

**Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997**

**Yukon et Territoires du nord-ouest**

**Questionnaire**

POUR INFORMATION SEULEMENT

## Table des matières

<i>Variables du dossier du ménage</i> .....	4
<i>Logement</i> .....	5
<i>Revenu</i> .....	6
<i>Consentement au partage de l'information</i> .....	7
<i>Administration</i> .....	7
<i>Questions sur la santé</i> .....	8
<i>État de santé général</i> .....	8
<i>Taille et poids</i> .....	8
<i>Mesures préventives de santé</i> .....	9
<i>Incapacité au cours des deux dernières semaines</i> .....	11
<i>Utilisation des soins de santé</i> .....	11
<i>Limitation des activités</i> .....	14
<i>Problèmes de santé chroniques</i> .....	16
<i>Usage du tabac</i> .....	16
<i>Consommation d'alcool</i> .....	18
<i>Dépendance à l'égard de l'alcool</i> .....	20
<i>Activités physiques</i> .....	21
<i>Mouvements répétitifs</i> .....	23
<i>Blessures</i> .....	24
<i>État de santé</i> .....	26
<i>Vision</i> .....	27
<i>Ouïe</i> .....	27
<i>Élocution</i> .....	28
<i>Mobilité</i> .....	28
<i>Mains et doigts</i> .....	29
<i>Sentiments</i> .....	30
<i>Mémoire</i> .....	30
<i>Pensée</i> .....	30
<i>Douleurs et malaises</i> .....	31
<i>Consommation de médicaments</i> .....	32

<i>Santé mentale</i> .....	33
<i>Soutien social</i> .....	40
<i>Numéro provincial d'assurance-maladie</i> .....	42
<i>Renseignements socio-démographiques</i> .....	42
Pays de naissance/année d'immigration .....	42
Appartenance ethnique.....	43
Langue.....	43
Race .....	44
<i>Niveau de scolarité</i> .....	44
<i>Population active</i> .....	45
<i>Administration</i> .....	49

Pour information seulement

## Variables du dossier du ménage

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

A-INT Les questions suivantes permettent de recueillir d'importants renseignements de base sur les membres de votre ménage.

A1 Veuillez nommer, par ordre chronologique ou en commençant par la plus âgée, toutes les personnes qui demeurent actuellement ici et qui n'ont pas de résidence habituelle ailleurs.

DEMO\_Q1

A2 Y a-t-il des personnes qui sont absentes du ménage parce qu'elles sont aux études, en visite, en voyage ou à l'hôpital, mais qui demeurent habituellement ici?

DEMO\_Q2

- 1 Oui
- 2 Non

A3 Y a-t-il quelqu'un d'autre qui demeure dans ce logement, par exemple des jeunes enfants, un parent, un chambreur, un pensionnaire ou un employé?

DEMO\_Q3

- 1 Oui
- 2 Non

(Nota: pour chaque personne dans le ménage, faire A4-A8)

A4 Indiquez ou demandez le sexe de ...

DHC6\_SEX

- 1 Masculin
- 2 Féminin

A5 Quelle est la date de naissance et l'âge de ...?

DHC6\_DAT

DHC6\_AGE

    |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|  
    jj   mm   aa                      |\_|\_|\_| années  
  |\_|\_|\_| mois

A6 Quel est l'état matrimonial actuel de ... ?

DHC6\_MAR

(Nota: Si âgé(e) de moins de 15 ans, état matrimonial = célibataire)

- 1 Marié(e)
- 2 Vit avec son conjoint de fait
- 3 Vit avec une autre personne
- 4 Célibataire (jamais marié(e))
- 5 Veuf ou veuve
- 6 Séparé(e)
- 7 Divorcé(e)

A7 \_\_\_\_\_ Inscrivez l'unité familiale.

DHC6\_FID

[Inscrire le code pour chaque unité familiale distincte (A, B, C, etc)]

*Vérifications du ménage légal*

*Rejeter le ménage à ce point si le critère de sélection n'est pas respecté.*

*Le critère de sélection est fait.*

A8 Lien unissant les personnes à la personne sélectionnée (santé)

DEMO_Q8	1	Parent biologique	10	Conjoint de fait
	2	Beau-père ou belle-mère	11	Parent par alliance
	3	Parent de famille d'accueil	12	Autre personne apparentée
	4	Enfant biologique	13	Personne non apparentée
	5	Enfant du conjoint	14	Époux/épouse
	6	Enfant en famille d'accueil	15	Enfant adoptif
	7	Soeur/frère	16	Parent adoptif
	8	Grand-parent	17	Partenaire du même sexe
	9	Petit-fils/petite-fille	18	Soi-même

## Logement

D1 Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre logement. Ce logement est-il la propriété d'un membre du ménage (même s'il est en train d'être payé)?

DHC6\_OWN

- 1 Oui
- 2 Non

D3 Combien de chambres à coucher y a-t-il dans ce logement? (S'il n'y a pas de chambre séparée et fermée, inscrivez "00".)

DHC6\_BED

\_\_\_ Nombre de chambres (2 chiffres)

D6 Choisissez le genre de logement (Posez la question s'il s'agit d'une interview téléphonique.)

DHC6\_DWE

- 1 Maison individuelle  
1 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
- 2 Maison double (côte-à-côte)  
1 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
- 3 Maison en rangée  
1 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
- 4 Duplex (haut et bas)  
1 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
- 5 Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- 6 Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- 7 Maison mobile
- 8 Hôtel, maison de chambre/pension, camp (de bûcheron, de construction)
- 9 Institution
- 10 Autre (précisez \_\_\_\_\_)

D7 Inscrivez la langue d'interview.

AMB6\_LNG

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Autre (précisez \_\_\_\_\_)

## Revenu

U1 Si l'on pense au revenu total du ménage, quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?

(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

<i>INC6_1A</i>	1	Salaires et traitements
<i>INC6_1B</i>	2	Revenu d'un travail autonome
<i>INC6_1C</i>	3	Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts, épargne, actions, fonds commun de placement, etc.
<i>INC6_1D</i>	4	Prestations d'assurance-chômage
<i>INC6_1E</i>	5	Indemnités d'accident du travail
<i>INC6_1F</i>	6	Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec
<i>INC6_1G</i>	7	Prestations d'un régime de retraite, rentes
<i>INC6_1H</i>	8	Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti
<i>INC6_1I</i>	9	Crédit d'impôt pour enfants
<i>INC6_1J</i>	10	Allocations municipales, territoriales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
<i>INC6_1K</i>	11	Pension alimentaire aux enfants
<i>INC6_1L</i>	12	Pension alimentaire au conjoint(e)
<i>INC6_1M</i>	13	Autre revenu (revenus gouvernementaux, revenu de location, bourse d'études, etc.)
<i>INC6_1N</i>	14	Aucun (Passez à la section Administration)

S'il y a plus d'une source, posez la question U2. Sinon, passez à U3.

U2 Quelle était la principale source de revenu de votre ménage?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

<i>INC6_1A</i>	1	Salaires et traitements
	2	Revenu d'un travail autonome
	3	Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts, épargne, actions, fonds commun de placement, etc.
	4	Prestations d'assurance-chômage
	5	Indemnités d'accident du travail
	6	Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de 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	Allocations municipales, territoriales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
	11	Pension alimentaire aux enfants
	12	Pension alimentaire au conjoint(e)
	13	Autre revenu (autres revenus gouvernementaux, revenu de location, bourse d'études, etc.)

U3

Quel a été le revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources? Le revenu total de votre ménage était-il ...

INC6\_3A  
INC6\_3B  
INC6\_3C  
INC6\_3C  
INC6\_3B  
INC6\_3D  
INC6\_3D  
INC6\_3A  
INC6\_3E  
INC6\_3F  
INC6\_3F  
INC6\_3E  
INC6\_3G  
INC6\_3G  
INC6\_3G  
INC6\_3G  
INC6\_3A

- 1 De moins de \$20,000?
- 2 De moins de \$10,000?
  - 3 De moins de \$5,000? (Passez à la section Administration)
  - 4 De \$5,000 et plus? (Passez à la section Administration)
- 5 De \$10,000 et plus?
  - 6 De moins de \$15,000? (Passez à la section Administration)
  - 7 De \$15,000 et plus? (Passez à la section Administration)
- 8 De \$20,000 et plus?
  - 9 De moins de \$40,000?
  - 10 De moins de \$30,000? (Passez à la section Administration)
  - 11 De \$30,000 et plus? (Passez à la section Administration)
  - 12 De \$40,000 et plus?
    - 13 De moins de \$50,000? (Passez à la section Administration)
    - 14 De \$50,000 à moins de \$60,000? (Passez à la section Administration)
    - 15 De \$60,000 à moins de \$80,000? (Passez à la section Administration)
    - 16 De \$80,000 et plus? (Passez à la section Administration)
- 17 Aucun revenu

### Consentement au partage de l'information

AM66\_SHA

Afin d'éviter les chevauchements, le Bureau de la statistique a l'intention de partager les données recueillies grâce à ce sondage avec les ministères provinciaux et territoriaux de la santé, Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser seulement à des fins statistiques. Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?

