisez  |

SD\_Q6 **Quelle est la première langue que vous avez apprise à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore?**

**INTERVIEWEUR** : Choisissez toutes les réponses appropriées.

Si la personne ne comprend plus la première langue apprise, indiquez la deuxième.

Si bébé, indiquez celle(s) du parent.

SDCB_6A	1	Anglais
SDCB_6B	2	Français
SDCB_6C	3	Arabe
SDCB_6D	4	Chinois
SDCB_6E	5	Cri
SDCB_6F	6	Allemand
SDCB_6G	7	Grec
SDCB_6H	8	Hongrois
SDCB_6I	9	Italien
SDCB_6J	10	Coréen
SDCB_6K	11	Persan (Farsi)
SDCB_6L	12	Polonais
SDCB_6M	13	Portugais
SDCB_6N	14	Pendjabi
SDCB_6O	15	Espagnol
SDCB_6P	16	Tagal (Philippin)
SDCB_6Q	17	Ukrainien
SDCB_6R	18	Vietnamien
SDCB_6S	19	Autre - Précisez

### **Niveau de scolarité**

ED\_C1 Si l'âge < 12, passez à ED\_Q8.

ED\_Q1 **Fréquentez-vous actuellement une école, un collège ou une université?**

EDCB\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ED\_C2)  
NSP, R (Passez à ED\_Q8)

ED\_Q2 **Êtes-vous inscrit(e) comme étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel?**

EDCB\_2

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel

Passez à ED\_C4A

ED\_C2 Si EDCAD3 = 1, 2, 3 ou 4 et la date de l'interview antérieure est valide, passez à ED\_Q3 (données recueillies lors d'un cycle antérieur). Autrement, passez à ED\_Q4.

ED\_Q3 **Avez-vous fréquenté une école, un collège ou une université depuis notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

EDCB\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ED\_Q8)  
NSP, R (Passez à ED\_Q8)

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

ED\_C4A Si EDC2D3 = 3 ou 4 (c.-à-d., niveau de scolarité de 2004 est plus haut que les études secondaires), passez à ED\_Q7. (ED\_Q4 à ED\_Q6 ont été remplis lors du traitement avec les données recueillies lors d'un cycle antérieur lors du traitement.)  
Si EDC2D3 = 2 (c.-à-d., niveau de scolarité de 2004 est certificat d'études secondaires), passez à ED\_Q6. (ED\_Q4 et ED\_Q5 ont été remplis lors du traitement avec les données recueillies lors d'un cycle antérieur lors du traitement.)  
Autrement, passez à ED\_Q4.

ED\_Q4 **Sans compter la maternelle, combien d'années d'études primaires et secondaires**  
EDCB\_4 **avez-vous terminées avec succès?**

- 1 Aucune scolarité (Passez à ED\_Q8)
  - 2 1 à 5 années
  - 3 6 années
  - 4 7 années
  - 5 8 années
  - 6 9 années
  - 7 10 années
  - 8 11 années
  - 9 12 années
  - 10 13 années
- NSP, R (Passez à ED\_Q8)

ED\_C4 Si l'âge < 15, passez à ED\_Q8.

ED\_Q5 **Avez-vous un certificat d'études secondaires?**  
EDCB\_5

- 1 Oui
- 2 Non

ED\_Q6 **Avez-vous fréquenté un autre genre d'établissement d'enseignement comme une**  
EDCB\_6 **université, un collège communautaire, une école de commerce, de métiers ou de formation professionnelle, un CÉGEP, ou un autre établissement d'enseignement postsecondaire?**

- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à ED\_Q8)
- NSP, R (Passez à ED\_Q8)

ED\_Q7 **Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?**  
EDCB\_7

- 1 Études partielles - dans une école de métiers, formation technique, ou de formation professionnelle, ou un collège commercial
- 2 Études partielles - dans un collège communautaire, au CÉGEP ou une école de sciences infirmières
- 3 Études partielles - à l'université
- 4 Diplôme ou certificat d'études - d'une école de métiers, de formation technique ou de formation professionnelle, ou d'un collège commercial
- 5 Diplôme ou certificat d'études - d'un collège communautaire, d'un CÉGEP ou d'une école de sciences infirmières
- 6 Baccalauréat, diplôme de 1er cycle ou certificat d'école normale (p.ex., B.A., B.Sc., LL.B.)
- 7 Maîtrise (p.ex., M.A., M.Sc., M.Ed.)
- 8 Diplôme en médecine, médecine dentaire, vétérinaire, ou optométrie (p.ex., M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- 9 Doctorat acquis (p.ex., Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
- 10 Autre - Précisez

