

ENSP

Enquête Promotion Santé

Cycle 1 (1994-1995)

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Statistique Canada

Juin 1994

TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES À L'ENSP.....	1
QUESTIONS D'INFORMATION.....	1
NUTRITION.....	6
USAGE DU TABAC.....	9
PRÉVENTION DES BLESSURES.....	18
ALLAITEMENT.....	21
CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE.....	24
SANTÉ SEXUELLE.....	27
SERVICES DE SANTÉ.....	30
PARTAGE DES DONNÉES.....	37

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES À L'ENSP

QUESTIONS D'INFORMATION

POPULATION INTERVIEW SANS PROCURATION 12 ANS ET PLUS. SI INTERVIEW PAR PROCURATION, PASSEZ À LA FIN; SI ENFANT DE MOINS DE 12 ANS, PASSEZ À LA FIN. ÉCHANTILLON PRINCIPAL SEULEMENT.

- SINFO-I1A **Nous allons maintenant vous poser quelques questions qui proviennent de Santé Canada. L'un des objectifs de Santé Canada consiste à éduquer les Canadiens et les Canadiennes en matière de santé et de soins de santé. Les questions auxquelles vous répondrez dans les sections suivantes permettront à Santé Canada de déterminer l'efficacité de son travail et vous donneront la chance de dire à Santé Canada ce que vous pensez de la santé et des soins de santé.**
- SINFO-I2 **Premièrement, nous aimerions savoir où les gens obtiennent de l'information sur la santé et les services de santé. Beaucoup de personnes obtiennent par exemple de l'information en consultant des médecins, des infirmières, des amis ou des membres de leur famille, en lisant des magazines ou des livres, en écoutant la télévision, en participant à des rencontres de groupes spécialisés ou en suivant des cours.**
- SINFO-Q1 **Quelles sont vos plus importantes sources d'information sur la nutrition?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SINFO-Q1 Médecins ou infirmières
Nutritionniste, spécialiste en diététique
Famille
Ami(e)s
Brochures/Magazines/Livres
TV, radio, journal
Clinique d'amaigrissement
Toute autre source (Précisez)
Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus

SINFO-Q2 **Quelles sont vos plus importantes sources d'information sur les dangers pour la santé que présente l'usage du tabac?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SINFO-Q2 Médecins ou infirmières
Autres professionnels de la santé
Famille
Ami(e)s
Brochures/Magazines/Livres
TV, radio, journal
École
Toute autre source (Précisez)
Précède
Ne sait pas
Refus

SINFO-Q3 **Quelles sont vos plus importantes sources d'information sur l'allaitement maternel et son importance pour la santé des enfants?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SINFO-Q3 Médecins ou infirmières
Sages-femmes, spécialistes en soins prénatals
Famille
Ami(e)s
Brochures/Magazines/Livres
TV, radio, journal
Groupe de soutien d'allaitement maternel
Toute autre source (Précisez)
Rien de qui précède
Ne sait pas
Refus

SINFO-Q4 **Quelles sont vos plus importantes sources d'information sur la consommation d'alcool durant la grossesse?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SINFO-Q4 Médecins ou infirmières
Sages-femmes ou spécialistes en soins prénatals
Famille
Ami(e)s
Brochures/Magazines/Livres
TV, radio, journal
Organismes de lutte contre la toxicomanie
Organismes de service aux familles et aux enfants
Toute autre source (Précisez)
Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus.

SINFO-Q5	Quelles sont vos plus importantes sources d'information pour trouver ou choisir <u>des services de santé</u>? (Par exemple, trouver un nouveau médecin ou choisir une clinique de santé) (Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
SINFO-Q5	Médecins ou infirmières Autres professionnels de la santé Famille Ami(e)s Brochures/Magazines/Livres TV, radio, journal Les jaunes (annuaire téléphonique) Toute autre source (Précisez) Rien de ce qui précède Ne sait pas Refus
SINFO-Q6	Je vais vous lire cinq problèmes de santé qui peuvent des enfants après leur premier anniversaire. Veuillez m'indiquer celui que vous croyez être la <u>principale cause de décès</u>. (Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
SINFO-Q6	Cancer Blessures Fibrose kystique Méningite Maladie cardiaque Ne sait pas Refus
SINFO-Q7A	Avez-vous déjà cherché de l'information sur la façon correctement un siège d'auto pour enfants?
OUI/NON	Oui Non (PASSEZ À SINFO-Q7C)
SINFO-Q7B	Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?
OUI/NON	Oui Non Ne sait pas Refus
SINFO-Q7C	Avez-vous déjà cherché de l'information sur les façons d'enseigner la sécurité routière à un enfant?
OUI/NON	Oui (PASSEZ À SINFO-Q7D) Non (PASSEZ À SINFO-Q7E)

ENSP, Enquête Promotion Santé, Cycle 1 (1994-1995)

SINFO-Q7D	Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus	
SINFO-Q7E	Avez-vous déjà cherché de l'information sur la sécurité à la maison (par exemple, les façons d'éviter les chutes, les brûlures et les empoisonnements)?	
OUINON	Oui Non	(PASSEZ À SINFO-Q7F) (PASSEZ À SINFO-Q7I)
SINFO-Q7F	Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus	
SINFO-Q7I	Avez-vous déjà cherché de l'information sur les façons de traiter un enfant qui s'étouffe?	
OUINON	Oui Non	(PASSEZ À SINFO-Q7J)
SINFO-Q7J	Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus	(PASSEZ À SINFO-Q7K)
SINFO-Q7K	Avez-vous déjà cherché de l'information sur les façons de se baigner en sécurité?	
OUINON	Oui Non	(PASSEZ À SINFO-Q7L)
SINFO-Q7L	Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus	

SINFO-Q7M **Avez-vous déjà cherché de l'information sur la sécurité à bicyclette?**

OUI NON Oui (PASSEZ À SINFO-Q7N)
Non (PASSEZ À SINFO-Q8)

SINFO-Q7N **Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?**

OUI NON Oui
Non
Ne sait pas
Refus

SINFO-Q7Q **Avez-vous déjà cherché de l'information sur les façons d'éviter les blessures sportives?**

OUI NON Oui (PASSEZ À SINFO-Q7R)
Non

SINFO-Q7R **Avez-vous pu trouver suffisamment d'information à ce sujet?**

OUI NON Oui
Non
Ne sait pas
Refus

SINFO-Q8 **Si vous aviez besoin d'information sur les façons de prévenir ou de traiter les blessures subies par les enfants, quelles sont les sources que vous trouveriez utiles parmi les suivantes?**

