









































61. Quel était le lien entre ces personnes et vous?

Personne #\_{\_\_counter}

Conjoint(e)/partenaire

Partenaire de même sexe

Ex-conjoint(e)/ex-partenaire

Fils / Fille

Père / Mère

Frère / Sœur

Petit-fils / Petit-fille

Grand-père / Grand-mère

Gendre (beau-fils) / Bru (belle-fille)

Beau-père / Belle-mère

Beau-frère / Belle-sœur

Neveu / Nièce

Oncle / Tante

Cousin(e)

Ami(e) proche

Voisin(e)

Collègue

Autre

Précisez quel était le lien entre Personne #\_{\_\_counter} et vous.

62. Diriez-vous que, sans compter l'aide professionnelle, ces personnes vous considéraient comme leur principal aidant?

Le principal aidant est la personne de qui il ou elle a reçu le plus de temps et de ressources.

Personne #\_{\_\_counter}

Oui

Non

63. Est-ce que ces personnes ont également reçu de l'aide professionnelle?

Personne #\_{\_\_counter}

Oui

Non

## Soins de fin de vie

Nous aimerions vous poser des questions au sujet des **soins de fin de vie** que vous auriez pu fournir à un membre de la famille, à un ami ou à un voisin.

64a. Avez-vous déjà fourni des soins de fin de vie?

Par soins de fin de vie, nous voulons dire les soins prodigués à une personne mourante.

**Exclure** : l'aide rémunérée fournie à des clients ou à des patients ou le bénévolat au nom d'un organisme.

Oui

Non

64b. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fourni des soins de fin de vie?

Oui

Non

## Présentement en train de fournir des soins de fin de vie

65. Fournissez-vous présentement des soins de fin de vie?

Si vous avez prodigué des soins de fin de vie plus d'une fois, répondez pour l'épisode **le plus récent**.

Oui

Non

66. Fournissez/Fournissiez-vous ces soins dans votre résidence?

«La résidence» pourrait inclure aussi la résidence du bénéficiaire des soins de fin de vie.

Oui

Non

## Répondant préfère fournir des soins de fin de vie dans sa résidence

67. Préféreriez-vous/Auriez-vous préféré fournir des soins de fin de vie dans votre résidence?

«La résidence» pourrait inclure aussi la résidence du bénéficiaire des soins de fin de vie.

Oui

Non

## Conditions requises pour donner des soins de fin de vie chez le répondant

68. Quelles conditions vous permettraient/auraient permis de fournir ces soins de fin de vie à cette personne dans votre résidence?

(a) l'aménagement de votre maison

Oui

Non

(b) de l'aide financière pour couvrir les coûts supplémentaires

Oui

Non

(c) un congé sans perte de salaire

Oui

Non

(d) une meilleure santé physique ou plus d'endurance

Oui

Non

(e) une formation dans le domaine de la santé

Oui

Non

(f) de l'aide pour les soins à domicile

Oui

Non

(g) une autre mesure

Oui

Non

Veillez spécifier cette autre mesure :

## Congé de compassion – au cours de la vie

69. Avez-vous pris un **congé de compassion** pour prendre soin d'un membre de la famille ou d'un ami en phase terminale?

Un congé maximal de huit semaines peut être pris par une personne qui s'absente du travail pour prendre soin d'un membre de sa famille ou d'un ami gravement malade et qui risque de mourir dans un délai de 26 semaines. Certains travailleurs peuvent avoir droit à des prestations de soignant en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Oui, au cours des 12 derniers mois

Oui, il y a plus de 12 mois

Non

## Incidence de donner des soins – 12 derniers mois

Maintenant, nous aimerions savoir dans quelle mesure toutes vos responsabilités d'aidant(e) ont pu avoir une incidence sur votre vie au cours des 12 derniers mois.

70. Dans quelle mesure arrivez-vous à faire face à vos responsabilités d'aidant(e)?

- très bien
- généralement bien
- pas très bien
- pas bien du tout

71. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) vous ont obligé(e) à faire les choses suivantes?

(a) à réduire le temps passé avec votre conjoint(e) ou partenaire

- Oui
- Non

(b) à réduire le temps passé avec vos enfants

- Oui
- Non

(c) à réduire le temps passé avec d'autres/des membres de votre famille

- Oui
- Non

(d) à réduire le temps passé avec vos amis

- Oui
- Non

(e) à réduire le temps consacré à vos activités sociales ou à vos passe-temps

- Oui
- Non

(f) à réduire le temps consacré à vous détendre ou à prendre soin de vous-même

- Oui
- Non

(g) à réduire le temps consacré à faire du bénévolat pour un organisme

- Oui
- Non

(h) à réduire le temps consacré aux activités d'un parti politique, de groupes sociaux ou culturels

- Oui
- Non

(i) à changer ou à annuler vos projets de vacances

- Oui
- Non

(j) à ne plus faire de projets de vacances

- Oui
- Non

(k) à déménager

- Oui
- Non

72. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) vous ont créé des tensions dans vos relations avec les membres de votre famille ou vos amis?

- Oui
- Non

73. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) ont eu une incidence sur la quantité d'activité physique que vous faites habituellement?

Inclure différents types d'activités physiques tels que la marche, le jogging, les sports, les séances d'entraînement au gymnase, etc.

