

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

**Établissements de soins de santé  
2000 2001**

**Cycle 4  
Questionnaire**

Pour information seulement

Pour information seulement

# Table des matières

	Page
Formulaire de contrôle pour l'établissement .....	1
Questionnaire pour le répondant.....	2
A.    État du répondant de l'enquête longitudinale .....	3
Répondants vivant dans un établissement.....	5
B.    Consentement du plus proche parent.....	5
C.    Information sur le répondant choisi.....	6
D.    État de santé général.....	7
E.    État de santé.....	7
Vision .....	7
Ouïe .....	8
Élocution .....	8
Mobilité .....	9
Agilité .....	9
Mains et doigts.....	10
Sentiments.....	10
Mémoire.....	10
Pensée.....	11
Douleur et malaises.....	11
F.    Problèmes de santé chroniques .....	12
G.    Limitation des activités.....	14
H.    Équilibre.....	16
I.    Usage du tabac.....	17
J.    Consommation d'alcool .....	18
K.    Soutien social .....	19
L.    Renseignements socio-démographiques .....	23
Revenu .....	23
M.    Personnes à contacter.....	24
Première personne .....	24
Deuxième personne.....	25
N.    Consentements.....	26
O.    Consommation de médicaments .....	27
P.    Utilisation des soins de santé .....	28
Commentaires .....	30
Répondants vivant dans un ménage.....	31
CC.    Information sur le répondant choisi.....	31
DD.    État de santé général.....	31
EE.    État de santé.....	32
Vision .....	32
Ouïe .....	32
Élocution .....	33
Mobilité .....	33

**Enquête nationale sur la santé de la population 2000 2001 Établissements de soins de santé**

Agilité .....	34
Mains et doigts.....	34
Sentiments.....	35
Mémoire.....	35
Pensée.....	35
Douleur et malaises .....	35
FF. Problèmes de santé chroniques .....	36
GG. Limitation des activités.....	39
HH. Équilibre .....	41
II. Usage du tabac.....	42
JJ. Consommation d'alcool .....	43
LL. Renseignements socio-démographiques .....	44
Revenu .....	44
MM. Personnes à contacter.....	45
Première personne .....	45
Deuxième personne.....	46
OO. Consommation de médicaments .....	47
PP. Utilisation des soins de santé .....	48
QQ. Consentements.....	50
Commentaires .....	51

## Formulaire de contrôle pour l'établissement

INST-Q1  
IPI0\_1 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant l'usage du tabac par les résidents?**  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 **Usage interdit**
- 2 **Usage permis uniquement dans les secteurs désignés**
- 3 **Usage permis dans l'ensemble de l'établissement**
- 4 **Aucune politique à ce sujet**

INST-Q2  
IPI0\_2 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant la consommation d'alcool par les résidents?**  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 **Consommation interdite dans cet établissement**
- 2 **Consommation permise dans cet établissement**
- 3 **Aucune politique à ce sujet**

INST-Q3  
IPI0\_3 **Des activités sont-elles organisées régulièrement pour les résidents?**

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à INST-Q5*

INST-Q4  
**Lesquelles des activités suivantes sont organisées pour les résidents:**  
(Cochez toutes les réponses appropriées.)

IPI0\_4A  
IPI0\_4B  
IPI0\_4C  
IPI0\_4D  
IPI0\_4E  
IPI0\_4F

- 1 **activités physiques en groupe, par exemple classes d'exercices, danse, natation?**
- 2 **cours d'artisanat ou de musique?**
- 3 **activités sociales, par exemple jeux de cartes, bingo?**
- 4 **services religieux?**
- 5 **activités personnalisées (personne-à-personne)?**
- 6 **autre - Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)**

INST-Q5  
IPI0\_5 **Des activités sont-elles organisées pour les membres des familles des résidents, par exemple des activités sociales, des programmes éducatifs ou des séances d'accueil?**

- 1 Oui
- 2 Non

INST-Q6  
IPI0\_6 **Des directives préalables (testaments biologiques) sont-elles établies pour chaque résident, avant leur admission?**  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 **Toujours**
- 2 **À l'occasion**
- 3 **Jamais**

INST-Q7  
IPI0\_FS **Code de réponse de l'établissement**

- 1 **Accepte de participer**
- 2 **Refuse**
- 3 **Aucun contact**
- 4 **Autre (précisez dans les commentaires) \_\_\_\_\_ (200 caract.)**

## Questionnaire pour le répondant

Division de la statistique de la santé

**UNIQUEID : 12345678901 INSTID: 12345678**

**ASSIGNID : 12345**

**Name/nom : Nom**

**LANG.:** Anglais ou Français

**Nom de l'établissement**

**SAMPLE / ÉCHANTILLON: I**

Confidentiel une fois rempli

Renseignements recueillis en vertu de la Loi sur la statistique, Lois révisées du Canada, 1985, chapitre S19.