(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

Brochures d'information présentées à des endroits pratiques
Brochures d'information distribuées dans les écoles
Conseils offerts par des professionnels de la santé
Information sur la sécurité des enfants dans les médias
Bandes vidéo sur la sécurité des enfants offertes dans les bibliothèques publiques et les boutiques de vidéo
Service de renseignements téléphonique offrant de l'information sur la sécurité

Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus

SINFO-STOP

NUTRITION

- SNUTRITION-I1 **Les questions suivantes portent sur les aliments que vous mangez et vos habitudes alimentaires. Dans vos réponses, dites-nous les genres d'aliments que vous mangez, combien de fois vous en mangez et en quelles quantités.**
- SNUTRITION-Q1 **En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont excellentes, très bonnes, bonnes, passables ou médiocres?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SNUTRITION-Q1
Excellentes
Très bonnes
Bonnes
Passables
Médiocres
Ne sait pas
Refus
- SNUTRITION-Q2 **Lesquels des aliments suivants mangez-vous plus maintenant qu'il y a douze mois?**
(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SNUTRITION-Q2
Produits céréaliers (pain, pâtes, riz, céréales)
Légumes et fruits (frais, congelés, en conserve)
Produits laitiers (lait, fromage, yogourt)
Viande, volaille, poisson
Succédanés de viande (fèves séchées, lentilles)
Autres aliments comme des bonbons, croustilles, beurre, thé/café
Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus
- SNUTRITION-Q3 **Les féculents et les fibres sont des sources d'alimentation importantes pour les Canadiens. Est-ce que vous vous demandez si vous consommez suffisamment de féculents et de fibres dans les aliments que vous mangez?**
- OUINON
Oui (PASSEZ À SNUTRITION-Q4C)
Non (PASSEZ À SNUTRITION-Q4C)
- SNUTRITION-Q4 **Faites-vous quelque chose pour augmenter la quantité de féculents et de fibres dans les aliments que vous mangez?**
- OUINON
Oui (PASSEZ À SNUTRITION-Q4C)
Non (PASSEZ À SNUTRITION-Q4C)

- SNUTRITION-Q4A **Faites-vous l'une ou l'autre des choses suivantes?**
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses «OUI».)
- SNUTRITION-Q4A **Manger des légumes ou des fruits à la plupart des repas et des goûters**
Utiliser des succédanés de viande (des fèves séchées, des lentilles)
Manger moins de viande (p. ex. des pâtes, du riz, des légumes)
Manger des produits de grain entier (p. ex. du pain de blé entier, du riz brun, du gruau, des muffins)
Utiliser de la farine de blé entier et du son dans la cuisson
Choisir des aliments riches en fibres alimentaires (des céréales de son, des muffins)
Autre (Précisez)
- SNUTRITION-Q4B **Trouvez-vous qu'il est facile d'augmenter la quantité de féculents et de fibres dans les aliments que vous mangez?**
- OUI NON
Oui
Non
- SNUTRITION-Q4C **Je vais vous lire des énoncés au sujet des féculents et des fibres dans les aliments. Veuillez me dire si chacun de ces énoncés est vrai ou faux.**
(LISEZ LA LISTE. COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES «VRAI».)
- SNUTRITION-Q4C **Les produits céréaliers ne goûtent pas bon.**
Les produits céréaliers coûtent trop cher.
Les produits céréaliers ne sont pas faciles à trouver.
Les produits céréaliers font engraisser.
Vous ne savez pas ce que sont des produits céréaliers.
Rien de ce qui précède
- SNUTRITION-Q5 **Vous préoccupez-vous de la quantité de gras dans les aliments que vous mangez?**
- OUI NON
Oui
Non (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)
Ne sait pas (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)
Refus (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)
- SNUTRITION-Q6 **Prenez-vous des mesures pour réduire la quantité de gras dans les aliments que vous mangez?**
- OUI NON
Oui
Non (Ne fait rien) (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)
Ne sait pas (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)
Refus (PASSEZ À SNUTRITION-Q8)

- SNUTRITION-Q6A **Prenez-vous l'une ou l'autre des mesures suivantes ...**
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses AFFIRMATIVES.)
- SNUTRITION-Q6A **Utiliser moins de beurre, d'huile ou de vinaigrette**
Manger moins de produits laitiers très gras
Manger moins d'aliments frits à la poêle ou dans une friteuse
Manger moins de noix et de graines
Manger moins de friandises comme des croustilles et du chocolat
Utiliser des produits laitiers moins gras
Manger des viandes plus maigres, de la volaille et du poisson
Manger des succédanés de viande
Choisir des aliments moins gras
Cuire les aliments au four, au micro-ondes ou les faire griller
Autres mesures (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SNUTRITION-Q7 **Trouvez-vous qu'il est facile de réduire la quantité de gras dans les aliments que vous mangez?**
- QUINON
Oui
Non
Ne sait pas
Refus
- SNUTRITION-Q8 **Je vais vous lire des énoncés sur le gras dans les aliments. Dites-moi ceux avec lesquels vous êtes d'accord.**
(Lisez la liste. Cochez tous les énoncés avec lesquels le répondant est D'ACCORD.)
- SNUTRITION-Q8 **Il est facile de se procurer des aliments à faible teneur en gras?**
Les aliments à faible teneur en gras ne coûtent pas cher?
Les aliments à faible teneur en gras ont bon goût?
Les aliments à faible teneur en gras sont faciles à préparer?
Les étiquettes des aliments indiquent la quantité de gras?
Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus
- SNUTRITION-Q9 **Essayez-vous présentement de perdre du poids?**
- QUINON
Oui
Non (PASSEZ À SNU-STOP)
Ne sait pas (PASSEZ À SNU-STOP)
Refus (PASSEZ À SNU-STOP)
- SNUTRITION-Q10 **Combien aimeriez-vous peser?**
- SNUTRITION-Q10 _____

ENSP, Enquête Promotion Santé, Cycle 1 (1994-1995)

SNUTRITION-Q11 **livres ou kilogrammes?**

SNUTRITION-Q11 Livres
Kilogrammes
Ne sait pas
Refus

SNUTRITION-STOP.