Enquête sur la santé:  Oui  Non  
Enquête sur les parents/enfants:  Oui  Non

### Administration

REPLI PAR:

NOM: \_\_\_\_\_

IDENTITÉ: \_\_\_\_\_

## Questions sur la santé

Nom du répondant : \_\_\_\_\_ No d'identité |\_\_|

Âge : |\_\_|\_\_|\_\_| Sexe : \_\_\_ Masculin \_\_\_ Féminin

H06-P1 Si par procuration :

Rempli par : \_\_\_\_\_

No d'identité |\_\_|

Raison : \_\_\_\_\_

H06-INT

Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre santé. Il y a des questions sur 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. Je vais commencer par des questions sur l'état de votre santé en général.

## État de santé général

A1

GHC6\_1

En général, diriez-vous que votre santé est ...  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Excellente?
- 2 Très bonne?
- 3 Bonne?
- 4 Passable?
- 5 Mauvaise?

(Si le sexe = féminin et l'âge est compris entre 15 et 49 ans inclusivement, posez la question A2. Sinon, passez à la section Taille et poids.)

A2

HWC6\_1

Pour l'analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non.  
êtes-vous enceinte?

- 1 Oui
- 2 Non

## Taille et poids

B1

HWC6\_2HT

Combien mesurez-vous sans chaussures?

\_\_\_ pieds \_\_\_ pouces OU \_\_\_ centimètres

B2

HWC6\_3

Combien pesez-vous?

\_\_\_ livres OU \_\_\_ kilogrammes



## Mesures préventives de santé

(Si interview par procuration, passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines)  
Maintenant, quelques questions sur votre utilisation des services de santé.

C1 A-t-on déjà pris votre tension artérielle?

- BPC6\_10*
- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à C1e)

C1a. À quand remonte la dernière fois?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- BPC6\_12*
- 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 (Passez à C1e)
  - 5 5 ans ou plus (Passez à C1e)

C1b Pour quelle raison a-t-on pris votre tension?  
(Si le répondant dit "le médecin l'a recommandé", demandez pour quelle raison.)  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- BPC6\_13A* 1 Dans le cadre d'un examen régulier  
*BPC6\_13B* 2 Tension artérielle élevée ou maladie cardiaque  
*BPC6\_13C* 3 Le médecin le fait toujours pour s'assurer que tout va bien  
*BPC6\_13D* 4 Problème de santé  
*BPC6\_13E* 5 Âge  
*BPC6\_13F* 6 Exigence de l'emploi  
*BPC6\_13G* 7 Enceinte  
*BPC6\_13H* 8 Se trouvait à l'hôpital/la clinique pour une autre raison  
*BPC6\_13I* 9 Pour donner du sang  
*BPC6\_13J* 10 Juste pour le "plaisir"  
*BPC6\_13K* 11 Autre (précisez)

C1c Avez-vous déjà eu des problèmes à faire prendre votre tension artérielle?

- BPC6\_14*
- 1 Oui
  - 2 Non (Passez à C-INT)

C1d Quels étaient ces problèmes?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- BPC6\_15A* 1 Service non disponible – lorsqu'il était requis  
*BPC6\_15B* 2 Service non disponible – Dans la région  
*BPC6\_15C* 3 Délai d'attente trop long  
*BPC6\_15D* 4 Problèmes – de transport  
*BPC6\_15E* 5 Problème – de langue  
*BPC6\_15F* 6 Coût  
*BPC6\_15G* 7 Ne savait pas où aller / mal informé(e)  
*BPC6\_15H* 8 Autre (précisez)

Passez à C\_INT

C1e Pourquoi n'a-t-on pas pris votre tension artérielle au cours des 2 dernières années?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |          |    |  |
|----------|----|--|
| BPC6_16A | 1  | N'a pas eu l'occasion de s'en occuper                    |
| BPC6_16B | 2  | Pas nécessaire – selon le répondant                      |
| BPC6_16C | 3  | Pas nécessaire – selon le médecin                        |
| BPC6_16D | 4  | Responsabilités personnelles ou familiale                |
| BPC6_16E | 5  | Service non disponible – lorsqu'il était requis          |
| BPC6_16F | 6  | Service non disponible – dans la région                  |
| BPC6_16G | 7  | Délai d'attente trop long                                |
| BPC6_16H | 8  | Problèmes – de transport                                 |
| BPC6_16I | 9  | Problème – de langue                                     |
| BPC6_16J | 10 | Coût   |
| BPC6_16K | 11 | Ne savait pas où aller / mal informé(e)                  |
| BPC6_16L | 12 | Peur (P.EX., Trop Dououreux/génant/dépister un problème) |
| BPC6_16M | 13 | Autre (précisez)   |

C-INT

Si homme ou femme de moins de 18 ans passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines.

Si femme de 18 ans ou plus et moins de 35 ans (passez à C3).

Si femme de 35 ans ou plus (passez à C2).

C2 Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?

WHC6\_30

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à C3)

C2a À quand remonte la dernière fois?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

WHC6\_32

- 1 Moins de 6 mois
- 2 6 mois, mais moins d'un an
- 3 1 an, mais moins de 2 ans
- 4 2 ans mais moins de 5 ans
- 5 5 ans ou plus

C3 Avez-vous déjà passé un test PAP?

WHC6\_20

- Oui
- Non (Passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines)

C3a À quand remonte la dernière fois?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

WHC6\_22

- 1 Moins de 6 mois
- 2 6 mois, mais moins d'un an
- 3 1 an, mais moins de 3 ans
- 4 3 ans, mais moins de 5 ans
- 5 5 ans ou plus

## Incapacité au cours des deux dernières semaines

D-INT Les premières questions portent sur votre état de santé au cours des 14 derniers jours.

Il y a deux semaines : Jour de semaine \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

D1  
TWC6\_1 Il est important que vous vous reportiez à la période de 14 jours qui a débuté il y a deux semaines et qui a pris fin hier, c'est-à-dire du JJ,MM à hier. Durant cette période, est-ce que vous avez été alité(e) à cause d'une maladie ou d'une blessure, ou est-ce que vous avez passé une nuit comme patient(e) dans un hôpital?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à D3)

D2  
TWC6\_2 Combien de jours avez-vous été alité(e) toute une journée ou presque?

\_\_\_\_\_ Jours (Inscrivez <0> si cela a duré moins d'une journée.)  
(Si 14 jours --- passez à D5)

D3  
TWC6\_3 (Sans compter les jours passés au lit) Durant ces 14 jours, y a-t-il eu des jours où il a fallu que vous vous limitiez dans vos activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à D5)

D4  
TWC6\_4 Pendant combien de jours a-t-il fallu que vous vous limitiez dans vos activités pour toute une journée ou presque?

\_\_\_\_\_ Jours  
(Inscrivez <00> si cela a duré moins d'une journée.)

D5  
TWC6\_5 Avez-vous un médecin de famille?

- 1 Oui
- 2 Non

## Utilisation des soins de santé

E-INT Les questions suivantes portent sur les consultations avec les professionnels de la santé durant les 12 derniers mois, c'est-à-dire du mm/jj/aa à hier.

Période : MM/AA \_\_\_\_\_ MM/AA \_\_\_\_\_

E1  
HCC6\_1 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à E2)

E1a  
HCC6\_1A Combien de nuits au cours des 12 derniers mois ont été passées dans un de ces établissements?

\_\_\_\_\_ Nuits

E2 (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 un(e)[précisez la catégorie, de a à j] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? Combien de fois?

- HCC6\_2A  
HCC6\_2B  
HCC6\_2C  
HCC6\_2D  
HCC6\_2E  
HCC6\_2F  
HCC6\_2G  
HCC6\_2H  
HCC6\_2I  
HCC6\_2J
- a) Médecin de famille ou un omnipraticien
  - b) Spécialiste de la vue comme un ophtalmologiste ou un optométriste
  - c) Autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre)
  - d) Infirmière pour recevoir des soins ou des conseils
  - e) Dentiste ou un orthodontiste
  - f) Chiropraticien
  - g) Physiothérapeute
  - h) Travailleur social ou autre conseiller
  - i) Psychologue
  - j) Orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute

(Pour chaque réponse > 0 en a), c) ou d), posez la question E3.)