English version available.

No. de la tâche : 12345

**AMIO\_ASG**

**1. Endroit**

**AMIO\_LOC**

- 1 Établissement
- 2 Ménage
- 3 Décédé
- 7 Ne sait pas

**2. No. séquentiel sur le formulaire de contrôle pour l'établissement**

**AMIO\_SEQ**

####

**OU**

9999 Ménage/décédé

**3. Langue de l'interview**

**AMIO\_LNG**

- 1 Anglais
- 2 Français

**4. État final**

**AMIO\_FS**

- 000 Données complètes
- 001 Données partielles
- 028 Répondant décédé
- 030 Refus
- 034 Aucun contact
- 035 Incapable de dépister
- 077 Échantillon principal - ménage
- 099 Autre

**5. Intervieweur :**

**AMIO\_FSC**

Inscrivez la raison pour la non-interview

----- (15 caract.)

----- (15 caract.)

----- (15 caract.)

**6. Date d'interview :**

**AMIO\_BDD**

**AMIO\_BMM**

**AMIO\_BY Y**

\_\_ \_\_ **2001**  
Jour Mois Année

**Introduction :**

Statistique Canada mène une enquête nationale sur la santé des Canadiens. La présente enquête est un suivi auprès des répondants de l'enquête menée en 1998 - 1999. L'Enquête nationale sur la santé de la population vise à recueillir de l'information sur la santé des personnes au Canada, sur l'utilisation des services de santé et sur les divers facteurs qui pourraient avoir une influence sur la santé.

Toutes les réponses que vous donnerez demeureront strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins statistiques. Bien que votre participation soit volontaire, votre coopération est importante afin que les renseignements recueillis puissent être les plus exacts.

**A. État du répondant de l'enquête longitudinale**

A1. ... vit il / elle toujours à (Lisez les renseignements sur l'étiquette)?

AM10\_1

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à A3**

A2. Est-ce que l'adresse indiquée sur l'étiquette est correcte et complète?

AM10\_2

- 1 Oui **Passez à A8**
- 2 Non (établissement) **Corrigez sur le formulaire de contrôle pour l'établissement et passez à A8**
- 3 Non (ménage) **Passez à A7 et inscrivez l'adresse corrigée au complet**

A3. Où est ... ?

AM10\_3 (Ne cochez qu'une seule réponse)

- 1 Est décédé(e)
  - 2 Un ménage privé **Passez à A7**
  - 3 Un foyer de soins infirmiers
  - 4 Un hôpital général
  - 5 Un établissement de soins de santé
  - 6 Autre – Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)
- Passez à A6**

A4. À quelle date ... est-il / elle décédé(e)?

AM10\_DOD\_\_ (2 caract.) (01 – 31)  
Jour

AM10\_MOD\_\_ (2 caract.) (01 – 12)  
Mois

AM10\_YOD\_\_\_\_ (4 caract.) (1900 – 2001)  
Année

A5. Dans quelle ville et dans quelle province ... est-il / elle décédé(e)?

AM10\_DCY1 Ville \_\_\_\_\_ (25 caract.)

AM10\_DPR2 Code provincial \_\_ (2 caract.) (BC, AB, SK, MN, ON, QU, NB, NS, PE, NF, NT, NU, YK OR US)

**Cochez « Décédé » à la question 1 - Endroit et « Ménage / décédé » à la question 2 - No. séquentiel sur la page couverture.**

**Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.**

**Enquête nationale sur la santé de la population 2000 2001 Établissements de soins de santé**

A6. **Quel est le nom de l'établissement?**

**IPI0\_NAM**

----- (50 caract.)

A7. **Quelle est l'adresse postale?**

**IPI0\_ADD** 1. **Rue / R.R.**

----- (50 caract.)

**IPI0\_APT** 2. **Appartement**

----- (15 caract.)

**IPI0\_CTY** 3. **Ville**

----- (25 caract.)

**IPI0\_PC** 4. **Code postal**

----- (ANANAN) (6 caract.)

**IPI0\_PR** 5. **Code provincial**

\_\_ (BC, AB, SK, MN, ON, QU, NB, NS, PE, NF, NT, NU, YK QR US) (2 caract.)

**IPI0\_TEL** 6. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**

----- - ----- (10 caract.)