- Oui
- Non
- Ne fais pas d'exercice

74. Est-ce que la quantité d'activité physique que vous faites a augmenté ou diminué?

- A augmenté
- A diminué

75. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé vos habitudes alimentaires en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

- Oui
- Non

76. Vos habitudes alimentaires sont-elles devenues plus saines ou moins saines?

Une alimentation saine comprend une variété d'aliments comme les légumes et les fruits, les céréales, le lait et ses substituts, les viandes et substituts, tout en limitant les quantités de matières grasses, le sucre ou le sel.

- Plus saines
- Moins saines

77. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre consommation d'alcool a changé en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

- Oui
- Non
- Ne consomme pas d'alcool

78. Avez-vous fait l'une des choses suivantes?

- Augmenter votre consommation d'alcool
- diminuer votre consommation d'alcool
- cesser de consommer de l'alcool
- commencer à consommer de l'alcool

79. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre consommation de cigarettes a changé, en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

- Oui
- Non
- Ne fume pas

80. Avez-vous fait l'une des choses suivantes?

- Augmenter le nombre de cigarettes que vous fumez
- diminuer le nombre de cigarettes que vous fumez
- cesser de fumer
- commencer à fumer

81. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) ont eu une incidence sur votre état de santé global?

L'état de santé global signifie la santé physique ainsi qu'émotionnelle.

Oui

Non

82. À quel point vos responsabilités d'aidant(e) étaient-elles **physiquement ardues**?

Ardu est défini comme exigeant, fatigant, pénible, dur ou difficile.

très ardues

ardues

quelque peu ardues

pas du tout ardues

83. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un professionnel de la santé pour **vos propres problèmes** de santé causés par vos responsabilités d'aidant(e)?

Un professionnel de la santé peut inclure un médecin, une infirmière, un psychologue, un physiothérapeute, un médecin spécialisé en médecine sportive, un chiropraticien, un naturopathe ou autres spécialistes soignant le corps et l'esprit.

Jamais

Une fois

2 à 3 fois

4 fois et plus

84. Est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) vous ont empêché(e) de voir un professionnel de la santé pour vos propres problèmes de santé?

Oui

Non

Pour information seulement



85. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des blessures en exécutant vos tâches d'aidant(e)?  
Oui  
Non
86. Avez-vous subi une ou plusieurs blessures?  
Une blessure  
Plus d'une blessure
87. Veuillez indiquer si, en raison de votre plus grave blessure, vous avez dû faire l'une des choses suivantes?
- (a) limiter vos activités quotidiennes pendant au moins une journée  
Oui  
Non
- (b) consulter un professionnel de la santé  
Oui  
Non
- (c) vous dégager de vos responsabilités d'aidant(e)  
Oui  
Non
- (d) vous absenter de votre emploi ou de votre entreprise  
Oui  
Non
88. Croyez-vous que vous avez eu le choix d'assumer les responsabilités d'aidant(e) au cours des 12 derniers mois?  
Oui  
Non
89. Est-ce que la relation entre vous et la personne ou les personnes que vous avez aidée(s) s'est renforcée?  
Oui  
Non  
Est demeurée la même
90. Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure vos responsabilités d'aidant(e) ont-elles été gratifiantes?  
très gratifiantes  
gratifiantes  
quelque peu gratifiantes  
pas du tout gratifiantes
91. Au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure ces responsabilités étaient-elles stressantes?  
très stressantes  
stressantes  
quelque peu stressantes  
pas du tout stressantes

## Situations de stress – liées au fait d'aider

92. Spécifiez ce que vous avez trouvé stressant à propos de vos responsabilités d'aidant(e).

## Les responsabilités d'aidant et votre santé – 12 derniers mois

93. Au cours des 12 derniers mois, vos responsabilités d'aidant(e) vous ont-elles causé l'une ou l'autre des situations suivantes?

(a) vous être senti(e) fatigué(e)

Oui

Non

(b) vous être senti(e) inquiet/inquiète ou angoissé(e)

Oui

Non

(c) vous être senti(e) débordé(e)

Oui

Non

(d) vous être senti(e) seul(e) ou isolé(e)

Oui

Non

(e) vous être senti(e) colérique ou irritable

Oui

Non

(f) vous être senti(e) mécontent(e)

Oui

Non

(g) vous être senti(e) déprimé(e)

Oui

Non

(h) avoir éprouvé une perte d'appétit

Oui

Non

(i) avoir éprouvé des problèmes de sommeil

Oui

Non

(j) avoir éprouvé d'autres symptômes

Oui

Non

Spécifiez quels étaient ces autres symptômes

## Méthodes utilisées pour composer avec les responsabilités d'aidant(e)

94. Il existe différentes façons de composer avec des situations difficiles. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours à des moyens précis pour vous aider à faire face à vos responsabilités d'aidant(e)?

Oui

Non

Spécifiez quels moyens vous avez utilisés pour composer avec les situations difficiles

95. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments d'ordonnance pour vous aider à faire face à vos responsabilités d'aidant(e)?

Oui

Non

## Incidence de donner des soins – 12 derniers mois

Les prochaines questions portent sur les dépenses non remboursées que vous auriez pu faire, au cours des 12 derniers mois, en raison de toutes vos responsabilités d'aidant(e). Cette section porte sur tous les bénéficiaires de soins que vous avez aidés au cours des 12 derniers mois.

96. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assumé les dépenses suivantes?  
Nous parlons des dépenses pour lesquelles vous n'avez pas été remboursées.

(a) des modifications au logement afin d'accommoder les besoins de votre/vos bénéficiaire(s) de soins

Ceci inclut les dépenses pour modifier votre logement ou celui du bénéficiaire de soins.

Oui

Non

(b) des services professionnels ou de la réadaptation pour votre/vos bénéficiaire(s) de soins

Les services peuvent inclure, notamment, ceux offerts par une infirmière, un médecin, un dentiste, un médecin spécialiste, un physiothérapeute, un chiropraticien, un diététiste, un psychologue, un ergothérapeute ou un travailleur social, etc.

Oui

Non

(c) l'embauche de personnes afin d'aider dans les activités quotidiennes de votre/vos bénéficiaire(s) de soins

Ces activités peuvent inclure la préparation des repas, les tâches ménagères quotidiennes, les gros travaux ménagers, le paiement des factures, le magasinage, s'occuper des activités bancaires ou financières, les soins personnels comme prendre un bain, la supervision d'activités, l'aide à la communication, à l'apprentissage ou à la socialisation, etc.

Oui

Non

(d) le transport, les déplacements ou de l'hébergement en raison de vos responsabilités d'aidant(e)

Cela peut inclure le coût de l'essence, le stationnement, l'hébergement et les repas, le transport en commun adapté, un véhicule spécialisé, les dispositifs spéciaux dans votre voiture, les déplacements pour les rendez-vous médicaux et pour d'autres raisons liées à la prestation de soins.

Oui

Non

- (e) obtenir des appareils ou de l'équipement spécialisé pour votre/vos bénéficiaire(s) de soins  
Cela peut inclure les fauteuils roulants, les appareils de levage, les amplificateurs de voix, l'aide à l'audition, les ordinateurs ou systèmes de reconnaissance vocale, les fournitures pour stomisés, les appareils respiratoires ou tout autre dispositif nécessaire en raison de l'incapacité ou du problème de santé.  
Oui  
Non
- (f) obtenir des médicaments sans ordonnance ou sur ordonnance pour votre/vos bénéficiaire(s) de soins  
Oui  
Non
- (g) d'autres genres de dépenses  
Cela peut inclure les frais juridiques ou comptables ainsi que pour les services de consultation ou les soins de relève pour le fournisseur de soins ou toute autre chose.  
Oui  
Non  
Spécifiez quelles étaient ces dépenses.

### Meilleure estimation des dépenses

97. Parmi les catégories suivantes laquelle correspond aux dépenses effectuées?

- (a) pour des modifications au logement afin d'accommoder les besoins de votre bénéficiaire de soins  
moins de 200 \$  
200 \$ à moins de 500 \$  
500 \$ à moins de 1 000 \$  
1 000 \$ à moins de 2 000 \$  
2 000 \$ à moins de 5 000 \$  
5 000 \$ et plus
- (b) pour des services professionnels ou de la réadaptation pour votre bénéficiaire de soins  
moins de 200 \$  
200 \$ à moins de 500 \$  
500 \$ à moins de 1 000 \$  
1 000 \$ à moins de 2 000 \$  
2 000 \$ à moins de 5 000 \$  
5 000 \$ et plus
- (c) pour l'embauche de personnes afin d'aider dans les activités quotidiennes de votre bénéficiaire de soins  
moins de 200 \$  
200 \$ à moins de 500 \$  
500 \$ à moins de 1 000 \$  
1 000 \$ à moins de 2 000 \$  
2 000 \$ à moins de 5 000 \$  
5 000 \$ et plus
- (d) pour le transport, les déplacements ou de l'hébergement en raison de vos responsabilités d'aidant(e)  
moins de 200 \$  
200 \$ à moins de 500 \$  
500 \$ à moins de 1 000 \$  
1 000 \$ à moins de 2 000 \$  
2 000 \$ à moins de 5 000 \$  
5 000 \$ et plus

- (e) pour obtenir des appareils ou de l'équipement spécialisé pour votre bénéficiaire de soins
- moins de 200 \$
  - 200 \$ à moins de 500 \$
  - 500 \$ à moins de 1 000 \$
  - 1 000 \$ à moins de 2 000 \$
  - 2 000 \$ à moins de 5 000 \$
  - 5 000 \$ et plus

- (f) pour obtenir des médicaments sans ordonnance ou sur ordonnance pour votre bénéficiaire de soins
- moins de 200 \$
  - 200 \$ à moins de 500 \$
  - 500 \$ à moins de 1 000 \$
  - 1 000 \$ à moins de 2 000 \$
  - 2 000 \$ à moins de 5 000 \$
  - 5 000 \$ et plus

- (g) d'autres genres de dépenses liées à vos responsabilités d'aidant(e)
- moins de 200 \$
  - 200 \$ à moins de 500 \$
  - 500 \$ à moins de 1 000 \$
  - 1 000 \$ à moins de 2 000 \$
  - 2 000 \$ à moins de 5 000 \$
  - 5 000 \$ et plus

98. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous éprouvé des difficultés financières en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

- Oui
- Non

99. Au cours des 12 derniers mois, et en raison de vos responsabilités d'aidant(e), avez-vous dû faire l'une des choses suivantes?