E3 OÙ a eu lieu la plus récente consultation?  
HCC6\_3n (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Bureau de médecin
- 2 Salle d'urgence d'un hôpital
- 3 Clinique – externe d'un hôpital (Chirurgie d'un jour, cancer)
- 6 CLSC/centre de santé communautaire
- 7 Au travail
- 8 À l'école
- 9 À la maison
- 10 Consultation téléphonique seulement
- 11 Autre (précisez)

E4 Au cours des 12 derniers mois, a-t-il(elle) assisté à une réunion d'un groupe d'entraide, par exemple les AA, ou un groupe de thérapie pour le cancer?  
HCC6\_4A

- 1 Oui
- 2 Non

E5A Il arrive que les gens se tournent vers la médecine douce. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez vu ou consulté un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un naturopathe, un homéopathe ou un massothérapeute, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux?  
HCC6\_4

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à E6)

E5B Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |    |   |
|---------|----|---|
| HCC6_5A | 1  | Massothérapeute                                     |
| HCC6_5B | 2  | Acupuncteur   |
| HCC6_5C | 3  | Homéopathe ou naturopathe                           |
| HCC6_5D | 4  | Enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander  |
| HCC6_5E | 5  | Relaxologue   |
| HCC6_5F | 6  | Enseignant des techniques de rétroaction biologique |
| HCC6_5G | 7  | "Rolfier"   |
| HCC6_5H | 8  | Herboriste  |
| HCC6_5I | 9  | Réflexologiste                                      |
| HCC6_5J | 10 | Guérisseur spirituel                                |
| HCC6_5K | 11 | Guérisseur religieux                                |
| HCC6_5L | 12 | Autre (Précisez _____)                              |

E6 Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu un moment où vous avez eu besoin de conseils ou de soins de santé mais ne les avez pas obtenus?

- |        |   |  |
|--------|---|--|
| HCC6_6 | 1 | Oui  |
|        | 2 | Non (Si âgé(e) de < 18 ans, passez à la section Limitation des activités. Sinon passez à E-Int.) |

E7 Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi ces soins ou conseils n'ont pas été obtenus?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |    |   |
|---------|----|---|
| HCC6_7A | 1  | Non disponible – dans la région   |
| HCC6_7B | 2  | Non disponible – à ce moment-là (p. ex. médecins en vacance, heures inopportunes) |
| HCC6_7C | 3  | Temps d'attente trop long   |
| HCC6_7D | 4  | Considérés comme inadéquats   |
| HCC6_7E | 5  | Coût  |
| HCC6_7F | 6  | Trop occupé(e)  |
| HCC6_7G | 7  | Ne s'en est pas occupé /indifférent(e)  |
| HCC6_7H | 8  | Ne savait pas où aller  |
| HCC6_7I | 9  | Problèmes – de transport  |
| HCC6_7J | 10 | Problèmes – de langue   |
| HCC6_7K | 11 | Responsabilités personnelles ou familiales  |
| HCC6_7L | 12 | Aversion pour les médecins / peur   |
| HCC6_7M | 13 | A décidé de ne pas se faire soigner   |
| HCC6_7N | 14 | Autre (Précisez _____)  |

E8 Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées)

- |        |   |   |
|--------|---|---|
| HCC6_A | 1 | Le traitement d'un problème physique                    |
| HCC6_B | 2 | Le traitement d'un trouble émotif ou mental             |
| HCC6_C | 3 | Un examen périodique/ou consultation prénatale courante |
| HCC6_D | 4 | Le traitement d'une blessure                            |
| HCC6_E | 5 | Une autre raison (Précisez _____)E-Int                  |

Si âgé(e) de moins de 18 ans, passez à la section Limitation d'activités.

E9 HCC6\_9 Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, en tout ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples: soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour la maison, physiothérapie, consultations, repas livrés à domicile. Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Limitation des activités)

E10 Quel genre de services avez-vous reçu?  
(INTERVIEWER : Le coût doit être couvert entièrement ou en partie par le gouvernement.)  
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |          |   |  |
|----------|---|--|
| HCC6_10A | 1 | Soins infirmiers (p. ex. changement de pansement, I.O.V.)                        |
| HCC6_10B | 2 | Autres services ou soins de santé (p. ex. physiothérapie, conseils en nutrition) |
| HCC6_10C | 3 | Soins d'hygiène personnelle (p. ex. bain, soins des pieds)                       |
| HCC6_10D | 4 | Travaux ménagers (p. ex. nettoyage, lavage)                                      |
| HCC6_10E | 5 | Préparation des repas ou livraison   |
| HCC6_10F | 6 | Magasinage   |
| HCC6_10G | 7 | Services de relève (c.-à-d. programme de soins au bien-être)                     |
| HCC6_10H | 8 | Autre (Précisez)   |

### Limitation des activités

F-INT 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 depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus.

F1 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:

RAC6\_1A a) à la maison?

- 1 Oui
- 2 Non

RAC6\_1B b) à l'école?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Sans objet

RAC6\_1C c) au travail?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Sans objet

RAC6\_1D

d) dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail?

- 1 Oui
- 2 Non

RAC6\_1E

e) dans le soin des enfants?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Sans objet

F2

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

RAC6\_2

- 1 Oui
- 2 Non

(Pour toute réponse affirmative posez la question F3. Autrement, passez à la question F6.)

F3

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

RAC6\_3C

Problème principal: \_\_\_\_\_

F5

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

RAC6\_5

- 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 \_\_\_\_\_)

F6

La prochaine question concerne l'aide reçue. Même si elle ne s'applique pas à vous il est nécessaire de poser la même question à tout le monde. À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide à ...  
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

RAC6\_6A

(a) préparer les repas?

RAC6\_6B

(b) faire les courses?

RAC6\_6C

(c) accomplir les tâches ménagères quotidiennes?

RAC6\_6D

(d) faire de gros travaux d'entretien par exemple laver les murs, travaux dans la cour?

RAC6\_6E

(e) vous donner certains soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger?

RAC6\_6F

(f) vous déplacer dans la maison?

## Problèmes de santé chroniques

G-INT Les questions qui suivent portent sur tout problème de santé de longue durée. Là encore, on entend par «problème de santé de longue durée» un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

G1 Avez-vous:  
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- CCC6\_1A a) Allergies alimentaires?
- CCC6\_1B b) Autres allergies?
- CCC6\_1C c) Asthme?
- CCC6\_1D d) Arthrite ou rhumatisme?
- CCC6\_1E e) Maux de dos excluant l'arthrite?
- CCC6\_1F f) Hypertension (tension artérielle élevée)?
- CCC6\_1G g) Migraines?
- CCC6\_1H h) Bronchite chronique ou emphysème?
- CCC6\_1I i) Sinusite?
- CCC6\_1J j) Diabète?
- CCC6\_1K k) Épilepsie?
- CCC6\_1L l) Maladie cardiaque?
- CCC6\_1M m) Cancer?
- CCC6\_1N n) Ulcères à l'estomac ou à l'intestin?
- CCC6\_1O o) Troubles dus à un accident cardio-vasculaire?
- CCC6\_1P p) Incontinence urinaire?
- CCC6\_1Q q) De troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite?

Si la personne a < 18 ans, passez à (u).

- CCC6\_1R r) Maladie d'Alzheimer ou autre sénilité?
- CCC6\_1S s) Cataracte(s)?
- CCC6\_1T t) Glaucome?
- CCC6\_1U u) Problème de la thyroïde?
- CCC6\_1V v) Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé?  
(Précisez \_\_\_\_\_)

## Usage du tabac

H-INT Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

H1 Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison?

SMC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non

H2 Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

SMC6\_2

- 1 Tous les jours
- 2 À l'occasion (Passez à H5)
- 3 Jamais (Passez à H4d)



H3 À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?

SMC6\_3 \_\_\_ Âge

H4 Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

SMC6\_4 \_\_\_ Nombre de cigarettes

H4a Ce nombre est-il:

- 1 Le même qu'il y a deux ans? (Passez à Consommation d'alcool)
- 2 Plus qu'il y a deux ans? (Passez à H4b)
- 3 Moins qu'il y a deux ans? (Passez à H4c)

H4b Pourquoi avez-vous augmenté votre consommation?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

SMC6\_12

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

H4c Pourquoi avez-vous réduit votre consommation?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

SMC6\_11

- 1 A essayé de cesser
- 2 Santé physique affectée
- 3 Coût
- 4 Pressions sociales / familiales
- 5 Activités physiques
- 6 Grossesse
- 7 Restrictions de fumer
- 8 Conseil du médecin
- 9 Effet de la fumée secondaire sur les autres
- 10 Autre (Précisez)

(Passez à la section Consommation d'alcool)

H4d Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?

SMC6\_4A

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à Consommation d'alcool)

H5 Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

SMC6\_5

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à Consommation d'alcool)

H6 À quel âge avez-vous commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?

SMC6\_6

\_\_\_ Âge

H7 Habituellement combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour?

SMC6\_7

\_\_\_ Nombre de cigarettes

H8 À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?

SMC6\_8

\_\_\_ Âge

H9 Pourquoi avez-vous cessé?