A8. **Intervieweur :**

**AM10\_A8**

Si le répondant vit maintenant  
dans un établissement

1

**Complétez la Question 1 - Endroit et la Question 2 - Numéro séquentiel sur la page couverture et passez à la Section B - Consentement du plus proche parent - Page 5.**

Si le répondant vit maintenant  
dans un ménage et ÉCHANTILLON=I

2

**Complétez Question 1 - Endroit et la Question 2 - Numéro séquentiel sur la page couverture et passez à la Section CC - Page 29.**

Si le répondant vit maintenant  
dans un ménage et ÉCHANTILLON=C

3

**Complétez Question 1 - Endroit et la Question 2 - Numéro séquentiel sur la page couverture et TERMINEZ l'interview.**



## Répondants vivant dans un établissement

### **B. Consentement du plus proche parent**

B0. Intervieweur :

AM10\_B0 Si le répondant complète ce questionnaire  
(sans procuration)

1 **Passez à la Section C - Information  
sur le répondant choisi et  
complétez le questionnaire avec le  
répondant**

Si le plus proche parent accepte de  
compléter le questionnaire

2 **Passez à la Section C - Information  
sur le répondant choisi et  
complétez le questionnaire  
concernant le répondant avec le  
plus proche parent**

Si le plus proche parent n'accepte pas  
de compléter le questionnaire

3 **Continuez avec B1**

B1. **Acceptez-vous que l'établissement désigne une personne pour répondre aux questions  
de l'Enquête nationale sur la santé de la population concernant . . . , et que l'information  
recueillie soit fournie à Statistique Canada?**

AM10\_PER

- 1 Oui
- 2 Non

**Entrez le code de réponse final «REFUS» à la Question 4 sur la page  
couverture du questionnaire et TERMINEZ l'interview**

B2. **Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies  
durant cette interview avec des renseignements obtenus auprès des ministères  
provinciaux de la santé. Ces renseignements porteraient entre autres sur l'utilisation  
passée et courante des services, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les  
cliniques et les bureaux de médecin ou autres services offerts par la province. Ces  
renseignements serviront seulement à des fins statistiques.**

AM10\_LNK

**Est-ce que vous nous donnez votre permission?**

- 1 Oui
- 2 Non

B3. **Pour éviter les répétitions inutiles, Statistique Canada aimerait partager l'information  
recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les  
ministères provinciaux de la santé et Santé Canada. Ces organismes ont accepté de  
garder les données confidentielles et de les utiliser seulement à des fins statistiques.**

AM10\_SHA

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

- 1 Oui
- 2 Non

**Remerciez le répondant et contactez l'établissement**

**C. Information sur le répondant choisi**

C1. Intervieweur :  
DH10\_1 Qui complète le questionnaire?  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Répondant choisi (Sans procuration)
- 2 Membre de la famille ou plus proche parent (Par procuration)
- 3 Personnel, bénévoles de l'établissement, autre (Par procuration)

C2. J'aimerais confirmer avec vous, la façon d'écrire votre (le) nom (de . . . ).  
Est-ce que c'est (Lisez sur l'étiquette)?  
(Corrigez ci-dessous au besoin.)

DH10\_2 1 Même que sur l'étiquette

**OU**

DH10\_FN 2 Prénom et initiale  
----- (25 caract.)

DH10\_LN 3 Nom de famille  
----- (25 caract.)

C3. Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . . )?  
DH10\_MAR (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Marié(e)
- 2 Union libre
- 3 Vit avec un(e) conjoint(e)
- 4 Célibataire (jamais marié(e))
- 5 Veuf ou veuve
- 6 Séparé(e) **Passez à C5**
- 7 Divorcé(e)
- 97 Ne sait pas

C4. Votre (l' / le / la) époux / épouse / conjoint(e) (de . . . ) vit-il / elle également dans cet établissement?  
DH10\_7

- 1 Oui
- 2 Non

C5. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) votre (sa) propre chambre?  
DH10\_8

- 1 Oui
- 2 Non

C6. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) le téléphone dans votre (sa) chambre?  
DH10\_9

- 1 Oui
- 2 Non

C7. **À quelle date avez-vous (. . . a-t-il / elle) été admis(e) dans cet établissement?**  
(Dans le cas de plusieurs admissions, inscrivez la date la plus récente.)

DH10\_MOA \_\_\_ (2 caract.) (01 – 12)  
Mois

DH10\_YOA \_\_\_\_ (4 caract.) (1900 – 2001)  
Année

## **D. État de santé général**

Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre (la) santé (de . . .). Par santé, on entend non seulement l'absence de maladies ou de blessures, mais aussi un bien-être physique, mental et social.