USAGE DU TABAC

SSMOK-I1 **Les prochaines questions portent sur votre connaissance des renseignements indiqués sur les paquets de cigarettes, sur ce que vous pensez de l'usage du tabac et de cesser de fumer. Vos réponses permettront à Santé Canada de mesurer l'efficacité de ses programmes.**

SSMOK-Q1 **Avez -vous déjà vu des avertissements au sujet des dangers pour la santé sur les paquets de cigarettes?**

OUINON Oui
Non (PASSEZ À SSMOK-Q5)
Ne sait pas (PASSEZ À SSMOK-Q5)
Refus (PASSEZ À SSMOK-Q5)

SSMOK-Q2 **Quels sont les avertissements au sujet des dangers pour la santé que vous avez vus?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SSMOK-Q2 L'usage du tabac réduit l'espérance de vie
L'usage du tabac est la principale cause de cancer du poumon
L'usage du tabac est une des principales causes de maladie cardiaque
L'usage de tabac pendant la grossesse peut nuire à votre bébé
La cigarette crée une dépendance
La fumée du tabac peut nuire à vos enfants
La cigarette cause des maladies pulmonaires mortelles
La cigarette cause le cancer
La cigarette cause des maladies du coeur
Fumer peut vous tuer
La fumée du tabac cause chez les non-fumeurs des maladies pulmonaires mortelles
Autre avertissement (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SSMOK-Q3 **Êtes-vous d'accord ou non avec le fait que des avertissements au sujet des dangers pour la santé sont imprimés sur les paquets de cigarettes?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SSMOK-Q3
D'accord
Pas d'accord
Pas d'opinion
Ne sait pas
Refus

SSMOK-Q4 **Environ combien de fois est-ce que vous vous trouvez à regarder ou à lire ces avertissements au sujet des dangers pour la santé?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SSMOK-Q4
Jamais
Moins d'une fois par semaine
Environ une fois par semaine
Une fois tous les deux ou trois jours
Environ une fois par jour
Plus d'une fois par jour
Ne sait pas
Refus

SSMOK-C6
SI SSMOK-Q2 = 1 OU 2, PASSEZ À SSMOK-Q12A
SI SSMOK-Q2 = 3, PASSEZ À SSMOK-C6A
AUTREMENT PASSEZ À SSMOK-STOP

SSMOK-Q5 **Parmi les personnes qui vivent dans votre ménage, combien fument régulièrement des cigarettes à l'intérieur de la maison, y compris vous-même?**

Inscrivez la réponse: |_|_|

SSMOK-Q6 **Vous avez dit tout à l'heure que vous fumiez auparavant, mais que vous n'avez jamais fumé tous les jours.**

SSMOK-Q7 **À quel âge avez-vous commencé à fumer (même si ce n'était pas tous les jours)?**

Inscrivez la réponse: |_|_|

SSMOK-Q7A **Pour quelle raison avez-vous commencé à fumer des cigarettes la première fois?**

(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SSMOK-Q7A
Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)

SSMOK-E7A SI PLUS D'UNE RÉPONSE A ÉTÉ CHOISIE À SSMOK-Q7A, PASSEZ À SSMOK-Q7B. AUTREMENT PASSEZ À SSMOK-Q8.

SSMOK-Q7B **Quelle était la principale raison pour laquelle vous avez commencé à fumer?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)

SSMOK-E7B LA RÉPONSE CHOISIE À SSMOK-Q7B DOIT ÊTRE L'UNE DES RÉPONSES CHOISIES À SSMOK-Q7A. SINON, DEMANDEZ À L'INTERVIEWEUR DE VÉRIFIER LES RÉPONSES À SSMOK-Q7A ET -Q7B.

SSMOK-Q8 **À quel âge avez-vous de cesser de fumer?**

SSMOK-Q8 _____ Âge

SSMOK-E8B **L'âge à lequel le répondant a commencé à fumer est plus grand que son âge courant**

VEUILLEZ CORRIGER L'ÂGE INCORRECT OU APPEYER <RETOUR> POUR CONTINUER.

- SSMOK-I9 **Nous voudrions poser quelques questions aux personnes qui cessé de fumer. Vous avez dit plus tôt que vous aviez l'habitude de fumer la cigarette tous les jours.**
- SSMOK-Q9A **Pour quelle raison avez-vous commencé à fumer des cigarettes la première fois?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SSMOK-Q7A Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)
- SSMOK-E9ASI PLUS D'UNE RÉPONSE A ÉTÉ CHOISIE À SSMOK-Q9A, PASSEZ À SSMOK-Q9B. AUTREMENT, PASSEZ À SSMOK-Q9.
- SSMOK-Q9B **Quelle était la principale raison pour laquelle vous avez commencé à fumer?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q9B Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)
- SSMOK-E9B LA RÉPONSE CHOISIE À SSMOK-Q9B DOIT ÊTRE L'UNE DES RÉPONSES CHOISIES À SSMOK-Q9A. SINON, DEMANDEZ À L'INTERVIEWEUR DE VÉRIFIER LES RÉPONSES À SSMOK-Q9A ET -Q9B.

- SSMOK-Q9 **Pourquoi avez-vous cessé de fumer?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SSMOK-Q9 Inquiétude au sujet des effets futurs sur la santé
Conseil du médecin
Problèmes de santé actuels
Grossesse
Pressions sociales/familiales
Restrictions
Coût
Toute autre raison (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SSMOK-Q10 **Quelle méthode avez-vous utilisée pour cesser de fumer?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q10 Sevrage brutal («cold turkey»)
Programme d'auto-assistance (vidéo, cassette, livre)
Timbre de nicotine
Conseiller en toxicomanie
Programme anti-tabac organisé
Gomme à mâcher Nicorette
Acupuncture
Hypnose
Autre (Précisez)
- SSMOK-Q12 **Pour quelle raison avez-vous commencé à fumer des cigarettes la première fois?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SSMOK-Q7A Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)
- SSMOK-E12 SI PLUS D'UNE RÉPONSE A ÉTÉ CHOISIE À SSMOK-Q12, PASSEZ À SSMOK-Q12A. AUTREMENT, PASSEZ À SSMOK-Q13.

- SSMOK-Q12A **Quelle était la principale raison pour laquelle vous avez commencé à fumer?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q7B Tout le monde autour de moi fumait
Tous mes amis fumaient
Mes parents fumaient
Par curiosité
Pour être «cool»
Pour contrôler mon poids
Pour contrôler mon stress, mon anxiété ou ma colère
Pour combattre l'ennui
À cause du prix
Parce qu'il y en avait (cigarettes ici et là, contrebande)
Autre (Précisez)
- SSMOK-E12A LA RÉPONSE CHOISIE À SSMOK-Q12A DOIT ÊTRE L'UNE DES RÉPONSES
CHOISIES À SSMOK-Q12. SINON, DEMANDEZ À L'INTERVIEWEUR DE
VÉRIFIER LES RÉPONSES À SSMOK-Q12 ET -Q12A.
- SSMOK-Q12C **Pourquoi continuez-vous de fumer maintenant?**
- SSMOK-Q12C Habitude
Effet stimulant
Effet relaxant
Dépendance
Plaisir
Contrôle du poids
Acceptabilité sociale
Autre (Préciser)
- SSMOK-Q13 **Avez-vous essayé de cesser de fumer au cours des six derniers mois?**
- OUI/NON Oui
Non
Ne sait pas
Refus
- SSMOK-Q16 **Fumez-vous moins maintenant qu'il y a six mois?**
- OUI/NON Oui
Non (PASSEZ À SSMOK-Q18)
Ne sait pas (PASSEZ À SSMOK-Q18)
Refus (PASSEZ À SSMOK-Q18)

SSMOK-Q17

Pourquoi essayez-vous de cesser de fumer?