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

---

ED\_C7 Si ED\_Q7 est différent de 10 «Autre – Précisez», passez à ED\_Q8

ED\_Q8 **En pensant au niveau de scolarité de tous les membres de votre ménage. Quel est le plus haut niveau de scolarité atteint par un membre de votre ménage?**  
EDCB\_8  
INTERVIEWEUR: Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Études primaires ou secondaires**
- 2 **Diplôme d'études secondaires**
- 3 **Études post-secondaires**
- 4 **Diplôme ou certificat d'études post-secondaires**

### Population active

LF\_C01 Si l'âge < 15 ou si l'âge > 75, passez à la section suivante.

LF\_QINT1 **Les questions qui suivent portent sur les activités que vous avez exercées durant les 7 derniers jours. Par les 7 derniers jours, j'entends la période qui commence [la date d'il y a une semaine] et qui se termine [la date d'hier].**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

### Lien au travail

LF\_Q01 **La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise?**  
LSCB\_1  
**Veillez inclure les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, les emplois autonomes, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées.**

- 1 Oui (Passez à LF\_Q03)
- 2 Non
- 3 Incapacité permanente (Passez à LF\_QINT2)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LF\_Q02 **La semaine dernière, aviez-vous un emploi ou une entreprise dont vous vous êtes absenté(e)?**  
LSCB\_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à LF\_Q11)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LF\_Q03 **Aviez-vous plus d'un emploi ou plus d'une entreprise la semaine dernière?**  
LSCB\_3

- 1 Oui
- 2 Non

Passez à LF\_C31

### Recherche de travail – dernières 4 semaines

LF\_Q11 **Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous fait quoi que ce soit pour trouver du travail?**  
LSCB\_11

- 1 Oui (Passez à LF\_QINT2)
- 2 Non (Passez à LF\_QINT2)  
NSP, R

LF\_Q12 **La semaine dernière, aviez-vous un emploi devant débiter à une date précise?**

LSCB\_12

- 1 Oui (Passez à LF\_QINT2)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à LF\_QINT2)

LF\_Q13 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne travaillez pas à un emploi ou à une entreprise actuellement?**

LSCB\_13

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Grossesse (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 École ou congé d'études
- 8 A pris sa retraite
- 9 Croyait qu'il n'y avait pas de travail (dans la région ou correspondant à ses compétences)
- 10 Autre - Précisez

**Lien à l'emploi précédent**

LF\_QINT2 **Maintenant quelques questions au sujet des emplois que vous avez occupés au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

LF\_Q21 **Avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois? Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, les emplois autonomes, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées.**

LSCB\_21

- 1 Oui (Passez à LF\_Q23)
- 2 Non

LF\_C22 Si LF\_Q11 = 1, passez à LF\_Q71. Autrement, passez à LF\_Q22.

LF\_Q22 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait quoi que ce soit pour trouver du travail?**

LSCB\_22

- 1 Oui (Passez à LF\_Q71)
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LF\_Q23 **Au cours de ces 12 mois, avez-vous travaillé à plus d'un emploi ou plus d'une entreprise en même temps?**

LSCB\_23

- 1 Oui
- 2 Non

**Description de l'emploi**

LF\_C31 Si LF\_Q01 = 1 ou LF\_Q02 = 1, les questions suivantes portent sur l'emploi actuel. Sinon, les questions portent sur le dernier emploi.

LF\_QINT3 **Les questions suivantes portent sur [votre entreprise ou emploi actuel/votre dernier emploi ou entreprise].**

(Si le répondant occupe actuellement plus d'un emploi ou s'il en occupait plus d'un la dernière fois qu'il a travaillé : **INTERVIEWEUR** : Recueillez des renseignements sur l'emploi pour lequel le nombre d'heures de travail par semaine est le plus élevé.)