(a) emprunter de l'argent de votre famille ou vos amis

- Oui
- Non

(b) emprunter d'une banque ou d'une institution financière

- Oui
- Non

(c) utiliser ou reporter vos épargnes

- Oui
- Non

(d) changer vos habitudes de dépenses

- Oui
- Non

(e) liquider vos actifs

- Oui
- Non

(f) déclarer faillite

- Oui
- Non

(g) autre chose

Oui

Non

Veillez spécifier l'autre chose que vous avez dû faire.

### Incidence de donner des soins sur l'éducation – 12 derniers mois

100. Êtes-vous actuellement aux études?

Oui

Non

101. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reporté votre inscription à un programme d'enseignement ou de formation professionnelle en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

Oui

Non

102. Est-ce que vous avez reporté ce projet?

Indéfiniment

À la prochaine date de début de cours

À une autre date

103. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) ont eu une incidence sur vos études?

Oui

Non

### Incidence de donner des soins sur l'emploi - 12 derniers mois

Les prochaines questions portent sur l'incidence qu'a eu le fait d'apporter des soins sur votre emploi **au cours des 12 derniers mois**.

105. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous arrivé(e) en retard au travail, avez-vous quitté tôt ou vous êtes-vous absenté(e) pendant la journée en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

106. Pendant vos absences, étiez-vous rémunéré(e)?

Oui

Non

Rémunéré(e) en partie

107. Avez-vous réduit le nombre d'heures **habituelles** de travail par semaine en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

Oui

Non

108. Combien d'heures de moins par semaine travailliez-vous en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

109. En réduisant vos heures de travail, avez-vous perdu une partie ou la totalité de vos avantages sociaux?

Oui – Une partie

Oui – La totalité

Non

110. Quels avantages avez-vous perdus?

(a) votre assurance-maladie complémentaire

Oui

Non

(b) votre assurance de soins dentaires

Oui

Non

(c) votre régime de retraite de l'employeur

Oui

Non

(d) votre assurance-vie

Oui

Non

(e) votre assurance-médicaments

Oui

Non

(f) un autre type d'avantage

Oui

Non

Spécifiez l'autre type d'avantage que vous avez perdu.

111. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris un ou plusieurs jours de congé en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

112. Combien de temps a duré votre congé le plus long?

Fournir la réponse en jour(s), en semaine(s) ou en mois

<<< Sélectionnez >>>

Jour(s)

Semaine(s)

Mois

113. Étiez-vous rémunéré(e) ou non durant ce congé?

Rémunéré(e)

Non rémunéré(e)

Rémunéré(e) en partie

114. Quel était votre revenu annuel avant impôt à cet emploi?

115. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous quitté votre emploi ou fermé votre entreprise en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

Oui

Non

116. Après avoir quitté cet emploi, pendant combien de temps êtes-vous demeuré(e) sans emploi?

Fournir la réponse en semaine(s) ou en mois

<<< Sélectionnez >>>

Semaine(s)

Mois

117. Quelles circonstances auraient pu vous permettre de continuer à travailler et à fournir de l'aide ou des soins en même temps?
118. Quel était votre revenu annuel avant impôt à cet emploi?
119. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on congédié(e), licencié(e) ou demandé(e) de démissionner de votre emploi en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?  
Oui  
Non
120. Pendant combien de temps êtes-vous demeuré(e) sans emploi?  
Fournir la réponse en semaine(s) ou en mois  
<<< Sélectionnez >>>  
Semaine(s)  
Mois
121. Quel était votre revenu annuel avant impôt à cet emploi?
122. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous refusé une offre d'emploi ou une promotion ou décidé de ne pas postuler à un emploi en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?  
Oui  
Non
123. Avez-vous accepté un emploi moins exigeant en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?  
Oui  
Non
124. Cet emploi moins exigeant était-il moins bien rémunéré ou mieux rémunéré que votre emploi précédent?  
Moins rémunéré  
Mieux rémunéré  
Même rémunération
125. Cet emploi, offrait-il **moins ou plus** d'avantages que votre emploi précédent?  
Moins d'avantages  
Plus d'avantages  
Les mêmes avantages

### Intérêt pour un employé

126. Est-ce que vos responsabilités d'aidant(e) vous empêchent d'occuper un emploi rémunéré?  
Oui  
Non
127. Est-ce que vous souhaitez trouver un emploi rémunéré?  
Oui  
Non
128. Aimeriez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel?  
Temps plein  
Temps partiel
129. Qu'est-ce qui vous permettrait d'occuper un emploi rémunéré?



## Incidence de donner des soins sur l'emploi avant la période des 12 derniers mois

Les prochaines questions portent sur l'incidence qu'a eue le fait de donner des soins sur votre emploi au cours des années **antérieures aux 12 derniers mois**.