(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

Inquiétude au sujet des effets futurs sur la santé
Conseil du médecin
Problèmes de santé actuels
Grossesse
Pressions sociales/familiales
Restrictions
Coût
Essaie d'arrêter
Toute autre raison (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SSMOK-Q18

De nos jours, il y a beaucoup de restrictions concernant les endroits où il est permis de fumer. Dans vos activités quotidiennes, où existe-t-il des restrictions qui vous empêchent de fumer?

(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

À la maison
Chez des ami(e)s ou des parents
Dans des endroits publics (centres commerciaux, églises, hôpitaux)
Au travail
À l'école
Dans une activité sportive ou de loisir
Dans le transport
Tout autre endroit (Précisez)
Rien de ce qui précède
Ne sait pas
Refus

SMOK-Q18A

Vous avez dit plus tôt que vous fumez à l'occasion. Dans quels genres d'occasions fumez-vous?

(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

Lorsque vous buvez
Quand vous assistez à des fêtes, des réceptions ou des rencontres sociales
Lorsque vous êtes seul
Lorsque vous êtes avec des amis
Quand vous vous sentez stressé
Autre (Précisez)

SSMOK-C18A

SI SMOK-Q2=2 (À L'OCCASION), PASSEZ À SSMOK-Q18A. AUTREMENT, PASSEZ À SSMOK-Q19.

SSMOK-Q19	Fumez-vous habituellement la même marque de cigarettes?
OUINON	Oui Non (PASSEZ À SSMOK-Q20) Ne sait pas (PASSEZ À SSMOK-STOP) Refus (PASSEZ À SSMOK-STOP)
SSMOK-Q20	Pourquoi pas? (Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
SSMOK-Q20	Moins de goudron Question de goût Publicité Aucune préférence particulière pour une marque Réduit les effets nuisibles sur la santé Ne sait pas Refus
SSMOK-Q21	Quelle marque fumez-vous habituellement? (Précisez le format et le type, par exemple «régulier», «long», «à bout filtre», «sans bout filtre», etc.) <hr/>
SSMOK-Q22	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de marqué?
OUINON	Oui (PASSEZ À SSMOK-Q23) Non Ne sait pas (PASSEZ À SSMOK-STOP) Refus (PASSEZ À SSMOK-STOP)
SMOK-E22	SI «REFUS» OU «NE SAIT PAS» À SSMOK-Q22, PASSEZ À SSMOK-STOP.

- SSMOK-Q23 **Pourquoi?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SSMOK-Q23 Inquiétude au sujet des effets futurs sur la santé
Conseil du médecin
Problèmes de santé actuels
Pressions sociales/familiales
Restrictions
Coût
Contenu de goudron
Contenu de nicotine
Dimensions du paquet
Grossesse
Filtre
Publicité/emballage
Goût
Toute autre raison (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SSMOK-Q24 **Les gens sont souvent incertains du nombre de milligrammes de goudron
que contiennent leurs cigarettes. Sans regarder votre paquet de cigarettes,
diriez-vous qu'il y a ...**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q24 **plus de 15 mg de goudron dans vos cigarettes?**
entre 11 et 15 mg?
entre 6 et 10 mg?
moins de 6 mg?
ne sait pas
refus
- SSMOK-Q25 **Parlons maintenant de milligrammes de nicotine. Diriez-vous qu'il y a ...**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q24 **plus de 15 mg de nicotine dans vos cigarettes?**
entre 11 et 15 mg?
entre 6 et 10 mg?
moins de 6 mg?
ne sait pas
refus

- SSMOK-Q26 **Parlons maintenant de milligrammes d'oxyde de carbone. Diriez-vous qu'il y a ...**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SSMOK-Q24 **plus de 15 mg d'oxyde de carbone dans vos cigarettes?**
entre 11 et 15 mg?
entre 6 et 10 mg?
moins de 6 mg?
ne sait pas
refus
- SSMOK-Q27 **Aimeriez-vous que ce genre de renseignement sur le goudron la nicotine et l'oxyde de carbone soit indiqué de façon plus évidente sur votre paquet de cigarettes?**
- OUI NON Oui
Non
Ne sait pas
Refus
- SSMOK-STOP

PRÉVENTION DES BLESSURES

- SINJ-I1 **Les questions suivantes portent sur la sécurité et la prévention des blessures.**
- SINJ-Q1 **Vous avez dit que vous ne portez pas toujours un casque lorsque vous roulez à bicyclette. Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne portez pas toujours un casque?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- N'en possède pas
Inefficace
Pas nécessaire/n'en a pas besoin
Coûte trop cher
Inconfortable/n'aime pas ça.
Les autres riraient/ce serait ridicule
Roule seulement à des endroits sans danger
Nuit à la promenade
Ami(e)s n'en portent pas
Malcommode/trop difficile à ranger (p. ex. à l'école)
Toute autre raison (Précisez)
Ne sait pas
Refus

- SINJ-Q2 **Combien de fois utilisez-vous une ceinture de sécurité lorsque vous voyagez en automobile, en camion ou en fourgonnette?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SINJ-Q2 **Toujours** (PASSEZ À SINJ-Q4)
Presque toujours
Parfois
Rarement
Jamais
Sans objet (la personne ne voyage pas en automobile, en camion ou en fourgonnette) (PASSEZ À SINJ-C4A1)
Ne sait pas (PASSEZ À SINJ-C4A1)
Refus (PASSEZ À SINJ-C4A1)
- SINJ-Q3B **Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas toujours une ceinture de sécurité?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SINJ-Q3B Inefficace
Pas nécessaire/n'en a pas besoin
Pas de ceinture dans le véhicule
Ceinture ne fonctionne pas
Les autres riraient/ce serait ridicule
Voyage seulement à des endroits sans danger
Ami(e)s n'en portent pas
Malcommode/Trop difficile/Inconfortable
Exige trop de temps
Nuit à la conduite
Toute autre raison (Précisez)
Sans objet
Ne sait pas
Refus
- SINJ-I4 **Je vais maintenant vous poser des questions sur la sécurité de vos enfants.**
- SINJ-Q4 **Est-ce que %FNAME1% se promène à bicyclette (incluant les tricycles)?**
- Oui
Non (PASSEZ À SINJ-Q7A)
Ne sait pas (PASSEZ À SINJ-Q7A)
Refus (PASSEZ À SINJ-Q7A)