**INTERVIEWEUR** : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

LF\_Q31 **[Êtes/Étiez]-vous employé(e) ou travaill[ez/iez]-vous à votre compte?**

LSCB\_31

- 1 Employé(e) (Passez à LF\_Q33)
- 2 Travaill[e/ait] à votre compte
- 3 Travailleur(euse) non rémunéré(e) dans une entreprise familiale (Passez à LF\_Q33)  
NSP, R (Passez à LF\_Q33)

LF\_Q32 **Quel [est/était] le nom de votre entreprise?**

LSCBF32

\_\_\_\_\_

Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)  
(Passez à LF\_Q34)

LF\_Q33 **[Pour qui travaillez-vous actuellement? / Quel est le dernier employeur pour lequel vous avez travaillé?] (Par exemple : nom de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme gouvernemental, ou de la personne)**

LSCBF33

\_\_\_\_\_

Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)

LF\_Q34 **De quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service [s'agit-il/s'agissait-il]? (Par exemple : fabrication de boîtes en carton, entretien des routes, magasin de chaussures au détail, école secondaire, ferme laitière, administration municipale)**

LSCBF34

\_\_\_\_\_

Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)

LF\_Q35 **Quel genre de travail [faites/faisiez]-vous? (Par exemple : gardien(ne) d'enfants à son domicile, travailleur(euse) d'usine, technicien(ne) forestier(ière))**

LSCBF35

\_\_\_\_\_

Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)

LF\_Q36 **Quelles [sont/étaient] vos activités ou fonctions les plus importantes? (Par exemple : prendre soin des enfants, opérateur(trice) de machine à refouler, estimation forestière)**

LSCBF36

\_\_\_\_\_

Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)

**Absence/Heures**

LF\_C41 Si LF\_Q02 = 1, passez à LF\_Q41. Autrement, passez à LF\_Q42.

LF\_Q41 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous vous êtes absenté(e) du travail la**  
LSCB\_41 **semaine dernière?**

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Congé de maternité (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 Conflit de travail (grève ou lock-out)
- 8 Mise à pied temporaire due à la conjoncture économique (employés seulement)
- 9 Mise à pied saisonnière (employés seulement)
- 10 Travail occasionnel, manque de travail (employés seulement)
- 11 Horaire de travail (p.ex., travail par quart) (employés seulement)
- 12 Travaille à son compte, manque de travail (travailleurs à leur compte seulement)
- 13 Activité saisonnière (employés exclus)
- 14 École ou congé d'études
- 15 Autre - Précisez

LF\_Q42 **Environ combien d'heures par semaine est-ce que vous [travaillez/travaillez]**  
LSCB\_42 **habituellement à votre [emploi/entreprise]? Si vous [travaillez/travaillez] habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter.**

[\_][\_][\_] Heures  
(MIN : 1) (MAX : 168; avertissement après 84)

LF\_C43 Si (LF\_Q01=1 ou LF\_Q02=1) et LF\_Q31=1, passez à LF\_Q43. Autrement, passez à LF\_Q44.

LF\_Q43 **Si vous aviez le choix, dans cet emploi est-ce que vous préféreriez travailler :**  
LSCB\_43 **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

- 1 ... moins d'heures de travail pour une rémunération moins élevée?
- 2 ... plus d'heures de travail pour une rémunération plus élevée?
- 3 ... le même nombre d'heures de travail pour la même rémunération?

LF\_Q44 **Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous**  
LSCB\_44 **[travaillez/travaillez] habituellement à votre [emploi/entreprise]?**  
**INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

- 1 **Horaire ou quart normal de jour** (Passez à LF\_Q46)
- 2 **Quart normal – de soirée**
- 3 **Quart normal – de nuit**
- 4 **Quart rotatif (alternance du jour à la soirée et à la nuit)**
- 5 **Quart brisé**
- 6 **Sur appel**
- 7 **Horaire irrégulier**
- 8 **Autre - Précisez**  
NSP, R (Passez à LF\_Q46)



LF\_Q45  
LSCB\_45 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous [avez/aviez] cet horaire de travail?**

- 1 Exigence de l'emploi / pas le choix
- 2 Va à l'école
- 3 Soins à donner - à ses enfants
- 4 Soins à donner - à d'autres parents
- 5 Pour gagner plus d'argent
- 6 Aime ce genre d'horaire de travail
- 7 Autre - Précisez

LF\_Q46  
LSCB\_46 **[Travaillez/Travaillez]-vous habituellement les fins de semaine à [cet/cette] [emploi/entreprise]?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Autre emploi**

LF\_C51 Si LF\_Q03=1 ou LF\_Q23=1, passez à LF\_Q51. Autrement, passez à LF\_Q61.