- 130a. En excluant les 12 derniers mois, avez-vous déjà travaillé à un emploi rémunéré ou à votre compte et en même temps fourni des soins?  
Oui  
Non
- 130b. En excluant les 12 derniers mois, avez-vous réduit le nombre d'heures **habituelles** de travail par semaine en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?  
Oui  
Non
132. Est-ce que cette réduction de vos heures travaillées a entraîné la perte d'une partie ou de la totalité de vos avantages sociaux?  
Oui – une partie  
Oui – la totalité  
Non
133. En excluant les 12 derniers mois, est-ce que vous avez pris congé en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?  
Inclus n'importe quel type de congé payé ou non.  
Oui  
Non
134. Quelle a été la durée de votre congé le plus long?  
Fournir la réponse en jour(s), semaine(s), mois ou année(s)  
<<< Sélectionnez >>>  
Jour(s)  
Semaine(s)  
Mois  
Année(s)
135. Étiez-vous rémunéré(e) ou non durant ce congé?  
Rémunéré(e)  
Non rémunéré(e)  
Rémunéré(e) en partie
136. Quel était votre revenu annuel avant impôt à cet emploi?
137. En excluant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dû quitter un emploi ou fermer une entreprise en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?
138. Quelles circonstances auraient pu vous permettre de continuer à travailler et à fournir de l'aide ou des soins en même temps?
139. Excluant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été congédié(e) ou invité(e) à démissionner de votre emploi en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?
140. Excluant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous refusé une offre d'emploi ou une promotion ou décidé de ne pas postuler à un emploi en raison de vos responsabilités d'aidant(e)?

## Incidence de donner des soins sur l'emploi - planification de la retraite

141. Avez-vous déjà pris votre retraite d'un emploi ou de votre propre entreprise?  
Oui  
Non
143. Vos responsabilités d'aidant(e) ont-elles eu/auront-elles une incidence sur le moment où vous avez pris/prendrez votre retraite?  
Oui  
Non
144. Avez-vous pris/ Prendrez-vous votre retraite plus tôt ou plus tard que prévu?  
Plus tôt  
Plus tard  
Ni plus tôt ni plus tard
145. De combien de temps plus tôt/plus tard?  
Fournir la réponse en mois ou en année(s)  
<<< Sélectionnez >>>  
Mois  
Année(s)
146. Quel était votre revenu annuel avant impôt du dernier emploi au moment de votre retraite?

## Emploi - 12 derniers mois

147. Pendant combien de semaines étiez-vous un(e) employé(e) au cours des 12 derniers mois?  
Inclure les vacances, les congés de maladie payés, les grèves, les lock-outs, les congés de maternité/paternité ou parentaux.
148. Étiez-vous surtout :  
travailleur(se) rémunéré(e)  
travailleur(se) autonome  
travailleur(se) familial(e) non rémunéré(e)
149. Pour qui avez-vous travaillé le plus longtemps au cours des 12 derniers mois?
150. De quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service s'agit/agissait-il?
151. Quel genre de travail faites/faisiez-vous?
152. Quelles sont/étaient vos activités ou fonctions les plus importantes?
153. Travaillez-vous toujours pour cet employeur/cette entreprise?  
Oui  
Non
154. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos conditions d'emploi dans ce poste?  
Un(e) employé(e) permanent(e) (sans date de cessation prévue ou fixée par contrat)  
Un(e) employé(e) saisonnier(ère) (emploi intermittent selon la saison)  
Un(e) employé(e) nommé(e) pour une période déterminée (la période d'emploi a une date de cessation déterminée)  
Un(e) employé(e) occasionnel(le) ou sur demande
155. Êtes/Étiez-vous syndiqué(e) ou couvert(e) par une convention collective dans le cadre de cet emploi?  
Oui  
Non

156. La semaine dernière, aviez-vous plus d'un emploi rémunéré?

- Oui
- Non

157. Combien d'heures travaillez/travaillez-vous habituellement par semaine à votre emploi?

158. Combien d'heures travaillez/travaillez-vous habituellement par semaine à ces emplois?

(a) emploi principal

(b) autres emplois

**Total**

159. Pourquoi travaillez/travaillez-vous habituellement moins de 30 heures par semaine?

Sélectionnez toutes les réponses applicables

- Maladie ou incapacité
- Prendre soin des enfants
- Prendre soin d'une personne adulte
- Autres obligations personnelles ou familiales
- Aux études
- J'ai trouvé du travail à temps partiel seulement
- Je ne voulais pas travailler à temps plein
- Exigence de l'emploi
- Travail à temps plein défini à moins de 30 heures
- Autre raison de travailler moins de 30 heures par semaine – Spécifiez :
- Spécifiez l'autre raison de travailler moins de 30 heures par semaine.