- SINJ-Q5 **Lorsque %FNAME1% se promène à bicyclette, combien de fois porte-t-il(elle) un casque?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SINJ-Q5 Toujours
La plupart du temps (PASSEZ À SINJ-Q6A)
Rarement (PASSEZ À SINJ-Q6A)
Jamais (PASSEZ À SINJ-Q6A)
Ne sait pas (PASSEZ À SINJ-Q7A)
Refus (PASSEZ À SINJ-Q7A)
- SINJ-Q6 **Quelle est la principale raison pour laquelle %FNAME1% ne porte pas toujours un casque?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SINJ-Q6 N'en possède pas
Inefficace
Pas nécessaire/N'en a pas besoin
Coûte trop cher
Inconfortable/N'aime pas ça
Les autres riraient/Ce serait ridicule
Roule seulement à des endroits sans danger
Nuit à la promenade
Ami(e)s n'en portent pas
Malcommode/Trop difficile à ranger (p. ex. à l'école).
Toute autre raison (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SINJ-Q7A **Dites-moi combien de fois %FNAME1% utilise un siège de sécurité pour enfant ou une ceinture de sécurité pour voyager en automobiles en camion ou en fourgonnette?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SINJ-Q2 **Toujours** (PASSEZ À SINJ-C4B)
Presque toujours
Parfois
Rarement
Jamais
Sans objet (la personne ne voyage pas en automobile, en camion ou en fourgonnette) (PASSEZ À SINJ-C4B)
Ne sait pas (PASSEZ À SINJ-C4B)
Refus (PASSEZ À SINJ-C4B)

SINJ-Q8 **Quelle est la principale raison pour laquelle %FNAME1% n'utilise pas toujours une ceinture de sécurité ou un siège de sécurité pour enfant?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SINJ-Q8

- Inefficace
- Pas nécessaire/n'en a pas besoin
- Aucun dispositif de sécurité dans le véhicule
- Ceinture ne fonctionne pas
- Les autres riraient/Ce serait ridicule
- Voyage seulement à des endroits sans danger
- Ami(e)s n'en portent pas
- Malcommode/Inconfortable
- Exige trop de temps
- Siège trop difficile à installer
- Coûte trop cher
- L'enfant ne collabore pas
- Ne possède pas de siège de sécurité
- Toute autre raison (Précisez)
- Ne sait pas
- Refus

SINJ-STOP

ALLAITEMENT

SBF-I1 **Les quelques questions suivantes portent sur les méthodes d'allaitement et sur les façons dont ces méthodes peuvent changer avec le temps.**

SBF-Q1AA **Est-ce que vous allaitez actuellement %FNAME1%?**

Oui
Non (PASSEZ À SBF-Q1BA)
Ne sait pas (PASSEZ À SBF-STOP)
Refus (PASSEZ À SBF-STOP)

SBF-Q1B **Avez-vous allaité ou essayé d'allaiter %FNAME1%, même une courte période seulement?**

Oui (PASSEZ À SBF-Q1CA)
Allaite encore (PASSEZ À SBF-Q3A)
Non (PASSEZ À SBF-Q4A)
Ne sait pas (PASSEZ À SBF-STOP)
Refus (PASSEZ À SBF-STOP)

SBF-Q1C **Pendant combien de temps avez-vous allaité %FNAME1%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SBF-Q1C
Plus d'une semaine
Entre 1 et 4 semaines
Entre 5 et 8 semaines
Entre 9 et 12 semaines
Entre 3 et 6 mois
Entre 7 et 9 mois
Entre 10 et 12 mois
Plus d'un an
Ne sait pas
Refus

SBF-Q2 **Quelle était la raison principale pour laquelle vous avez cessé d'allaiter %FNAME%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SBF-Q2
Insuffisance de lait/Bébé affamé
J'étais incommodée/fatiguée
Difficulté avec les techniques d'allaitement
Mamelons endoloris/seins engorgés
Maladie de la mère
J'avais l'intention d'arrêter à ce moment-là
L'enfant s'est sevré lui/elle-même
Mon médecin m'a dit de cesser
Retour au travail/aux études
Mon partenaire/Le père voulait que je cesse
Lait en poudre préférable
Je voulais consommer de l'alcool
Autre (Préciser)

SBF-Q3 **Pourquoi avez-vous choisi d'allaiter %FNAME1%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SBF-Q3
Meilleur pour mon bébé
Plus pratique
Moins coûteux
Naturel
Meilleur pour moi
J'ai allaité un (des) enfant(s) auparavant
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus

- SBF-Q4 **Pourquoi avez-vous choisi de ne pas allaiter %FNAME1%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SBF-Q4 Plus facile de nourrir au biberon
Lait maternisé aussi bon que le lait maternel
Allaitement peu attirant/Dégoûtant
Le père/Mon partenaire ne voulait pas
Retour au travail/aux études très tôt
Césarienne
Troubles médicaux - bébé
Accouchement prématuré
Troubles médicaux - mère
Naissances multiples (jumeaux, etc.)
Je voulais consommer de l'alcool
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SBF-Q5A **Qui vous a aidé à décider de ne pas allaiter %FNAME1%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SBF-Q5 Professionnel de la santé
Ma mère / Ma soeur / Un membre de la famille
Le père du bébé / Mon mari / Mon partenaire
Ami(e)
Groupe de soutien d'allaitement
Matériel d'éducation / de promotion.
Personne
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SBF-Q5B **Qui vous a aidé à décider d'allaiter %FNAME1%?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- Professionnel de la santé
Ma mère / Ma soeur / Un membre de la famille
Le père du bébé / Mon mari / Mon partenaire
Ami(e)
Groupe de soutien d'allaitement
Matériel d'éducation / de promotion
Personne
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus
- SBF-STOP

CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

SALC-I1 **Les prochaines questions portent sur les attitudes des mères à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse, et comment ces attitudes changent avec le temps.**

SALC-Q1A **Combien de fois avez-vous consommé de l'alcool pendant étiez enceinte de %FNAME1% ... (par exemple de la bière, au vin, du vermouth, des spiritueux, des digestifs)?**

(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

Jamais (PASSEZ À SALC-Q5)

Moins d'une fois par mois

1 à 3 fois par mois

Une fois par semaine

2 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine

Tous les jours

Ne sait pas (PASSEZ À SALC-STOP)

Refus (PASSEZ À SALC-STOP)\

SALC-Q2 **Les jours où vous buviez, combien de verres preniez-vous habituellement?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SALC-Q2 1 à 2

3 à 4

5 ou plus

Ne sait pas (PASSEZ À SALC-STOP)

Refus (PASSEZ À SALC-STOP)

SALC-Q3 **À quelle étape de votre grossesse avez-vous consommé cette quantité d'alcool:**

(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SALC-Q3 **avant de vous rendre compte que vous étiez enceinte;**
durant le premier trimestre;
durant le deuxième trimestre;
durant le troisième trimestre;
tout au long de votre grossesse.