SMC6\_9

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Santé physique affectée
- 2 Coût
- 3 Pressions sociales / familiales
- 4 Activités physiques
- 5 Grossesse
- 6 Restrictions de fumer
- 7 Conseil du médecin
- 8 Effet de la fumée secondaire sur les autres
- 10 Autre (Précisez)

## Consommation d'alcool

I-INT J'aimerais maintenant poser quelques questions sur votre consommation d'alcool. Quand 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 d'une once et demie de spiritueux ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Période : MM / AA \_\_\_ MM / AA \_\_\_

N Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire du JJ/MM/AA à hier, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?

ALC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à I5B)

I2 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

ALC6\_2

- 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

I3 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?

ALC6\_3

- 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

I5 Au cours de la semaine écoulée, c'est-à-dire du dernier [nommez le jour de la semaine] jusqu'à hier, avez-vous bu de la bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?

ALC6\_5

- 1 Oui
- 2 Non (Si répondu une fois par mois ou plus à I3 passez à I8. Autrement, passez à la section Activités physiques.)

I5A En remontant à partir d'hier, combien de verres avez-vous bu:

ALC6\_5A1  
ALC6\_5A2  
ALC6\_5A3  
ALC6\_5A4  
ALC6\_5A5  
ALC6\_5A6  
ALC6\_5A7

- \_\_\_ lundi?  
\_\_\_ mardi?  
\_\_\_ mercredi?  
\_\_\_ jeudi?  
\_\_\_ vendredi?  
\_\_\_ samedi?  
\_\_\_ dimanche?

I5B Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?

ALC6\_5

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Activités physiques)

I6 Avez-vous déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?

ALC6\_6

- \_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non (Passez à la section Activités physiques)

I7

Pourquoi avez-vous réduit votre consommation d'alcool ou arrêté de boire complètement?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |    |   |
|---------|----|---|
| ALC6_7A | 1  | Régime  |
| ALC6_7B | 2  | Entraînement sportif  |
| ALC6_7C | 3  | Grossesse   |
| ALC6_7D | 4  | Maturité  |
| ALC6_7E | 5  | Buvait trop/une problème d'alcool                           |
| ALC6_7F | 6  | Nuisait au travail, aux études ou aux possibilités d'emploi |
| ALC6_7G | 7  | Nuisait à la vie familiale ou à la vie personnelle          |
| ALC6_7H | 8  | Nuisait à votre santé physique                              |
| ALC6_7I | 9  | Nuisait aux relations avec les amis ou à la vie sociale     |
| ALC6_7J | 10 | Nuisait à la situation financière                           |
| ALC6_7K | 11 | Nuisait à la perception de la vie, au bonheur               |
| ALC6_7L | 12 | Sous l'influence de la famille ou d'amis                    |
| ALC6_7M | 13 | Autre (Précisez _____)                                      |

Passez à Activités physiques

### Dépendance à l'égard de l'alcool

(Si interview par procuration, passez à la section Activités physiques.)

Les questions qui suivent concernent les effets de l'alcool sur les personnes durant leurs activités.

I8

AD\_6\_1

Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire du JJ/MM/AA à hier, vous êtes-vous enivré(e) ou soûlé(e) ou avez-vous souffert des excès d'alcool pendant que vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin des enfants?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à I8b)

I8a

AD\_6\_2

Combien de fois? Était-ce :  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 1 ou 2 fois?
- 2 3 à 5 fois?
- 3 6 à 10 fois?
- 4 11 à 20 fois?
- 5 Plus de 20 fois?

I8b

AD\_6\_3

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé d'être ivre ou soûlé(e) ou de souffrir d'excès d'alcool dans une situation qui augmentait vos chances de vous blesser? (Par exemple, conduire un bateau, utiliser des armes, traverser dans la circulation ou lors d'une activité sportive.)

- 1 Oui
- 2 Non

I8c  
AD\_6\_4 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous éprouvé des difficultés affectives ou psychologiques résultant de la consommation d'alcool, par exemple, vous êtes-vous senti(e) désintéressé(e) des choses en général, déprimé(e) ou soupçonneux(se) à l'égard d'autres personnes?

- 1 Oui
- 2 Non

I8d  
AD\_6\_5 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous éprouvé un désir ou un besoin tellement grand de consommer de l'alcool que vous n'avez pu y résister ou que vous ne pouviez penser à rien d'autre?

- 1 Oui
- 2 Non

I8e  
AD\_6\_6 Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une période d'un mois ou plus où vous avez passé beaucoup de temps à vous enivrer ou à souffrir d'excès d'alcool?

- 1 Oui
- 2 Non

I8f  
AD\_6\_7 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà bu beaucoup plus ou avez-vous bu pendant une période plus longue que vous n'en n'aviez l'intention?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à I8h)

I8g  
AD\_6\_8 Combien de fois? Était-ce :  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 1 ou 2 fois?
- 2 3 à 5 fois?
- 3 6 à 10 fois?
- 4 11 à 20 fois?
- 5 Plus de 20 fois?

I8h  
AD\_6\_9 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de constater que vous deviez consommer plus d'alcool que d'habitude pour ressentir le même effet ou que la consommation de la même quantité avait moins d'effet qu'auparavant?

- 1 Oui
- 2 Non

### Activités physiques

(Si interview par procuration, passez à la section Blessures.)

J-INTa 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 loisirs*.

Période : MM / AA \_\_\_ MM / AA \_\_\_

J1 Au cours des 3 derniers mois, c'est-à-dire de ... à ..., vous êtes-vous livré(e) aux activités suivantes?  
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

PAC6\_1A  Marche pour faire de l'exercice  
 PAC6\_1B  Jardinage ou travaux à l'extérieur  
 PAC6\_1C  Natation  
 PAC6\_1D  Bicyclette  
 PAC6\_1E  Danse moderne ou danse sociale  
 PAC6\_1F  Exercices à la maison  
 PAC6\_1G  Hockey sur glace  
 PAC6\_1H  Patinage  
 PAC6\_1I  Ski alpin  
 PAC6\_1J  Jogging ou course  
 PAC6\_1K  Golf  
 PAC6\_1L  Exercices dirigés ou aérobie

PAC6\_1M  Ski de fond  
 PAC6\_1N  Quilles  
 PAC6\_1O  Base-ball ou balle molle  
 PAC6\_1P  Tennis  
 PAC6\_1Q  Poids et haltères  
 PAC6\_1R  Pêche  
 PAC6\_1S  Volley-ball  
 PAC6\_1T  Basket-ball  
 Curling  
 PAC6\_1U  Autre (Précisez)  
 PAC6\_1W  Autre (Précisez)  
 PAC6\_1X  Autre (Précisez)

(Chaque fois que la réponse est «Oui», posez la question J2 et J3.)

J2 Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous fait du (de la) \_\_\_?

PAC6\_2n  Nombre de fois

J3 Combien de temps avez-vous habituellement consacré à cette activité à chaque occasion?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

PAC6\_3n

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

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

J4a Au cours des 3 derniers mois, combien d'heures avez-vous habituellement passé par semaine à marcher pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire les courses?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

PAC6\_4A

1  N'en fait pas  
 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

J4b Dans une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passé à bicyclette pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire les courses?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

PAC6\_4B

- 1 N'en fait pas
- 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

(Si l'on a répondu «bicyclette» comme activité à J1 ou à J4b, passez à la question J5. Sinon, passez à J6.)

J5 Quand vous faites du vélo, à quelle fréquence portez-vous un casque?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

PAC6\_5

- 1 Toujours
- 2 La plupart du temps
- 3 Rarement
- 4 Jamais

J6 Si l'on pense au 3 derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

PAC6\_6

- 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 Lever ou transporter habituellement des objets légers ou monter souvent des escaliers ou des pentes
- 5 Faire du travail exténuant ou porter des objets très lourds

### Mouvements répétitifs

RS-INT La prochaine section porte sur les lésions attribuables aux mouvements répétitifs, c'est-à-dire sur les blessures causées par la sur utilisation des mêmes muscles et tendons ou par la répétition fréquente d'un même mouvement. (Par exemple, syndrome du canal carpien, le «tennis elbow» ou tendinite.)

R1 Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant MM/JJ/AA et se terminant hier, vous êtes-vous blessé(e) à cause de mouvements répétitifs de façon assez grave pour limiter vos activités normales?

RPC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Blessures)

R2 Combien de blessures?

RPC6\_2

Blessures

INT Si le nombre de blessures = 1, utilisez seulement la seconde partie de la phrase à la question R3.

R3 (Si l'on prend la blessure la plus grave,) quelle partie du corps a été atteinte?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

RPC6\_3

- 1 Cou
- 2 Épaule
- 3 Coude
- 4 Poignet / Main / Doigt
- 5 Genou
- 6 Cheville / Pied / Orteil
- 7 Dos ou colonne vertébrale
- 8 Hanche
- 9 Autre (Précisez)

R4 Cette blessure est-elle survenue en faisant quelque chose :  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

RPC6\_4A

1 À la maison?