160. Combien de jours par semaine travaillez/travaillez habituellement (incluant tous les emplois)?

161. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail habituel à votre emploi (principal)?
- Un horaire ou quart normal de jour
  - Un quart normal de soir
  - Un quart normal de nuit
  - Un quart rotatif (alternant périodiquement de jour et de soir ou de nuit)
  - Des heures brisées (horaire de travail quotidien divisé en au moins deux périodes distinctes)
  - Un horaire de travail comprimé
  - Sur demande (« sur appel ») ou occasionnel
  - Un horaire irrégulier
  - Autre
- Spécifiez votre horaire de travail habituel :
162. Sans compter les heures supplémentaires, avez/aviez-vous l'habitude d'effectuer une partie de votre travail rémunéré à la maison?
- Oui
  - Non
  - Ne s'applique pas
163. Combien d'heures de travail rémunéré par semaine faites/faisiez-vous habituellement à la maison?
164. Quelle est la principale raison pour laquelle vous travaillez/travailliez à la maison?
- Soin des enfants
  - Soin d'autres membres de la famille
  - Autres obligations personnelles ou familiales
  - Exigences du travail, n'a pas le choix
  - La maison est mon lieu habituel de travail
  - Meilleures conditions de travail
  - Économie de temps, d'argent
  - Habite trop loin du travail pour faire la navette
  - Autre
- Spécifiez l'autre raison de travailler à la maison :
165. Avez-vous un horaire flexible qui vous permet de choisir l'heure à laquelle débute et se termine votre journée de travail?
- Oui
  - Non

166. Est-ce que votre employeur vous offre les possibilités suivantes?

(a) travailler à temps partiel

Oui

Non

(b) prendre un congé, payé ou non, pour prendre soin de votre ou vos enfant(s)

Oui

Non

(c) prendre un congé, payé ou non, pour prendre soin de votre conjoint(e), partenaire ou d'autres membres de la famille

Oui

Non

(d) prendre un congé prolongé **non payé** pour des raisons personnelles

Oui

Non

(e) faire du télétravail

Oui

Non

167. Pensez-vous que vous pourriez profiter d'une flexibilité des horaires de travail sans qu'il y ait un impact négatif sur votre carrière?

Oui

Non

### Équilibre travail-vie – 12 derniers mois

168. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous trouvé difficile de faire les choses suivantes?

(a) vous acquitter de vos responsabilités familiales à cause du temps que vous consacrez à votre travail

Tout le temps

La plupart du temps

Parfois

Jamais

(b) vous concentrer au travail à cause de vos obligations familiales

Tout le temps

La plupart du temps

Parfois

Jamais

169. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de l'équilibre actuel entre votre emploi et votre vie à la maison?

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)

Insatisfait(e)

Très insatisfait(e)

170. Pourquoi êtes-vous insatisfait(e)?

## Logement

Les questions suivantes concernent les caractéristiques de votre logement.

171. Dans quel genre de logement habitez-vous actuellement?
- Une maison individuelle (unifamiliale)
  - Une maison jumelée ou une maison double (côte à côte)
  - Une maison en rangée
  - Un duplex (deux logements superposés)
  - Un appartement dans un immeuble de moins de 5 étages
  - Un appartement dans un immeuble de 5 étages ou plus
  - Une maison mobile ou une roulotte
  - Autre
- Spécifiez l'autre genre de logement :
172. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage êtes propriétaire (ou en train de le payer) ou locataire (même si aucun loyer en argent n'est versé) de ce logement?
- Propriétaire
  - Locataire
173. Y a-t-il une hypothèque sur ce logement?
- Oui
  - Non
174. Depuis combien de temps vivez-vous dans :
- (a) cette résidence?
- Moins de 6 mois
  - 6 mois à moins d'un an
  - 1 an à moins de 3 ans
  - 3 ans à moins de 5 ans
  - 5 ans à moins de 10 ans
  - 10 ans et plus
- (b) ce voisinage?
- Moins de 6 mois
  - 6 mois à moins d'un an
  - 1 an à moins de 3 ans
  - 3 ans à moins de 5 ans
  - 5 ans à moins de 10 ans
  - 10 ans et plus
- (c) cette ville ou cette communauté locale?
- Moins de 6 mois
  - 6 mois à moins d'un an
  - 1 an à moins de 3 ans
  - 3 ans à moins de 5 ans
  - 5 ans à moins de 10 ans
  - 10 ans et plus
175. Diriez-vous que vous connaissez :
- La plupart des résidants de votre quartier
  - De nombreux résidants de votre quartier
  - Quelques résidants de votre quartier
  - Aucun résidant de votre quartier
176. Diriez-vous que ce voisinage est un endroit où les voisins s'entraident?
- Oui
  - Non

177. Au cours du dernier mois, avez-vous rendu service à un(e) voisin(e)?

Oui

Non

Viens tout juste de déménager dans le quartier

178. Au cours du dernier mois, est-ce qu'un de vos voisins vous a rendu un service?

Oui

Non

Viens tout juste de déménager dans le quartier

179. Est-ce qu'il y a du transport en commun dans votre quartier (p. ex. autobus, transport urbain rapide ou métro)?

Oui

Non

Les prochaines questions portent sur la façon dont votre logement peut être accessible à une personne en fauteuil roulant.

180. Est-ce que votre logement possède :

(a) une entrée donnant sur la rue, sans escalier

Oui

Non

(b) une rampe d'accès à l'entrée

Oui

Non

(c) des portes assez larges afin de donner accès aux personnes en fauteuil roulant

Oui

Non

(d) un comptoir de cuisine ou de salle de bain adapté

Oui

Non

(e) des barres d'appui dans la salle de bain

Oui

Non

(f) des portes faciles à ouvrir (incluant des poignées à levier)

Oui

Non

(g) un ascenseur ou plate-forme élévatrice

Oui

Non

181. Connaissez-vous les programmes gouvernementaux qui offrent des subventions aux propriétaires de maisons ou d'édifices à logement afin d'effectuer certaines modifications permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite?