SALC-E3ASI LES RÉPONSES DEUX À QUATRE SONT TOUTES COCHÉES, METTEZ CES RÉPONSES EN BLANC ET COCHEZ SEULEMENT «TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE». SI «TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE» EST COCHÉ, METTEZ TOUTES LES AUTRES RÉPONSES EN BLANC.

- SALC-Q4 **Pour chacun des énoncés suivants, indiquez-moi s'il est vrai ou faux que ...**
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses "VRAI".)
- j'ai continué à boire après être devenue enceinte de %FNAME% parce que...**
- on m'a encouragée à boire**
personne ne m'a dit de ne pas boire
mon médecin m'a dit qu'un verre à l'occasion ne ferait pas de mal au bébé
je ne croyais pas que cela ferait du mal au bébé
rien de ce oui précède
ne sait pas
refus
- SALC-Q5 **Pendant que vous étiez enceinte de %FNAME%, avez-vous consommé des médicaments ou des drogues prescrits par un médecin?**
- OUINON Oui
Non (PASSEZ À SALC-Q7)
- SALC-Q6A **À quelle étape de votre grossesse avez-vous consommé ces médicaments prescrits?**
(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SALC-Q3 **Avant de vous rendre compte que vous étiez enceinte;**
Durant le premier trimestre;
Durant le deuxième trimestre;
Durant le troisième trimestre; ou
Tout au long de votre grossesse.
- SALC-E5ASI LES RÉPONSES DEUX À QUATRE SONT TOUTES COCHÉES, METTEZ CES RÉPONSES EN BLANC ET COCHEZ «TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE». SI «TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE» EST COCHÉ, METTEZ TOUTES LES AUTRES RÉPONSES EN BLANC.
- SALC-Q7 **Pendant que vous étiez enceinte de %FNAME%, avez-vous consommé des médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance d'un médecin (c'est-à-dire des médicaments en vente libre)?**
- OUINON Oui
Non (PASSEZ À SALC-Q9)
(Si «Refus» ou «Ne sait pas», PASSEZ À SALC-Q9)

SANTÉ SEXUELLE

SSH-I1 **Face à la crise grandissante des maladies transmises sexuellement, comme le SIDA, il est important que Santé Canada mesure les connaissances et les attitudes des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des mesures de prévention. Il est aussi important de savoir combien de Canadiens et de Canadiennes ont été atteints de maladies transmises sexuellement, car ces renseignements n'ont jamais été recueillis auparavant dans une enquête nationale. Je tiens à vous assurer que tout ce que vous me direz demeurera confidentiel.**

SSH-Q1 **Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des douze derniers mois?**

SSH-Q1	__ 00	(PASSEZ À SSH-Q3)
	__ 01	(PASSEZ À SSH-E1)
	__ 02-99	(PASSEZ À SSH-Q2)

(SI SSH-Q1 = -1 OU -2, PASSEZ À SSH-STOP.)

SSH-E1 **SI ÉTAT MATRIMONIAL=4 (CÉLIBATAIRE), PASSEZ À SSH-Q2, AUTREMENT, PASSEZ À SSH-Q3.**

SSH-Q2 **Au cours de la dernière année, lorsque vous avez eu des relations sexuelles, est-ce que vous avez utilisé (votre partenaire a utilisé) un condom:**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)

SSH-Q2	chaque fois	(PASSEZ À SSH-Q3)
	quelquefois mais pas toujours	
	jamais	(PASSEZ À SSH-Q2B)

SSH-Q2A **Quand vous utilisez un condom, est-ce ...**
(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SSH-Q2A **lorsque vous rencontrez une nouvelle personne**
lorsque vous êtes avec une personne autre que votre partenaire régulier
(hommes seulement) **lorsque votre partenaire vous demande d'en utiliser un?****pour une autre raison quelconque?** (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SSH-Q2B **Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas un condom chaque fois que vous avez des relations sexuelles?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SSH-Q2B N'en a pas toujours un à ma disposition
Je veux avoir un enfant
Les condoms ne sont pas naturels
La sensation n'est pas agréable / Ils ne font pas bien
Trop gêné pour en acheter
Trop coûteux
J'utilise une autre méthode de contraception
Cela interrompt les ébats amoureux / Cela gâche l'atmosphère
Les moyens de contraception sont contre ma religion
(Hommes:) Mon partenaire ne me demande pas d'en utiliser
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SSH-Q3 **Au cours des deux dernières années, un médecin vous a-t-il dit que vous aviez contracté une maladie transmise sexuellement?**

OUI NON
OUI (PASSEZ À SSH-Q4)
NON
Ne sait pas (PASSEZ À SSH-STOP)
Refus (PASSEZ À SSH-STOP)

SSH-E3SI «REFUS» OU «NE SAIT PAS», PASSEZ À SSH-STOP

SSH-Q4 **Avez-vous eu au cours des deux dernières années, ou avez-vous actuellement l'une des maladies transmises sexuellement?**
(Lisez la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SSH-Q4 **Chlamydia**
Gonorrhée
Syphilis
Verrues génitales
Herpès génital
Hépatite B
HIV / SIDA
Rien de ce qui précède
Ne sait pas (PASSEZ À SSH-Q7)
Refus (PASSEZ À SSH-Q7)

SSH-E4 SI «HIV/SIDA» EST DÉCLARÉ EN RÉPONSE À SSH-Q4, PASSEZ À SSH-Q6.
SI «REFUS» OU «NE SAIT PAS» À SSH-Q4, PASSEZ À SSH-STOP.
AUTREMENT, PASSEZ À SSH-Q5.