RPC6\_4B

2 Au travail ou à l'école?

RPC6\_4C

3 Dans les activités de loisirs (sports ou passe-temps)?

RPC6\_4D

4 Autre (Précisez)?

## Blessures

K-INT Voici quelques questions concernant d'autres blessures subies au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire du JJ/MM/AA à hier. On s'intéresse à des blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales par exemple une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, un mal de dos, une entorse à la cheville ou un empoisonnement.

Période: MM / AA \_\_\_\_ MM / AA \_\_\_\_

K1 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous vous êtes blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales?

IJC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section État de santé)

K2 Combien de fois vous êtes-vous blessé(e)?

IJC6\_2

\_\_\_\_ Fois



K3

IJC6\_3

Si l'on prend la blessure la plus grave, quel genre de blessure avez-vous subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Blessures multiples
- 2 Fracture
- 3 Brûlure
- 4 Dislocation
- 5 Entorse ou foulure
- 6 Coupure ou éraflure
- 7 Meurtrissure ou écorchure
- 8 Commotion (Passez à K5)
- 9 Empoisonnement par absorption d'une substance ou d'un liquide (Passez à K5)
- 10 Lésion interne (Passez à K5)
- 11 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

K4

IJC6\_4

Quelle partie du corps a été atteinte?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Parties multiples
- 2 Yeux
- 3 Tête (sauf les yeux)
- 4 Cou
- 5 Épaule
- 6 Bras ou mains
- 7 Hanche
- 8 Jambes ou pieds
- 9 Dos ou colonne vertébrale
- 10 Tronc (sauf le dos et la colonne vertébrale) (comprend la poitrine, les organes internes)

K5

IJC6\_5

Où cela s'est-il produit?

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 À la maison ou autour de la maison
- 2 Sur une ferme
- 3 Dans un lieu de loisirs ou de sports, (ex. terrain de golf, de basketball, de jeux (école comprise), etc.)
- 4 Dans la rue ou sur l'autoroute
- 5 Dans un immeuble public (ex. hôtel, centre d'achats, restaurant, immeuble à bureau, école)
- 6 Dans un établissement résidentiel (ex. hôpital, prison, etc.)
- 7 Dans une mine
- 8 Sur un site industriel (ex. chantier naval)
- 9 Sur les terres / dans la forêt
- 10 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

K6

IJC6\_6

Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée, par exemple, par une chute, un accident de la route, une agression?

(Ne lisez pas la liste. Cochez une réponse seulement.)

- 1 Accident impliquant un véhicule à moteur
- 2 Chute accidentelle
- 3 Incendie, flammes ou fumée
- 4 Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
- 5 Agression
- 6 Tentative de suicide
- 7 Blessure accidentelle due à une explosion
- 8 Blessure accidentelle due à des causes naturelles/environnementales (ex. conditions climatiques, herbe à poux, morsures d'animaux, piqûres, etc.)
- 9 Noyade ou submersion accidentelle
- 10 Suffocation accidentelle
- 11 Substances, liquides ou aliments chauds ou corrosifs
- 12 Accident causé par de la machinerie (ex. machine agricole, chariot élévateur, machine à bois)
- 13 Accident causé par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
- 14 Empoisonnement accidentel
- 15 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

K7

IJC6\_7

S'agissait-il d'un accident de travail?

- 1 Oui
- 2 Non

K8

Nous aimerions savoir quelles précautions vous prenez, si tel est le cas, afin d'empêcher que ce genre de blessure ne se produise à nouveau. Quelles précautions prenez-vous?

(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées)

IJC6\_8A

IJC6\_8B

IJC6\_8C

IJC6\_8D

IJC6\_8E

IJC6\_8F

IJC6\_8G

- 1 Abandon de l'activité
- 2 Agir plus prudemment
- 3 Formation en techniques de sécurité
- 4 Utilisation de dispositifs de protection
- 5 Modification de l'environnement physique
- 6 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- 7 Aucune précaution

## État de santé

M-INT

Les questions suivantes concernent l'état de santé en général. Les questions ne portent **pas** sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes sur de courtes périodes de temps. Elles portent sur 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.

## Vision

M1 *Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?*

HSC6\_1

- 1 Oui (Passez à M4)
- 2 Non

M2 *Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?*

HSC6\_2

- 1 Oui (Passez à M4)
- 2 Non

M3 Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit?

HSC6\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à M6)

M4 Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact?

HSC6\_4

- 1 Oui (Passez à M6)
- 2 Non

M5 *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?*

HSC6\_5

- 1 Oui
- 2 Non

## Ouïe

M6 *Habituellement, êtes-vous capable de suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes sans vous servir d'une prothèse auditive?*

HSC6\_6

- 1 Oui (Passez à M10)
- 2 Non

M7 *Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes avec l'aide d'une prothèse auditive?*

HSC6\_7

- 1 Oui (Passez à M8)
- 2 Non

M7a Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?

HSC6\_7A

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à M10)

M8 *Habituellement*, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *sans* vous servir d'une prothèse auditive?

HSC6\_8

- 1 Oui (Passez à M10)
- 2 Non

M9 *Habituellement*, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *avec l'aide* d'une prothèse auditive?

HSC6\_9

- 1 Oui
- 2 Non

### Élocution

M10 *Habituellement*, êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez dans votre langue avec des inconnus?

HSC6\_10

- 1 Oui (Passez à M14)
- 2 Non

M11 Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus?

HSC6\_11

- 1 Oui
- 2 Non

M12 Êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?

HSC6\_12

- 1 Oui (Passez à M14)
- 2 Non

M13 Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?

HSC6\_13

- 1 Oui
- 2 Non

### Mobilité

M14 *Habituellement*, pouvez-vous marcher dans le quartier *sans* difficulté et *sans* vous servir d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles?

HSC6\_14

- 1 Oui (Passez à M21)
- 2 Non

M15 Pouvez-vous marcher?  
HSC6\_15  
1 Oui  
2 Non (Passez à M18)

M16 Avez-vous besoin d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?  
HSC6\_16  
1 Oui  
2 Non

M17 Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?  
HSC6\_17  
1 Oui  
2 Non

M18 Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer?  
HSC6\_18  
1 Oui  
2 Non (Passez à M21)

M19 À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)  
HSC6\_19  
1 Toujours  
2 Souvent  
3 Parfois  
4 Jamais

M20 Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer en fauteuil roulant?  
HSC6\_20  
1 Oui  
2 Non

### Mains et doigts

M21 *Habituellement*, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets notamment un crayon ou des ciseaux?  
HSC6\_21  
1 Oui (Passez à M25)  
2 Non

M22 En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne?  
HSC6\_22  
1 Oui  
2 Non (Passez à M24)

M23 Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

HSC6\_23

- 1 certaines tâches?
- 2 la plupart des tâches?
- 3 presque toutes les tâches?
- 4 toutes les tâches?

M24 En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin d'équipement spécial, comme d'un appareil pour vous aider à vous habiller?

HSC6\_24

- 1 Oui
- 2 Non

### Sentiments

M25 Vous décririez-vous comme étant habituellement:

HSC6\_25

- 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

M26 Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à vous souvenir des choses.  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.) Êtes-vous:

- 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 vous rappeler de quoi que ce soit? (interview par procuration uniquement)

### Pensée

M27 Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?

HSC6\_27

(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 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 (interview par procuration uniquement)

## Douleurs et malaises

M28 *Habituellement, êtes-vous exempt(e) de douleurs ou de malaises?*

*HSC6\_28*

- 1 Oui (Passez à la section Consommation de médicaments)
- 2 Non

M29 *Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement?*

*HSC6\_29*

(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Faible
- 2 Moyenne
- 3 Forte

M30 *Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?*

*HSC6\_30*

(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

## Consommation de médicaments

Période: MM/AA \_\_\_\_\_ MM/AA \_\_\_\_\_

N-INT J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant l'utilisation de médicaments, sur ordonnance ou non, et d'autres produits pour la santé.