D1. **En général, diriez-vous que votre (la) santé (de . . .) est :**  
GH10\_1 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

## **E. État de santé**

Les questions suivantes concernent votre (l') état de santé (de . . .). Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume, qui affectent les personnes pendant de courtes périodes. Elles concernent les capacités habituelles d'une personne. Il se peut que vous pensiez qu'elles ne s'appliquent pas à vous (. . .), mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

### **Vision**

E1. **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**  
HS10\_1

- 1 Oui **Passez à E4**
- 2 Non

E2. **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**  
HS10\_2

- 1 Oui **Passez à E4**
- 2 Non

E3. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) capable de voir quoi que ce soit?**  
HS10\_3

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à E6 - Ouïe**

E4. **Voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) sans lunettes ou verres de contact?**  
HS10\_4

- 1 Oui **Passez à E6 - Ouïe**
- 2 Non

E5. HS10\_5 **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) avec des lunettes ou des verres de contact?

- 1 Oui
- 2 Non

**Ouïe**

E6. HS10\_6 **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?

- 1 Oui **Passez à E11 - Élocution**
- 2 Non

E7. HS10\_7 **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, avec l'aide d'une prothèse auditive?

- 1 Oui **Passez à E9**
- 2 Non

E8. HS10\_8 Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) entendre quoi que ce soit?

- 1 Oui **Passez à E11 - Élocution**
- 2 Non

E9. HS10\_9 **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?

- 1 Oui **Passez à E11 - Élocution**
- 2 Non

E10. HS10\_10 **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, avec l'aide d'une prothèse auditive?

- 1 Oui
- 2 Non

**Élocution**

E11. HS10\_11 **Habituellement**, êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) dans votre (sa) langue avec des inconnus?

- 1 Oui **Passez à E15 - Mobilité**
- 2 Non

E12. HS10\_12 Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des inconnus?

- 1 Oui
- 2 Non

E13. HS10\_13 Êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?

- 1 Oui **Passez à E15 - Mobilité**
- 2 Non

E14. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?**

**HS10\_14**

- 1 Oui
- 2 Non

**Mobilité**

E15. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher sans difficulté et sans vous (se) servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?**

**HS10\_15**

- 1 Oui **Passez à E22 - Agilité**
- 2 Non

E16. **Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher?**

**HS10\_16**

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à E19**

E17. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles, pour marcher?**

**HS10\_17**

- 1 Oui
- 2 Non

E18. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**

**HS10\_18**

- 1 Oui
- 2 Non

E19. **Utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant pour vous (se) déplacer?**

**HS10\_19**

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à E22 - Agilité**

E20. **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**

**HS10\_20** (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

E21. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour vous (se) déplacer en fauteuil roulant?**

**HS10\_21**

- 1 Oui
- 2 Non

**Agilité**

E22. **Est-il physiquement difficile pour vous (. . .) de vous (se) couper les ongles d'orteils?**

**HS10\_22**

- 1 Oui
- 2 Non

Mains et doigts

E23. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?  
HS10\_23

- 1 Oui **Passez à E27 - Sentiments**
- 2 Non

E24. En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne?  
HS10\_24

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à E26**

E25. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :  
HS10\_25 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

E26. En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'équipement spécial, comme un appareil pour vous (l') aider à vous (s') habiller?  
HS10\_26

- 1 Oui
- 2 Non

Sentiments

E27. Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant **habituellement** :  
HS10\_27 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 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

E28. Comment décririez-vous votre (la) capacité **habituelle** (de . . .) à vous (se) souvenir des choses? Êtes-vous (Est-il / elle) :  
HS10\_28 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 ... capable de vous (se) souvenir de la plupart des choses? **Passez à E30 - Pensée**
- 2 ... plutôt porté(e) à oublier des choses?
- 3 ... très porté(e) à oublier des choses?
- 4 ... incapable de vous (se) rappeler de quoi que ce soit? **Passez à E30 - Pensée**

E29. **S'agit-il d'un problème de mémoire à court terme, à long terme ou des deux? (Par mémoire à court terme, on entend la capacité de se souvenir d'hier et d'aujourd'hui. Par mémoire à long terme, on entend la capacité de se souvenir de faits qui ont eu lieu l'année dernière ou plusieurs années auparavant.)**  
*(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 1 Court terme seulement
- 2 Long terme seulement
- 3 Court terme et long terme

### Pensée

E30. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de ...) à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours? Êtes-vous (Est-il / elle) :**  
*(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?