SSH-Q5	Avez-vous déjà <u>subi un test de dépistage du HIV</u>?	
OUINON	Oui Non	(PASSEZ À SSH-Q6)
SSH-Q6	À quel endroit le test de dépistage du HIV (le plus récent) a-t-il eu lieu: (Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)	
SSH-Q6	au bureau d'un médecin à une banque de sang à une clinique de maladies transmises sexuellement à un service de dépistage volontaire du HIV à un hôpital; ou ailleurs?	
SSH-Q7	LE RÉPONDANT ÉTAIT-IL SEUL LORSQUE VOUS LUI AVEZ POSÉ LES QUESTIONS DE CETTE SECTION?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas ou refus	(PASSEZ À SSH-STOP) (PASSEZ À SSH-Q7A) (PASSEZ À SSH-STOP)
SSH-Q7A	EST-CE QUE LA PRÉSENCE D'UNE AUTRE PERSONNE A EU UN EFFET SUR LES DÉCLARATIONS DU RÉPONDANT?	
OUINON	Oui Non Ne sait pas ou refus	(PASSEZ À SSH-STOP) (PASSEZ À SSH-STOP) (PASSEZ À SSH-STOP)
SSH-STOP		

SERVICES DE SANTÉ

- SHCS-I1 **Dans cette dernière série de questions, nous sommes intéressés à connaître votre opinion sur les services de santé, sur la qualité des soins de santé que vous recevez et sur le système canadien de santé.**
- SHCS-Q1 **Est-ce que les médecins vous donnent assez d'information quand vous avez besoin de ...**
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses «OUI».)
- SHCS-Q1 **conseils sur des mesures de prévention à prendre pour rester en santé**
traitement de maladies ordinaires
traitement de maladies plus graves
renvoi à un spécialiste
visite à une clinique externe ou à l'hôpital
hospitalisation
chirurgie
rien de ce qui précède (ne veut pas ou n'a pas besoin d'information sur la santé)
ne sait pas
refus
- SHCS-Q2 **Pensez à la raison la plus récente pour laquelle vous avez consulté un médecin au sujet de votre santé au cours des 12 derniers mois. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux le rapport entre le médecin et vous-même lors de cette consultation?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SHCS-Q2 **Le médecin vous a dit quoi faire et vous avez suivi ses conseils.**
Le médecin vous a proposé des options de soins de santé et vous en avez choisi une.
Le médecin et vous avez examiné ensemble les options et vous vous êtes mis d'accord sur la meilleure.
Le médecin et vous n'avez pu vous mettre d'accord sur ce qui était le mieux pour vous.
Rien de ce qui précède.
- SHCS-Q3 **Au cours des 12 derniers mois, quand vous avez vu un médecin ou une infirmière, vous est-il arrivé de n'avoir rien eu à dire au sujet de traitement proposé?**
- Oui (PASSEZ À SHCS-Q4)
Non

- SHCS-Q4 **En pensant à l'occasion la plus récente où vous n'avez rien eu à dire au sujet du traitement proposé, qu'avez-vous fait?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SHCS-Q4 A vu un autre médecin
N'a rien fait
A fait ce qui semblait lui convenir le mieux
A suivi les conseils du médecin
Toute autre chose (Préciser)
- SHCS-Q5 **Quand vous avez un problème de santé, consultez-vous le même médecin de famille ... toujours, parfois, rarement ou jamais?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SHCS-Q5 Toujours
Parfois
Rarement
Jamais
Sans objet
- SHCS-Q6 **Quand us avez besoin de faire remplir une ordonnance, est-ce que vous allez à la même pharmacie ... toujours, parfois, rarement ou jamais?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SHCS-Q5 Toujours
Parfois
Rarement
Jamais
Sans objet
- SHCS-Q6A **Votre médecin vous a-t-il prescrit un médicament quelconque au cours des 12 derniers mois?**
- OUI NON Oui
Non (PASSEZ À SHCS-Q9A)
(Si «refus» ou «ne sait pas», PASSEZ À SHCS-Q9A)
- SHCS-Q7 **Lorsque le médecin vous a prescrit un médicament au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il/elle vous a dit habituellement ...**
- SHCS-Q7 à quoi servait ce médicament?
ce que le médicament devait faire?
quels étaient les effets secondaires possibles?
quelle quantité prendre et quand le prendre?
ce que vous ne deviez pas manger, boire ni prendre avec ce médicament?
les activités que vous deviez éviter en prenant ce médicament?
rien de ce qui précède

- SHCS-Q8 **Lorsque vous avez fait remplir une ordonnance au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre pharmacien/pharmacienne vous a dit habituellement...**
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses «OUI».)
- SHCS-Q8 **à quoi servait ce médicament?
ce que le médicament devait faire?
quels étaient les effets secondaires possibles?
quelle quantité prendre et quand le prendre?
ce que vous ne deviez pas manger, boire ni prendre avec ce médicament?
les activités que vous deviez éviter en prenant ce médicament?
comment ranger le médicament?
ce que vous deviez prendre avec ce médicament (par exemple des aliments, de l'eau, du lait)?**
rien de ce qui précède
- SHCS-Q9A **Lorsque vous allez voir votre médecin de famille, apportez-vous vos médicaments ou une liste (de vos médicaments) avec vous ... toujours, parfois, rarement ou jamais?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SHCS-Q5 Toujours
Parfois
Rarement
Jamais
- SHCS-Q9B **Lorsque vous allez à la pharmacie pour faire remplir une ordonnance, apportez-vous vous médicaments ou une liste (de vos médicaments) avec vous ... toujours, parfois, rarement ou jamais?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- SHCS-Q5 Toujours
Parfois
Rarement
Jamais
- SHCS-10A **Santé Canada voudrait connaître l'attitude des gens au sujet de l'obtention de soins de santé de différentes sources.**
- SHCS-Q10A **Est-ce que vous iriez à une clinique de services de santé plutôt qu'à un hôpital ou à un bureau privé de médecin pour subir un examen physique ordinaire?**
- QUINON Oui
Non
Ne sait pas

SHCS-Q10A1	Est-ce que vous accepteriez de vous faire donner un <u>examen physique ordinaire</u> par une infirmière au lieu d'un médecin?
OUI NON	Oui Non Ne sait pas Refus
SHCS-Q10B	Est-ce que vous iriez à une clinique de services de santé plutôt qu'à un hôpital ou à un bureau privé de médecin pour <u>recevoir des vaccins (vous faire immuniser)</u>?
OUI NON	Oui (PASSEZ À SHCS-Q10B1) Non
SHCS-Q10B1	Est-ce que vous accepteriez de vous faire vacciner (immuniser) par une infirmière au lieu d'un médecin?
OUI NON	Oui Non Ne sait pas Refus
SHCS-C10C	SI SEXE=2 (MASCULIN), PASSEZ À SHCS-Q10E, AUTREMENT PASSEZ À SHCS-STOP.
SHCS-Q10C	Est-ce que vous iriez à un centre de naissance ou est-ce que vous resteriez à la maison au lieu d'aller à un hôpital pour <u>donner naissance à un enfant</u>?
OUI NON	Oui Non Sans objet (ne veut pas avoir d'enfant)
SHCS-Q10C1	Est-ce que vous accepteriez <u>d'être accouchée</u> par une infirmière ou une sage-femme au lieu d'un médecin?
OUI NON	Oui Non Sans objet (ne veut pas avoir d'enfant) Ne sait pas Refus
SHCS-Q10D	Est-ce que vous iriez à une clinique de services de santé ou à un centre de naissance plutôt qu'à un bureau privé de médecin <u>pour recevoir des soins postnatals</u>?
OUI NON	Oui (PASSEZ À SHCS-Q10D1) Non