N1 Au cours du dernier mois, c'est-à-dire du JJ/MM à hier, avez-vous pris un des médicaments suivants?  
(Lisez la liste. Cochez toute les réponses appropriées)

- |                |   |  |
|----------------|---|--|
| <i>DGC6_1A</i> | — | Analgésiques tels que l'aspirine ou Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires) |
| <i>DGC6_1B</i> | — | Tranquillisants tels que le Valium   |
| <i>DGC6_1C</i> | — | Pilules pour maigrir   |
| <i>DGC6_1D</i> | — | Anti-dépressifs  |
| <i>DGC6_1E</i> | — | Codéine, Demerol ou morphine   |
| <i>DGC6_1F</i> | — | Médicaments contre les allergies tels que "Seldane" ou "Chlor-Tripolon"  |
| <i>DGC6_1G</i> | — | Médicaments contre l'asthme tels que inhalateurs ou nébuliseurs  |
| <i>DGC6_1H</i> | — | Médicaments contre la toux ou le rhume   |
| <i>DGC6_1I</i> | — | Pénicilline ou autres antibiotiques  |
| <i>DGC6_1J</i> | — | Médicaments pour le cœur   |
| <i>DGC6_1K</i> | — | Médicaments pour la tension artérielle   |
| <i>DGC6_1L</i> | — | Diurétiques  |
| <i>DGC6_1M</i> | — | Stéroïdes  |
| <i>DGC6_1N</i> | — | Insuline   |
| <i>DGC6_1O</i> | — | Pilules pour contrôler le diabète  |
| <i>DGC6_1P</i> | — | Somnifères   |
| <i>DGC6_1Q</i> | — | Médicaments contre les maux d'estomac  |
| <i>DGC6_1R</i> | — | Laxatifs (si masculin passez à Thyroïde. Si féminin et âge > 49 passez à Hormones.)                                  |
| <i>DGC6_1S</i> | — | Pilules anticonceptionnelles (si féminin < 30 passez à Thyroïde.)  |
| <i>DGC6_1T</i> | — | Hormones pour la ménopause et le vieillissement (si Oui demandez N1a et N1b.)  |

N1a Quel type d'hormones prenez-vous?

- |            |                       |                          |
|------------|-----------------------|--------------------------|
| <i>N/A</i> | <input type="radio"/> | 1 Oestrogen seulement    |
|            | <input type="radio"/> | 2 Progestérone seulement |
|            | <input type="radio"/> | 3 Les deux               |
|            | <input type="radio"/> | 4 Aucune des deux        |

N1b Quand avez-vous commencé cette thérapie par les hormones?

*N/A*     Année

- |                |   |   |
|----------------|---|---|
| <i>DGC6_1U</i> | — | Médicaments pour la thyroïde comme le Synthroid ou le Levothyroxine |
| <i>DGC6_1V</i> | — | Tous autres médicaments (Précisez _____)                            |

(Si des médicaments sont indiqués à N1, passez à N2. Autrement, passez à N4.)



N2 Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de pilules ou de médicaments différents avez-vous pris dans ces deux journées?

DGC6\_2

\_\_\_\_\_ Nombre de médicaments différents

(Si le nombre = 0, passez à N4. Sinon posez la question N3 ... jusqu'à concurrence de 12 produits.)

N3 Quel est le nom exact du médicament que vous avez pris? (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.) (p. ex. Tylenol extra fort)

DGC6\_3n

\_\_\_\_\_

N4 De nombreuses personnes utilisent d'autres PRODUITS POUR LA SANTÉ comme des pommades, des vitamines, des herbes, des minéraux, des tisanes ou des boissons à base de protéines pour prévenir la maladie ou pour maintenir ou améliorer leur santé. Utilisez-vous (utilise-t-il(elle)) des produits de ce genre?

DGC6\_4

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Santé mentale)

N5 Quel est le nom exact du produit dont il s'agit? (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.) (jusqu'à concurrence de 12 produits)

DGC6\_5m

\_\_\_\_\_

## Santé mentale

(Si par procuration passez à Soutien social)

O-INTa J'aimerais maintenant poser quelques questions concernant le bien-être mental et émotif. Au cours du dernier mois, c'est-à-dire de JJ/MM à JJ/MM, combien de fois vous êtes-vous senti(e)...

Période : MM/ AA \_\_\_\_\_ MM/ AA \_\_\_\_\_

O1a ... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1A

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

O1b ... nerveux(se)?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1B

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

O1c ... agité(e) ou ne tenant pas en place?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1C

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

O1d ... désespéré(e)?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1D

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

O1e ... bon(ne) à rien?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1E

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

O1f Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1F

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

(Si «jamais» de O1A à O1F, passez à O1k.)

O1g 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?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1G

- 1 Plus souvent
- 2 Moins souvent (Passez à O1i)
- 3 Sensiblement à la même fréquence (Passez à O1j)
- 4 N'a jamais ressenti ces sentiments (Passez à O1k)

O1h Est-ce *beaucoup* plus, *plutôt* plus ou *un peu* plus que d'habitude?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1H

- 1 Beaucoup plus
- 2 Plutôt plus
- 3 Un peu plus

(Passez à O1j)

O1i Est-ce *beaucoup* moins, *plutôt* moins ou *un peu* moins que d'habitude?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1I

- 1 Beaucoup moins
- 2 Plutôt moins
- 3 Un peu moins

O1j Dans quelle mesure ces sentiments perturbent-ils votre vie ou vos activités de tous les jours?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_1J

- 1 Beaucoup
- 2 Assez
- 3 Un peu
- 4 Pas du tout

O1k Au cours des 12 derniers mois, depuis MM/JJ/AA, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale?

MHC6\_1K

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à O2)

O1 Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)?

MHC6\_1L

\_\_\_ Fois

O2 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimée pour une période de deux semaines consécutives ou plus?

MHC6\_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à O16)

O3 Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux deux semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquels ces sentiments ont été plus forts. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments duraient-ils habituellement:  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_3

- 1 Toute la journée
- 2 Presque toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée (Passez à O16)
- 4 Moins de la moitié de la journée (Passez à O16)

O4 Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les deux semaines?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_4

- 1 Tous les jours
- 2 Presque tous les jours
- 3 Moins souvent (Passez à O16)

O5 Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure?

MHC6\_5

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = PERDRE L'INTÉRÊT)
- 2 Non

O6 Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?

MHC6\_6

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = FATIGUE)
- 2 Non

O7 Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_7

- 1 Pris du poids (PHRASE CLÉ = GAIN DE POIDS)
- 2 Perdu du poids (PHRASE CLÉ = PERTE DE POIDS)
- 3 Gardé le même poids (Passez à O9)
- 4 Suivait un régime (Passez à O9)

O8 Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?

MHC6\_8

\_\_\_ livres ou \_\_\_ kilogrammes

O9 Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?  
*MHC6\_9* 1 Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)  
2 Non (Passez à O11)

O10 Combien de fois cela s'est-il produit?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)  
*MHC610*

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

O11 Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?  
*MHC6\_11* 1 Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)  
2 Non

O12 Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien.  
Avez-vous éprouvé ces sentiments?  
*MHC6\_12* 1 Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)  
2 Non

O13 Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?  
*MHC6\_13* 1 Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)  
2 Non

(Si on a répondu «oui» à une des questions, passez à O14. Autrement, passez à la section Soutien social.)

O14 Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant deux semaines consécutives, vous vous êtes senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e), et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS). Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?  
*MHC6\_14*

Semaines (Si > 51 semaines, passez à la section Soutien social)

O15 Pensez à la dernière période pendant laquelle vous avez éprouvé ces sentiments pendant au moins 2 semaines consécutives. En quel mois était-ce?  
*MHC6\_15*

- |   |         |    |           |
|---|---------|----|-----------|
| 1 | janvier | 7  | juillet   |
| 2 | février | 8  | août      |
| 3 | mars    | 9  | septembre |
| 4 | avril   | 10 | octobre   |
| 5 | mai     | 11 | novembre  |
| 6 | juin    | 12 | décembre  |

(Passez à la section Soutien social)

O16 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux 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 toute autre chose?

MHC6\_16

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Soutien social)

O17 Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de deux 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? (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_17

- 1 Toute la journée
- 2 Presque toute la journée
- 3 Environ la moitié de la journée (Passez à la section Soutien social)
- 4 Moins de la moitié de la journée (Passez à la section Soutien social)

O18 Combien de fois vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines? (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

MHC6\_18

- 1 Tous les jours
- 2 Presque tous les jours
- 3 Moins souvent (Passez à la section Soutien social)

O19 Pendant ces deux semaines, éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?

MHC6\_19

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = SENTIMENT DE FATIGUE)
- 2 Non

O20 Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_20

- 1 Pris du poids (PHRASE CLÉ = GAIN DE POIDS)
- 2 Perdu du poids (PHRASE CLÉ = PERTE DE POIDS)
- 3 Gardé le même poids (Passez à O22)
- 4 Suivait un régime (Passez à O22)

O21 Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?

MHC6\_21

\_\_\_ livres ou \_\_\_ kilogrammes

O22 Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?

MHC6\_22

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)
- 2 Non (Passez à O24)

O23 Combien de fois cela s'est-il produit pendant ces 2 semaines?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

MHC6\_23

- 1 Chaque nuit
- 2 Presque chaque nuit
- 3 Moins souvent

O24 Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?

MHC6\_24

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)
- 2 Non

O25 Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien.  
Avez-vous éprouvé ces sentiments?

MHC6\_25

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)
- 2 Non

O26 Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?