Oui

Non

## État de santé et bien-être

Les questions suivantes portent sur votre état de santé au quotidien.

182. En général, diriez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

183. En général, diriez-vous que votre santé mentale est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

184. En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

185. Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique d'intensité modérée ou élevée soit pour le loisir, le travail, les travaux ménagers ou pour les déplacements?

186. À peu près combien de temps en avez-vous fait à chaque fois?

- Moins de 15 minutes
- 16 à 30 minutes
- 31 à 60 minutes
- Plus d'une heure

187. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « Très insatisfait(e) » et 10 « Très satisfait(e) », quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général?

<<< Sélectionnez >>>

0 – Très insatisfait(e)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 – Très satisfait(e)



188. En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart des jours sont :

- pas du tout stressants
- pas très stressants
- un peu stressants
- assez stressants
- extrêmement stressants

189. Avez-vous régulièrement des problèmes à vous endormir ou à rester endormi?

- Oui
- Non

190. Prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir?

- Oui
- Non

191. Pour chacune des six questions suivantes, veuillez indiquer si l'énoncé décrit vos sentiments. Les catégories sont : oui, plus ou moins, ou non.

(a) Je ressens une sensation générale de vide.

- Oui
- Plus ou moins
- Non

(b) Il y a beaucoup de gens sur qui je peux compter en cas de problèmes.

- Oui
- Plus ou moins
- Non

(c) Il y a beaucoup de gens en qui j'ai parfaitement confiance.

- Oui
- Plus ou moins
- Non

(d) Il y a suffisamment de gens dont je me sens proche.

- Oui
- Plus ou moins
- Non

(e) La présence des autres me manque.

- Oui
- Plus ou moins
- Non

(f) Je me sens souvent rejeté(e).

- Oui
- Plus ou moins
- Non

Les questions suivantes portent sur vos capacités au quotidien.

**192. Habituellement :**

- (a) voyez-vous assez bien pour lire le journal **sans** lunettes ou verres de contact?  
Oui  
Non
- (b) pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes **sans** vous servir d'une prothèse auditive?  
Oui  
Non
- (c) êtes-vous **parfaitement** compris(e) lorsque vous parlez dans votre langue à des inconnus?  
Oui  
Non
- (d) pouvez-vous marcher dans le quartier **sans** difficulté et **sans** vous servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?  
Oui  
Non
- (e) pouvez-vous saisir et manipuler de petits objets, comme un crayon ou des ciseaux?  
Oui  
Non

**Vision**

Les prochaines questions sont posées parce que vous avez indiqué que vous n'étiez pas capable de voir suffisamment bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact.

193. **Habituellement**, voyez-vous assez bien pour lire le journal **avec** des lunettes ou des verres de contact?  
Oui  
Non
194. Pouvez-vous voir quoi que ce soit?  
Oui  
Non
195. Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue **sans** lunettes ou verres de contact?  
Oui  
Non
196. **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?  
Oui  
Non

## Ouïe

Les prochaines questions sont posées parce que vous avez indiqué que vous n'étiez pas capable de suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes sans prothèse auditive.

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

- Oui
- Non

198. Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

## Élocution

Les prochaines questions sont posées parce que vous avez indiqué que vous n'étiez pas complètement compris(e) lorsque vous parliez à des inconnus dans votre langue.

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

## Mobilité

Les prochaines questions sont posées parce que vous avez indiqué que vous ne pouviez pas marcher sans difficulté dans le quartier ou sans l'aide d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles.

204. Pouvez-vous marcher?

- Oui
- Non

205. Avez-vous besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?

- Oui
- Non

206. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?

- Oui
- Non

207. Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer?

- Oui
- Non

208. À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

209. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour vous déplacer en fauteuil roulant?

- Oui
- Non

## Dextérité

Les prochaines questions sont posées parce que vous avez indiqué que vous ne pouviez pas saisir ou manipuler de petits objets comme un crayon ou des ciseaux.

210. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne en raison d'un usage limité de vos mains ou de vos doigts?

- Oui
- Non

211. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :

- certaines tâches
- la plupart des tâches
- presque toutes les tâches
- toutes les tâches

212. En raison d'un usage limité de vos mains ou de vos doigts, avez-vous besoin d'équipements spéciaux, comme d'un appareil pour vous aider à vous habiller?

- Oui
- Non

## État de santé et bien-être

213. Vous décririez-vous comme étant **habituellement** :
- heureux(se) et intéressé(e) à la vie
  - plutôt heureux(se)
  - plutôt malheureux(se)
  - malheureux(se) et peu intéressé(e) à la vie
  - si malheureux(se) que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
214. Comment décririez-vous votre capacité **habituelle** à vous souvenir des choses?
- capable de vous souvenir de la plupart des choses
  - plutôt porté(e) à oublier des choses
  - très porté(e) à oublier des choses
  - incapable de vous rappeler de quoi que ce soit
215. Comment décririez-vous votre capacité **habituelle** à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?
- êtes capable de penser clairement et de régler des problèmes
  - éprouvez un peu de difficulté
  - éprouvez une certaine difficulté
  - éprouvez beaucoup de difficulté
  - êtes incapable de penser ou de régler des problèmes
216. **Habituellement**, êtes-vous sans douleurs ou malaises?
- Oui
  - Non
217. Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez **habituellement**?
- Faible
  - Moyenne
  - Forte
218. Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?
- Aucune
  - Quelques-unes
  - Plusieurs
  - La plupart
219. Avez-vous un problème de santé de longue durée, ou une incapacité physique ou mentale?
- Non
  - Oui – spécifiez :
  - Oui – spécifiez :

## Information générale

Maintenant, nous aimerions vous poser quelques questions d'ordre général.

220. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

«« Sélectionnez »»

Canada

Autre

Autre pays – précisez :

221. Dans quelle province ou quel territoire?

«« Sélectionnez »»

Terre-Neuve-et-Labrador

Île-du-Prince-Édouard

Nouvelle-Écosse

Nouveau-Brunswick

Québec

Ontario

Manitoba

Saskatchewan

Alberta

Colombie-Britannique

Yukon

Territoires du Nord-Ouest

Nunavut

222. En quelle année êtes-vous venu(e) vivre au Canada pour la première fois?

223. Êtes-vous ou avez-vous déjà été un(e) immigrant(e) reçu(e) au Canada?

Oui

Non

224. En quelle année êtes-vous devenu(e) un(e) immigrant(e) reçu(e) au Canada pour la première fois?

225. Quelles étaient les origines ethniques ou culturelles de vos ancêtres?

Canadien

Anglais

Français

Écossais

Irlandais

Allemand

Italien

Autochtone (Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)

Ukrainien

Chinois

Hollandais (Néerlandais)

Polonais

Asiatique du Sud (Indien de l'Inde, Sri Lankais, Pakistanais, Pendjabi, etc.)

Juif

Portugais

Autre

Spécifiez l'autre origine ethnique ou culturelle.

226. Quelle est votre religion?

227. Sans compter les occasions comme les mariages ou les funérailles, au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé à des activités religieuses ou assisté à des réunions ou à des services religieux?

- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au moins 3 fois par année
- Une ou deux fois par année
- Pas du tout

228. Quelle est l'importance de vos convictions religieuses ou spirituelles sur la façon dont vous vivez votre vie?

- Très importantes
- Assez importantes
- Pas très importantes
- Pas importantes du tout

229. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités religieuses ou spirituelles **sur une base individuelle**?

Ces activités peuvent inclure la prière, la méditation et d'autres formes de cultes, ayant lieu chez vous ou ailleurs.

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au moins 3 fois par année
- Une ou deux fois par année
- Pas du tout

230. Quelle est la première langue que vous avez parlée dans votre enfance?

- Anglais
- Français
- Italien
- Chinois
- Allemand
- Portugais
- Polonais
- Ukrainien
- Espagnol
- Vietnamien
- Grec
- Pendjabi
- Arabe
- Tagalog (Philippin)
- Hongrois

Autre première langue parlée durant l'enfance – Spécifiez :  
Spécifiez l'autre première langue parlée durant l'enfance.

231. Comprenez-vous toujours :

(a) l'anglais

Oui

Non

(b) le français

Oui

Non

(c) l'italien

Oui

Non

(d) le chinois

Oui

Non

(e) l'allemand

Oui

Non

(f) le portugais

Oui

Non

(g) le polonais

Oui

Non

(h) l'ukrainien

Oui

Non

(i) l'espagnol

Oui

Non

(j) le vietnamien

Oui

Non

(k) le grec

Oui

Non

(l) le pendjabi

Oui

Non

(m) l'arabe

Oui

Non

(n) le tagalog (philippin)

Oui

Non



(o) le hongrois

Oui

Non

(p) Autre première langue parlée durant l'enfance

Oui

Non

232a. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

Anglais

Français

Italien

Chinois

Allemand

Portugais

Polonais

Ukrainien

Espagnol

Vietnamien

Grec

Pendjabi

Arabe

Tagalog (Philippin)

Hongrois

Autre langue parlée le plus souvent à la maison – Spécifiez :

Spécifiez l'autre langue parlée le plus souvent à la maison.

232b. Parlez-vous assez bien l'anglais pour soutenir une conversation?

Oui

Non

232c. Parlez-vous assez bien le français pour soutenir une conversation?

Oui

Non

Maintenant, nous aimerions vous poser quelques questions sur le revenu.

233. À combien estimez-vous votre revenu **personnel** total, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours de l'année se terminant le 31 décembre 2011?

234. Pouvez-vous estimer dans lequel des groupes suivants se situe votre revenu **personnel** total pour l'année se terminant le 31 décembre 2011? Était-il :

moins de 5 000 \$

de 5 000 \$ à moins de 10 000 \$

de 10 000 \$ à moins de 15 000 \$

de 15 000 \$ à moins de 20 000 \$

de 20 000 \$ à moins de 30 000 \$

de 30 000 \$ à moins de 40 000 \$

de 40 000 \$ à moins de 50 000 \$

de 50 000 \$ à moins de 60 000 \$

de 60 000 \$ à moins de 70 000 \$

de 70 000 \$ à moins de 80 000 \$

de 80 000 \$ à moins de 90 000 \$

de 90 000 \$ à moins de 100 000 \$

de 100 000 \$ à moins de 150 000 \$

150 000 \$ ou plus