SHCS-Q10D1	Est-ce que vous accepteriez de recevoir <u>des soins postnatals</u> d'une infirmière ou d'une sage-femme au lieu d'un médecin?
OUINON	Oui Non Sans objet (ne veut pas avoir d'enfant) Ne sait pas Refus
SHCS-Q10E	Est-ce que vous iriez à une clinique de services de santé ou à un centre de sports et de conditionnement physique pour recevoir des conseils sur des questions de santé comme <u>l'alimentation, les soins à donner aux enfants, l'exercice et l'usage du tabac?</u>
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus
SHCS-E10E	SI «OUI» À SHCS-E10E, PASSEZ À SHCS-Q10E1. AUTREMENT, PASSEZ À SHCS-Q10F.
SHCS-Q10E1	Est-ce que vous accepteriez qu'une infirmière, un spécialiste en diététique ou en nutrition ou un professeur d'éducation physique vous donne des conseils sur des questions de santé comme <u>l'alimentation, l'exercice et l'usage du tabac?</u>
OUINON	Oui Non Ne sait pas Refus
SHCS-Q10F	Savez-vous à combien s'élèvent les coûts annuels des soins de santé dans votre province?
	Oui Non Ne sait pas Refus
SHCS-Q10G	Savez-vous combien il en coûte à votre système provincial de soins de santé pour des services individuels comme une visite chez le médecin, des radiographies, des tests de laboratoire ou un séjour à l'hôpital?
	Oui Non (PASSEZ À SHCS-Q11A)

- SHCS-Q11A **Est-ce que vous changeriez votre façon d'utiliser ces genres de services si vous saviez combien ils coûtent?**
- Oui
Non
Ne sait pas
Refus
- SHCS-Q11B **Le fait de connaître le coût de ces genres de services vous a-t-il incité à changer votre façon de les utiliser?**
- Oui
Non
Ne sait pas
Refus
- SHCS-Q12 **Comment évaluez-vous l'ensemble du système de soins de santé du Canada?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- Excellent**
Bon
Passable
Médiocre
Ne sait pas
Refus
- SHCS-Q13 **Comment évaluez-vous le système de soins de santé de votre province?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- Excellent**
Bon
Passable
Médiocre
Ne sait pas
Refus
- SHCS-Q14 **Comment évaluez-vous la qualité des soins de santé que vous avez reçus personnellement cours des 12 derniers mois?**
(Lisez la liste. Cochez UNE seule réponse.)
- Excellents**
Bons
Passables
Médiocres
N'a pas reçu de soins de santé au cours des 12 derniers mois
Ne sait pas
Refus

ENSP, Enquête Promotion Santé, Cycle 1 (1994-1995)

- SHCS-Q15 **Selon vous, quels sont les principaux points forts du système de soins de santé du Canada?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SHCS-Q15 Gratuité / coûte peu élevé
Accès (milieu urbain/rural)
Qualité des soins
Universalité (soins offerts aux riches et aux pauvres)
Transférabilité (soins offerts quand on visite une autre province)
Liberté de choisir le médecin et le lieu du traitement
Gamme des services offerts
Autres points forts (Préciser)
Aucun
- SHCS-Q16 **Selon vous, quelles sont les principales faiblesses du système de soins de santé du Canada?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)
- SHCS-Q16 Attente trop longue entre l'appel et le rendez-vous
Qualité des services
Insuffisance des services offerts
Coût du système
Insuffisance de la technologie/de l'équipement/des tests
Autres faiblesses (Précisez)
Trop facile de mal utiliser les services/d'en abuser
Aucune
Ne sait pas
Refus
- SHCS-Q17A **Pensez-vous qu'il y a un mauvais usage du système de soins de santé du Canada?**
- QUINON Oui
Non (PASSEZ À SHCS-STOP)
Ne sait pas (PASSEZ À SHCS-STOP)
Refus (PASSEZ À SHCS-STOP)

ENSP, Enquête Promotion Santé, Cycle 1 (1994-1995)

SHCS-Q17B **Dans quel(s) domaine(s) pensez-vous qu'il y a un mauvais usage?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SHCS-Q17B
Nombre de visites à des bureaux de médecin pour des
Malaises très mineurs
Nombre de tests diagnostiques
Nombre de médicaments prescrits
Admission à l'hôpital au lieu d'une clinique externe
Ou de soins à domicile
Durée du séjour à l'hôpital
Autres domaines (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SHCS-Q18 **Selon vous, qui devrait être responsable de réduire ou de faire cesser le mauvais usage du système de soins de santé?**
(Ne lisez pas la liste. Cochez PLUS D'UNE réponse s'il y a lieu.)

SHCS-Q18
Les canadiens oui utilisent les services
Les médecins
Les associations médicales
Les hôpitaux
Les gouvernements (locaux/municipaux, provinciaux)
Autre (Précisez)
Ne sait pas
Refus

SHCS-STOP

PARTAGE DES DONNÉES

H07WRAP-SHARE **Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager les données recueillies grâce à ce sondage nationale sur la santé de la population avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada, Ressources humaines et du travail Canada, et l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques.**

H07WRAP-SHARE1 **Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?**

QUINON
Oui
Non
Ne sait pas
Refus

ENSP, Enquête Promotion Santé, Cycle 1 (1994-1995)

H07WRAP-TEL Cette interview a-t-elle été effectuée au téléphone ou en face à face?

Au téléphone
En face à face
Les deux (Préciser la raison)
Ne sait pas
Refus

H07WRAP-P2 INDIQUEZ LA LANGUE DE L'INTERVIEW.

Anglais
Français
Arabe
Chinois
Cri
Allemand
Grec
Hongrois
Italien
Coréen
Persan (Farsi)
Polonais
Portugais
Pendjabi
Espagnol
Tagal (Pilipino)
Ukrainien
Vietnamien
Autre (Préciser)
Ne sait pas
Refus

3H07WRAP-UP VOUS AVEZ FINI L'INTERVIEW DE %FNAME% %LNAME%. SI VOUS VOULEZ FAIRE UN REVUE OU FAIRE DES CHANGEMENTS RECULEZ EN APPUYANT SUR "F8" MAINTENANT. SINON, APPUYEZ SUR LA TOUCHE "ENTER" POUR CONTINUER.