MHC6\_26

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)
- 2 Non

(Si on a répondu «oui» à la question O19, O20, O22, O24, O25 ou O26, passez à O27. Autrement, passez à la section Soutien social.)

O27 Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant deux semaines consécutives, vous avez perdu presque tout intérêt pour la plupart des choses, et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS). Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?

MHC6\_27

— Semaines (Si > 51 semaines, passez à la section Soutien social)

O28 Pensez aux deux semaines consécutives pendant lesquelles vous avez éprouvé ces sentiments. En quel mois était-ce?

MHC6\_28

- |   |         |    |           |
|---|---------|----|-----------|
| 1 | janvier | 7  | juillet   |
| 2 | février | 8  | août      |
| 3 | mars    | 9  | septembre |
| 4 | avril   | 10 | octobre   |
| 5 | mai     | 11 | novembre  |
| 6 | juin    | 12 | décembre  |

## Soutien social

(Si par procuration Passez à Numéro provincial d'assurance-maladie)

P-INT Maintenant, voici quelques questions concernant votre relation avec différents groupes et le soutien dispensé par la famille et les amis.

P1  
SSC6\_1 Êtes-vous membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif comme une association scolaire, un groupe confessionnel, un centre communautaire, une association ethnique, un club social, un regroupement de citoyens ou une société fraternelle?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à P2a)

P2  
SSC6\_2 Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un organisme, pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif(ve).  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Au moins une fois par semaine
- 2 Au moins une fois par mois
- 3 Au moins 3 ou 4 fois par année
- 4 Au moins une fois par année
- 5 Jamais

P2a  
N/A Au cours des 12 derniers mois, en excluant les occasions spéciales (comme les mariages, funérailles, potlaches ou baptêmes), combien de fois avez-vous assisté à un service religieux ou une cérémonie du culte?  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Au moins une fois par semaine
- 2 Au moins une fois par mois
- 3 Au moins 3 ou 4 fois par année
- 4 Au moins une fois par année
- 5 Jamais

P3  
SSC6\_3 Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels?

- 1 Oui
- 2 Non

P4  
SSC6\_4 Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?

- 1 Oui
- 2 Non



P5 Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?

SSC6\_5

- 1 Oui
- 2 Non

P6 Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

SSC6\_6

- 1 Oui
- 2 Non

P7 Les prochaines questions concernent vos rapports au cours des 12 derniers mois avec les personnes qui *ne vivent pas* avec vous, soit en personne, par téléphone, ou par lettre. Si vous avez eu des rapports avec plus d'une personne dans une catégorie, comme plusieurs soeurs, pensez à la personne avec laquelle vous avez eu le plus souvent des rapports. A quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec [remplir avec les catégories suivantes]?

SSC6\_7A

\_\_\_ Vos parents ou beaux-parents

SSC6\_7B

\_\_\_ Vos grands-parents

SSC6\_7C

\_\_\_ Vos filles ou belles-filles

SSC6\_7D

\_\_\_ Vos fils ou beaux-fils

SSC6\_7E

\_\_\_ Vos frères ou soeurs

SSC6\_7F

\_\_\_ Vos autres parents (y compris par alliance)

SSC6\_7G

\_\_\_ Vos amis proches

SSC6\_7H

\_\_\_ Vos voisins

Les choix de réponse sont:

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse pour chaque catégorie.)

- \_\_\_ n'en a pas
- \_\_\_ tous les jours
- \_\_\_ au moins une fois par semaine
- \_\_\_ 2 ou 3 fois par mois
- \_\_\_ une fois par mois
- \_\_\_ quelques fois dans l'année
- \_\_\_ une fois dans l'année
- \_\_\_ jamais

## Numéro provincial d'assurance-maladie

Q1  
*AMC6\_SH* Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies durant cette interview avec les données territoriales sur la santé. Ces renseignements porteraient entre autres sur l'utilisation passée et courante des services, par exemple les consultations dans des hôpitaux, des cliniques et des cabinets de médecin, ou d'autres services offerts par le territoire. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques. Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Éducation)

Q2  
*HNC6\_nm* En ayant un numéro de l'assurance-maladie territoriale, nous pourrions plus facilement jumeler nos données à ces renseignements. Quel est votre numéro d'assurance-maladie territoriale?

- 1 Oui (Spécifiez)

Yukon \_\_\_\_\_

T.N-O. \_\_\_\_\_

- 2 Non (Passez à la section Éducation)

**(CETTE SECTION N'A PAS ÉTÉ POSÉE EN 1996 - LES DONNÉES DE 1994 ONT ÉTÉ COPIÉES À LA PLACE)**

## Renseignements socio-démographiques

R-INT J'aimerais maintenant vous poser des questions générales.

### Pays de naissance/année d'immigration

R1  
*SDC6\_1* Dans quel pays ... est-il(elle) né(e)?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- |    |           |   |
|----|-----------|---|
| 1  | Canada    | (Passez à la section Appartenance ethnique) |
| 2  | Chine     | 11 Jamaïque                                 |
| 3  | France    | 12 Pays-Bas                                 |
| 4  | Allemagne | 13 Philippines                              |
| 5  | Grèce     | 14 Pologne                                  |
| 6  | Guyane    | 15 Portugal                                 |
| 7  | Hong Kong | 16 Royaume-Uni                              |
| 8  | Hongrie   | 17 États-Unis                               |
| 9  | Inde      | 18 Viêt-nam                                 |
| 10 | Italie    | 19 Autre (Précisez _____)                   |

R2a  
*N/A* De quel pays ... êtes-vous/est-il(elle) citoyen?

- 1 Canada, citoyen de naissance (Passez à Appartenance ethnique)
- 2 Canada, par naturalisation
- 3 Même que le pays de naissance
- 4 Autre pays

R2b Êtes-vous/est-il (elle) ou avez-vous/a-t-il(elle) déjà été un immigrant reçu?

N/A

- 1 Oui
- 2 Non

R3 En quelle année ... a-t-il (elle) immigré au Canada pour la première fois?

SDC6\_3

\_\_\_\_\_ Année (4 chiffres)

### Appartenance ethnique

R4 À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres/les ancêtres de ... appartenaient-ils? (Par exemple, français, anglais, chinois.)  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |   |                          |         |    |                              |
|---------|---|--------------------------|---------|----|------------------------------|
| SDC6_4A | 1 | Canadien                 | SDC6_4J | 10 | Chinois                      |
| SDC6_4B | 2 | Français                 | SDC6_4K | 11 | Jurif                        |
| SDC6_4C | 3 | Anglais                  | SDC6_4L | 12 | Polonais                     |
| SDC6_4D | 4 | Allemand                 | SDC6_4M | 13 | Asiatique du Sud             |
| SDC6_4E | 5 | Écossais                 | SDC6_4N | 14 | Noir                         |
| SDC6_4F | 6 | Irlandais                | SDC6_4O | 15 | Indien de l'Amérique du Nord |
| SDC6_4G | 7 | Italien                  | SDC6_4P | 16 | Métis                        |
| SDC6_4H | 8 | Ukrainien                | SDC6_4Q | 17 | Inuit/Esquimau               |
| SDC6_4I | 9 | Hollandais (Néerlandais) | SDC6_4R | 18 | Autre (Précisez _____)       |

### Langue

R5 Dans quelles langues ... peut-il(elle) soutenir une conversation?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

N/A

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- 4 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

R6 Quelle est la première langue que ... a apprise à la maison dans son enfance et qu'il (elle) comprend encore? (Si la personne ne comprend plus la première langue apprise, indiquez la deuxième langue apprise.)  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

N/A

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- 4 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

## Race

R6B Estimez-vous être membre/que ... est membre des Premières Nations, c'est-à-dire un Indien, un Métis ou un Inuit?

N/A

- |   |     |                |   |            |
|---|-----|----------------|---|------------|
| 1 | Oui | S'agit-il d'un | 1 | Amérindien |
| 2 | Non |                | 2 | Métis      |
|   |     |                | 3 | Inuit      |

(Si oui, passez à la section Éducation)

R7 Comment décririez-vous, aux mieux de vos connaissances, la race ou la couleur de ...?  
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |    |   |
|---------|----|---|
| SDC6-7A | 1  | Blanc(he) (ex. Britannique, Français(e), Européen(ne), Amérique latine/Amérique du Sud avec ancêtres européens, etc.) |
| SDC6-7B | 2  | Noir(e)   |
| SDC6-7C | 3  | Coréen(e)   |
| SDC6-7D | 4  | Philippin(ne)   |
| SDC6-7E | 5  | Japonais(e)   |
| SDC6_7F | 6  | Chinois(e)  |
| SDC6_7G | 7  | Autochtone d'Amérique du Nord<br>(Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis, Inuit)  |
| SDC6_7H | 8  | Asiatique du Sud (ex. Indien(ne) de l'Inde ou de l'Ouganda, Pakistanais(e), Pendjabi(e), Tamil(e), etc.)              |
| SDC6_7I | 9  | Asiatique du Sud-Est (ex. Vietnamien(ne), Thaïlandais(e), Laotien(ne), etc.)  |
| SDC6_7J | 10 | Asiatique du Sud-Ouest ou Nord-Africain (ex. Arménien(ne), Syrien(ne), Marocain(e), etc.)                             |
| SDC6_7K | 11 | Autre (Précisez _____)  |

## Niveau de scolarité

S1 En excluant la maternelle, combien d'années d'études primaires et secondaires ... a-t-il(elle) terminées avec succès?