LF\_Q51  
LSCB\_51 **Vous avez indiqué que vous [avez/aviez] plus d'un emploi. Pendant combien de semaines de suite [avez/aviez]-vous travaillé à plus d'un emploi [(]au cours des 12 derniers mois[)]?**

INTERVIEWEUR : Obtenez la meilleure estimation.

[\_][\_] Semaines  
(MIN : 1) (MAX : 52)

LF\_Q52  
LSCB\_52 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous [avez/avez eu] plus d'un emploi?**

- 1 Pour répondre aux dépenses ordinaires du ménage
- 2 Pour rembourser les dettes
- 3 Pour acheter quelque chose de spécial
- 4 Pour économiser pour l'avenir
- 5 Pour acquérir de l'expérience
- 6 Pour créer une entreprise
- 7 Aime le travail du deuxième emploi
- 8 Autre - Précisez

LF\_Q53  
LSCB\_53 **Environ combien d'heures par semaine [travaillez/travaillez]-vous habituellement à votre(vos) autre(s) emploi(s)? Si vous [travaillez/travaillez] habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter.**

[\_][\_] Heures  
(MIN : 1) (MAX : 168 - LF\_Q42; avertissement après 30)

LF\_Q54  
LSCB\_54 **[Travaillez/Travaillez]-vous habituellement les fins de semaine à votre(vos) autre(s)emploi(s)?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Semaines employées**

LF\_Q61  
LSCB\_61 **Au cours des 52 dernières semaines, pendant combien de semaines est-ce que vous avez travaillé à un emploi ou à une entreprise? (Inclure les congés payés, les congés de maternité payés et les congés de maladie payés.)**

||| Semaines  
(MIN : 1) (MAX : 52)

**Recherche de travail**

LF\_C71 Si LF\_Q61 = 52, passez à la section suivante.

LF\_Q71  
LSCB\_71 Si une réponse a été fournie à LF\_Q61, utilisez la deuxième formulation. Sinon, utilisez la première formulation.

**Durant les 52 dernières semaines, pendant combien de semaines avez-vous cherché du travail?**

**Cela laisse [52 – LF\_Q61] semaine[s]. Durant [ces/cette] [52 – LF\_Q61] semaine[s], pendant combien de semaines avez-vous cherché du travail?**

||| Semaines  
(MIN : 0) (MAX : 52 – LF\_Q61)

LF\_C72 Si aucune réponse n'a été fournie à LF\_Q61 ou à LF\_Q71, passez à la section suivante. Si le nombre total de semaines déclaré à LF\_Q61 et à LF\_Q71 = 52, passez à la section suivante. Si une réponse a été fournie à LF\_Q61 et à LF\_Q71, [SEMAINES] = [52 - (LF\_Q61 + LF\_Q71)]. Si aucune réponse n'a été fournie à LF\_Q61, [SEMAINES] = (52 - LF\_Q71).

LF\_Q72  
LSCB\_72 **Cela laisse [SEMAINES] semaine[s] durant [lesquelles/laquelle] vous n'avez ni travaillé ni cherché du travail. Est-ce correct?**

- 1 Oui (Passez à LF\_C73)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à LF\_C73)

LF\_E72 **Vous avez indiqué que vous avez travaillé pendant [LF\_Q61] semaine[s] et que vous avez cherché du travail pendant [LF\_Q71] semaine[s], ce qui laisse [SEMAINES] semaine[s] durant [lesquelles/laquelle] vous n'avez ni travaillé ni cherché du travail. Le nombre total de semaines doit être égal à 52. S.V.P. retournez et corrigez.**

LF\_C73 Si (LF\_Q01 = 1 ou LF\_Q02 = 1 ou LF\_Q11 = 1 ou LF\_Q12 = 1), passez à LF\_Q73. Autrement, passez à la section suivante.

## ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

LF\_Q73  
LSCB\_73

**Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas cherché du travail?**

**INTERVIEWEUR** : S'il y a plus d'une raison, choisissez celle qui explique le plus grand nombre de semaines.

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Grossesse (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 Conflit de travail (grève ou lock-out)
- 8 Mise à pied temporaire due à la conjoncture économique
- 9 Mise à pied saisonnière
- 10 Travail occasionnel, manque de travail
- 11 Horaire de travail (p.ex., travail par quart)
- 12 École ou congé d'études
- 13 A pris sa retraite
- 14 Croyait qu'il n'y avait pas de travail (dans la région ou correspondant à ses compétences)
- 15 Autre - Précisez

LF\_C74

Si LF\_Q71 > 1 et LF\_Q71 < 52, passez à LF\_Q74. Autrement, passez à la section suivante.

LF\_Q74  
LSCB\_74

**Est-ce que les [LF\_Q71] semaines où vous étiez sans travail, mais en train d'en chercher étaient :**

**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... entièrement une seule période?
- 2 ... en 2 périodes distinctes?
- 3 ... en au moins 3 périodes?

## Revenu

IN\_Q1

**Si l'on pense au revenu total pour tous les membres du ménage, quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?**

**INTERVIEWEUR** : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

INCB\_1A  
INCB\_1B  
INCB\_1C  
INCB\_1D  
INCB\_1E  
INCB\_1F  
INCB\_1G  
INCB\_1H  
INCB\_1I  
INCB\_1J  
INCB\_1K  
INCB\_1L  
INCB\_1M  
INCB\_1N

- 1 **Salaires et traitements**
- 2 **Revenu d'un travail autonome**
- 3 **Dividendes et intérêts (p.ex., sur obligations, épargnes)**
- 4 **Prestations - d'assurance-emploi**
- 5 **Indemnités d'accident du travail**
- 6 **Prestations - du Régime du Canada ou des rentes du Québec**
- 7 **Prestations - d'un régime de retraite, rentes**
- 8 **Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti**
- 9 **Crédit d'impôt pour enfants**
- 10 **Alloc. municipales ou prov. d'aide sociale ou de bien-être**
- 11 **Pension alimentaire - aux enfants**
- 12 **Pension alimentaire - au (à la) conjoint(e)**
- 13 **Autre (p.ex., loyer, bourse d'études)**
- 14 Aucune (Passez à IN\_Q3)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN\_C2

Si l'on indique plus d'une source de revenu, posez IN\_Q2. Autrement, passez à IN\_Q3. (IN\_Q2 sera rempli avec IN\_Q1 lors du traitement.)

IN\_Q2  
INCB\_2

**Quelle était la principale source de revenu?**

- 1 Salaires et traitements
- 2 Revenu d'un travail autonome
- 3 Dividendes et intérêts (p.ex., sur obligations, épargnes)
- 4 Prestations - d'assurance-emploi
- 5 Indemnités d'accident du travail
- 6 Prestations - du Régime du Canada ou des rentes du Québec
- 7 Prestations - d'un régime de retraite, rentes
- 8 Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti
- 9 Crédit d'impôt pour enfants
- 10 Alloc. municipales ou prov. d'aide sociale ou de bien-être
- 11 Pension alimentaire - aux enfants
- 12 Pension alimentaire - au (à la) conjoint(e)
- 13 Autre (p.ex., loyer, bourse d'études)
- 14 Aucune (catégorie créée lors du traitement)

IN\_Q3  
INCB\_3

**Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues?**

\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Revenu  
(MIN : 0) (MAX : 500 000; avertissement après 150 000)  
0 (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à IN\_Q3A)

Passez à IN\_C4

IN\_Q3A  
INCB\_3A

**Dans quel groupe parmi ceux que je vais nommer estimez-vous que se situe le revenu de votre ménage? Le revenu total du ménage était-il de moins de 20 000\$ ou de 20 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 20 000\$
- 2 De 20 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q3E)
- 3 Aucun revenu (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN\_Q3B  
INCB\_3B