EDC6\_4

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- |   |  |    |           |
|---|--|----|-----------|
| 1 | Aucune scolarité (passez à la section Population active) |    |           |
| 2 | 1 à 5 années   | 7  | 10 années |
| 3 | 6 années   | 8  | 11 années |
| 4 | 7 années   | 9  | 12 années |
| 5 | 8 années   | 10 | 13 années |
| 6 | 9 années   |    |           |

(Si âgé(e) < 15 ans, passez à la section Population active.)

S2 ... détient-il(elle) un certificat d'études secondaires?

EDC6\_5

- |   |     |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

S3 ... a-t-il(elle) déjà fréquenté un autre genre d'établissement d'enseignement comme une université, un collège communautaire, une école de commerce, de métiers ou de formation professionnelle, un CÉGEP ou un autre établissement d'enseignement postsecondaire?

EDC6\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à S5)

S4 Quel est le plus haut niveau de scolarité que ... avez/a atteint?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

EDC6\_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 (ex. B.A., B.Sc., LL.B.)
- 7 Maîtrise (ex. M.A., M.Sc., M.Ed.)
- 8 Diplôme en médecine, en optométrie, en médecine dentaire, ou vétérinaire, (ex. M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- 9 Doctorat acquis (ex. Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
- 10 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

S5 Fréquente-t-il(elle) actuellement une école, un collège ou une université?

EDC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à section Population active)

S6 ... est-il(elle) inscrit(e) comme étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel?

EDC6\_2

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel

### Population active

(Si âgé(e) < 15 ans ou > 75 ans, passez à la section Administration.)

INT Dans la prochaine section, nous allons poser des questions au sujet des emplois que ... a exercés au cours des 12 derniers mois.

T2  
LFC6\_2

A-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice 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.

- Oui  
 Non (Passez à T14)

Nota: Les questions LFS-Q3 à LFS-Q7 et LFS-Q11 sont faites comme un tableau permettant d'entrer jusqu'à 3 emplois.

## EMPLOI N° 1

T3.1 Pour qui ... a-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours des 12 derniers mois? (MM/AA - MM/AA)

LFC6\_EIC

\_\_\_\_\_

T4.1 Est-ce qu'il/elle occupait cet emploi il y a 1 an, c'est-à-dire JJ/MM/1993 sans aucune interruption de travail depuis ce temps?

LFC6\_41

- 1 Oui (Passez à T6.1)  
2 Non

T5.1 Quand a-t-il(elle) commencé à travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_51M

LFC6\_51D

LFC6\_51Y

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
jj mm aa

T6.1 Est-ce qu'il/elle occupe cet emploi maintenant? (Si en "congé payé" écrivez "Oui".)

LFC6\_61

- 1 Oui (Passez à T8.1)  
2 Non

T7.1 Quand a-t-il(elle) cessé de travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_71M

LFC6\_71D

LFC6\_71Y

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
jj mm aa

T8.1 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a fait d'autre travail quelconque contre rémunération ou en vue d'un bénéfice?

LFC6\_111

- 1 Oui  
2 Non (Passez à T9.1)

## EMPLOI N° 2

T3.2 Pour qui/qui d'autre ... a-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours des 12 derniers mois?

LFC6\_E2C

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T4.2 Est-ce qu'il/elle occupait cet emploi il y a 1 an, c'est-à-dire JJ/MM/AA sans aucune interruption de travail depuis ce temps?

LFC6\_42

- 1 Oui (Passez à T6.2)  
2 Non

T5.2 Quand a-t-il(elle) commencé à travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_52M  
LFC6\_52D  
LFC6\_52Y

jj	mm	aa			

T6.2 Est-ce qu'il/elle occupe cet emploi maintenant?

LFC6\_62

1	Oui	(Passez à T8.2)
2	Non	

T7.2 Quand a-t-il(elle) cessé de travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_72M  
LFC6\_72D  
LFC6\_72Y

jj	mm	aa			

T8.2 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a fait d'autre travail quelconque contre rémunération ou en vue d'un bénéfice?

LFC6.112

1	Oui	
2	Non	(Passez à T9)

### EMPLOI N°3

T3.3 Pour qui/qui d'autre ... a-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours des 12 derniers mois?

LFC6\_E3C

---

---

T4.3 Est-ce qu'il/elle occupait cet emploi il y a 1 an, c'est-à-dire JJ/MM/AA sans aucune interruption de travail depuis ce temps?

LFC6\_43

1	Oui	(Passez à T6.3)
2	Non	

T5.3 Quand a-t-il(elle) commencé à travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_53M  
LFC6\_53D  
LFC6\_53Y

jj	mm	aa			

T6.3 Est-ce qu'il/elle occupe cet emploi maintenant?

LFC6\_63

1	Oui	(Passez à T11.3)
2	Non	

T7.3 Quand a-t-il(elle) cessé de travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFC6\_73M  
LFC6\_73D  
LFC6\_73Y

jj	mm	aa			

T8.3 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a fait d'autre travail quelconque contre rémunération ou en vue d'un bénéfice?

LFC6\_1

- 1 Oui
- 2 Non

T9 Quel était son emploi principal? Rappelez-vous, votre emploi principal est celui avec le plus d'heures travaillées. Si vous ne travaillez pas présentement, votre emploi principal est celui où vous avez travaillé le plus d'heures l'année dernière.

LFC6\_12

Inscrivez le numéro d'emploi de 1 à 6.

Les prochaines questions portent sur votre emploi principal à (nom de l'endroit de travail (T9).

T9.1 Environ combien d'heures par semaine avez/travaillez-vous habituellement à cet emploi?

LFC6\_8n

Heures

T9.2 Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous travaillez/avez travaillé habituellement à cet emploi? (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

LFC6\_9n

- 1 Horaire ou quart normal de jour
- 2 Quart normal de soirée
- 3 Quart normal de nuit
- 4 Quart rotatif (alternance du jour à la soirée et à la nuit)
- 5 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- 6 Quart brisé
- 7 Sur appel
- 8 Horaire irrégulier

T9.3 Est-ce que ... travaille(ait) habituellement les fins de semaine à cet emploi?

LFC6\_10n

- 1 Oui
- 2 Non

T10 Quelle sorte de commerce, service ou industrie est/était-ce?

LFC6\_13C

\_\_\_\_\_

T11 Quel genre de travail faites/faisiez-vous?

LFC6\_14C

\_\_\_\_\_

T12 À ce travail, quelles sont/étaient vos tâches ou activités les plus importantes?

LFC6\_15C

\_\_\_\_\_



T13 Est-ce que vous travaillez principalement pour d'autres personnes à salaire, à traitement ou à commission ou à son compte dans une entreprise, une ferme ou une pratique professionnelle?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Pour d'autres personnes à salaire, à traitement ou à commission
- 2 À son compte dans une entreprise, une ferme ou une pratique professionnelle
- 3 Travailleur familiale non rémunéré

T8.4 Êtes-vous présentement ou avez-vous été sans emploi pour une semaine ou plus à un moment dans les 12 derniers mois?

N/A

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section Administration)

T8.4a Est-ce que cela a duré 4 semaines ou plus?

N/A

- 1 Oui
- 2 Non

T8.4b Combien de semaines au total avez-vous travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice pendant les 12 derniers mois.  
(Incluez les vacances payées et les congés de maladie dans ce total.)

N/A

Nombre de semaines

T14 Pour quelle raison est-ce que vous ne travaillez pas contre rémunération ou en vue d'un bénéfice en ce moment?  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

LFC6\_17B

- 1 Maladie ou incapacité de la personne
- 2 Grossesse
- 3 Soins des propres enfants
- 4 Soins de parent(s) âgé(s)
- 5 Autre obligations personnelles ou familiales
- 6 Études ou congé d'études
- 7 Conflit de travail
- 8 Mise à pied temporaire - travail saisonnier
- 9 temporaire - travail non saisonnier
- 10 Mise à pied permanente
- 11 Retraite
- 12 Congé non payé ou partiellement payé
- 13 Recherche un emploi
- 14 capé/se rétablit après une maladie
- 15 S'est résigné
- 16 Autre (Spécifiez)

---

## Administration

REPLI PAR:

HEURE DE LA FIN : \_\_\_\_\_