**Le revenu total du ménage était-il de moins de 10 000\$ ou de 10 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 10 000\$
- 2 De 10 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q3D)  
NSP, R (Passez à IN\_C4)

IN\_Q3C  
INCB\_3C

**Le revenu total du ménage était-il de moins de 5 000\$ ou de 5 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 5 000\$
- 2 De 5 000\$ ou plus

Passez à IN\_C4

IN\_Q3D  
INCB\_3D

**Le revenu total du ménage était-il de moins de 15 000\$ ou de 15 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 15 000\$
- 2 De 15 000\$ ou plus

Passez à IN\_C4

IN\_Q3E  
INCB\_3E

**Le revenu total du ménage était-il de moins de 40 000\$ ou de 40 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 40 000\$
- 2 De 40 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q3G)  
NSP, R (Passez à IN\_C4)

IN\_Q3F  
INCB\_3F

**Le revenu total du ménage était-il de moins de 30 000\$ ou de 30 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 30 000\$
- 2 De 30 000\$ ou plus

Passez à IN\_C4

IN\_Q3G  
INCB\_3G

**Le revenu total du ménage était-il :**  
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... de moins de 50 000\$?
- 2 ... de 50 000\$ à moins de 60 000\$?
- 3 ... de 60 000\$ à moins de 80 000\$?
- 4 ... de 80 000\$ à moins de 100 000\$?
- 5 ... 100 000\$ ou plus?

IN\_C4

Si l'âge >= 15, posez la question IN\_Q4. Autrement, passez à la section suivante.

IN\_Q4  
INCB\_4

**Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois à combien estimez-vous votre revenu personnel total de toutes sources, avant impôts et autres retenues?**

|\_|\_|\_|\_|\_| Revenu  
(MIN : 0) (MAX : 500 000; avertissement après 150 000)  
0 (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à IN\_Q4A)

Passez à la section suivante.

IN\_Q4A  
INCB\_4A

**Dans quel groupe parmi ceux que je vais nommer estimez-vous que se situe votre revenu personnel total? Votre revenu personnel total était-il de moins de 20 000\$ ou de 20 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 20 000\$
- 2 De 20 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q4E)
- 3 Aucun revenu (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN\_Q4B  
INCB\_4B

**Votre revenu personnel total était-il de moins de 10 000\$ ou de 10 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 10 000\$
- 2 De 10 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q4D)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN\_Q4C  
INCB\_4C

**Votre revenu personnel total était-il de moins de 5 000\$ ou de 5 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 5 000\$
- 2 De 5 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

**IN\_Q4D** **Votre revenu personnel total était-il de moins de 15 000\$ ou de 15 000\$ ou plus?**  
**INCB\_4D**

- 1 De moins de 15 000\$
- 2 De 15 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

**IN\_Q4E** **Votre revenu personnel total était-il de moins de 40 000\$ ou de 40 000\$ ou plus?**  
**INCB\_4E**

- 1 De moins de 40 000\$
- 2 De 40 000\$ ou plus (Passez à IN\_Q4G)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

**IN\_Q4F** **Votre revenu personnel total était-il de moins de 30 000\$ ou de 30 000\$ ou plus?**  
**INCB\_4F**

- 1 De moins de 30 000\$
- 2 De 30 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

**IN\_Q4G** **Votre revenu personnel total était-il :**  
**INCB\_4G** **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

- 1 ... de moins de 50 000\$?
- 2 ... de 50 000\$ à moins de 60 000\$?
- 3 ... de 60 000\$ à moins de 80 000\$?
- 4 ... de 80 000\$ à moins de 100 000\$?
- 5 ... 100 000\$ ou plus?

**Insécurité alimentaire**

**FI-Q1** **Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage :**  
**FI\_B\_1** **... vous soyez inquieté du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?**

- 1 Oui
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

**FI-Q2** **(Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage:)**

**FI\_B\_2** **... n'avez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?**

- 1 Oui
- 2 Non

FI-Q3 (Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage : )

FI\_B\_3 ... n'avez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée à cause d'un manque d'argent?

- 1 Oui
- 2 Non

## Numéro provincial d'assurance-maladie et administration

### Numéro provincial d'assurance-maladie

AM\_Q01A Statistique Canada et votre ministère de la santé aimeraient que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête. Cela inclurait le jumelage de renseignements provenant de l'enquête à votre utilisation passée et courante des services de santé, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecins.  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AM\_Q01B  
AM6B\_LNK Ces renseignements jumelés demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.  
Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM\_Q04A)  
NSP, R (Passez à AM\_Q04A)

AM\_C02 Si nous avons un numéro d'assurance-maladie valide provenant d'une interview précédente, passez à AM\_Q02. Autrement, passez à AM\_Q03A.

AM\_Q02  
AM6B\_HN Est-ce que votre numéro provincial d'assurance-maladie a changé depuis notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM\_Q04A)  
NSP, R (Passez à AM\_Q04A)

AM\_Q03A  
AM6B\_H3A (En ayant un numéro provincial d'assurance-maladie, nous pourrions plus facilement jumeler nos données à ces renseignements.)  
Avez-vous un numéro provincial d'assurance-maladie de [province]?

- 1 Oui (Passez à AM\_HN)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à AM\_Q04A)

AM\_Q03B **Votre numéro provincial d'assurance-maladie est de quelle province?**

AM6B\_H3B

- 10 Terre-Neuve et le Labrador
- 11 Île-du-Prince-Édouard
- 12 Nouvelle-Écosse
- 13 Nouveau-Brunswick
- 24 Québec
- 35 Ontario
- 46 Manitoba
- 47 Saskatchewan
- 48 Alberta
- 59 Colombie-Britannique
- 60 Yukon
- 61 Territoires du Nord-Ouest
- 62 Nunavut
- 88 N'a pas un numéro provincial d'assurance-maladie (Passez à AM\_Q04A)  
NSP, R (Passez à AM\_Q04A)

AM\_HN

AM6B\_HNF

à

AM6B\_HNU

**Quel est votre numéro provincial d'assurance-maladie?**

INTERVIEWEUR : Inscrivez un numéro provincial d'assurance-maladie de [province]. N'inscrivez pas d'espaces, traits d'union ou virgules entre les numéros.

\_\_\_\_\_

(8 - 12 espaces)

AM\_Q04A

**Statistique Canada aimerait que vous nous donniez la permission de partager l'information recueillie lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada.**  
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AM\_Q04B

AM6B\_SHA

**Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.**

**Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?**

- 1 Oui
- 2 Non

### Administration

AM\_N05

AM6B\_14

INTERVIEWEUR : S'agit-il d'un nom fictif pour le répondant?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM\_N09)
- NSP (Passez à AM\_N09)

AM\_N06

AM6B\_15

INTERVIEWEUR : Rappelez au répondant qu'il est important d'obtenir des noms corrects pour les études longitudinales.

Voulez-vous faire des corrections :

- 1 ... au prénom seulement?
- 2 ... au nom de famille seulement? (Passez à AM\_N08)
- 3 ... aux deux noms?
- 4 ... pas de correction? (Passez à AM\_N09)



**ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)**

---

AM\_N07 INTERVIEWEUR : Inscrivez le prénom seulement

AM6BF16

\_\_\_\_\_  
(25 espaces)

AM\_C08 Si AM\_N06 n'est pas «aux deux noms», passez à AM\_N09.

AM\_N08 INTERVIEWEUR : Inscrivez le nom de famille seulement

AM6BF17

\_\_\_\_\_  
(25 espaces)

AM\_N09 INTERVIEWEUR : Cette interview a-t-elle été effectuée au téléphone ou face à face?

AM6B\_TEL

- 1 Au téléphone
- 2 Face à face
- 3 Les deux

AM\_N12 INTERVIEWEUR : Indiquez la langue d'interview.

AM6B\_LNG

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Arabe
- 4 Chinois
- 5 Cri
- 6 Allemand
- 7 Grec
- 8 Hongrois
- 9 Italien
- 10 Coréen
- 11 Persan (Farsi)
- 12 Polonais
- 13 Portugais
- 14 Pendjabi
- 15 Espagnol
- 16 Tagal (Philippin)
- 17 Ukrainien
- 18 Vietnamien
- 19 Autre - Précisez

POUR INFORMATION SEULEMENT