### Douleur et malaises

E31. **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) sans douleurs ou malaises?**

*HS10\_31*

- 1 Oui **Passez à la Section F - Problèmes de santé chroniques**
- 2 Non

E32. **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**

*HS10\_32*

*(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

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

E33. **Combien d'activités vos (ses) douleurs ou vos (ses) malaises vous (l') empêchent-ils de faire?**

*HS10\_33*

*(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

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

## **F. Problèmes de santé chroniques**

Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée diagnostiqués chez vous ( . . . ) par un professionnel de la santé. Par «problème de santé de longue durée», on entend un état qui persiste, ou qui devrait persister pendant 6 mois ou plus.

F1. **Un professionnel de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous ( . . . ) certains des problèmes de santé de longue durée suivants?**

**CCIO\_1A a) Arthrite ou rhumatisme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1B b) Tension artérielle élevée (hypertension)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1C c) Asthme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1D d) Bronchite chronique ou emphyseme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1E e) Diabète**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1F f) Épilepsie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1G g) Une maladie cardiaque**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCIO\_1H h) Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas



**CCI0\_1I** i) **Paralysie, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1J** j) **Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1K** k) **Difficulté à contrôler les intestins**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1L** l) **Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1M** m) **Ostéoporose ou fragilité osseuse**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1N** n) **Cataracte(s)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1O** o) **Glaucome**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1P** p) **Ulcères à l'estomac ou à l'intestin**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1Q** q) **Insuffisance rénale ou maladie du rein**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1R** r) **Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CC10\_1S s) Problème de la thyroïde**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CC10\_1T t) Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CC10\_1U u) Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CC10\_1W v) Cancer**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CC10\_1V w) Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé**

- 1 Oui – Précisez \_\_\_\_\_ (50 caract.)
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**G. Limitation des activités**

Les questions suivantes portent sur toute limitation découlant de l'état de santé qui a une influence sur les activités quotidiennes. Dans ces questions, on entend par «problème de santé de longue durée» un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus.

G1. **À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous (... est-il / elle) limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou le nombre d'activités que vous (qu'il / elle) exercez (exerce) :**

**RA10\_1A a) ... à l'intérieur de la résidence ou de l'établissement?**

- 1 Oui
- 2 Non

**RA10\_1B b) ... à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement, par exemple des voyages, des activités récréatives ou des loisirs?**

- 1 Oui
- 2 Non

G2. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée?**

RAI0\_2

- 1 Oui
- 2 Non

Intervieweur :

Si «**OUI**» à au moins une des questions G1a, G1b, ou G2

**Passez à G3**

Autrement

**Passez à G8**

G3. **Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous soyez (. . . soit) limité(e) dans vos (ses) activités ou causant cette incapacité ou ce handicap?**

RAI0\_3C

RAI0F3 (Précisez un seul problème de santé)

RAI0CIC1

RAI0G12A

RAI0G25A \_\_\_\_\_ (25 caract.)

G4. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**

RAI0\_4 (Ne cochez que la cause principale.)

- 1 **Blessure**
- 2 **Présent dès la naissance**
- 3 **Milieu de travail**
- 4 **Maladie**
- 5 **Processus de vieillissement normal**
- 6 **Violences psychologiques ou physiques**
- 7 Autre – Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

G5. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) un autre problème de santé qui vous (le / la) limite dans vos (ses) activités ou cause une incapacité ou un handicap de longue durée?**

RAI0\_5

- 1 Oui
- 2 Non

**Passez à G8**

G6. **Quel est ce problème de santé?**

RAI0\_5C (Précisez le deuxième problème de santé)

RAI0F5

RAI0CIC2

RAI0G12B

RAI0G25B \_\_\_\_\_ (25 caract.)

G7. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**

RAI0\_6 (Ne cochez que la cause principale.)

- 1 **Blessure**
- 2 **Présent dès la naissance**
- 3 **Milieu de travail**
- 4 **Maladie**
- 5 **Processus de vieillissement normal**
- 6 **Violences psychologiques ou physiques**
- 7 Autre – Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

G8. **Il est possible que les prochaines questions ne s'appliquent pas à vous (à . . .), mais il est nécessaire de poser les mêmes questions à tout le monde. À cause de votre (son) état ou d'un problème de santé, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin qu'une autre personne vous (l') aide :**

**RAI0\_7A** a) ... à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?

- 1 Oui
- 2 Non

**RAI0\_7B** b) ... à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

**RAI0\_7C** c) ... à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

**RAI0\_7D** d) ... à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?

- 1 Oui
- 2 Non

**RAI0\_7E** e) ... à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?

- 1 Oui
- 2 Non

**G9. RAI0\_8** Êtes-vous (. . . est-il / elle) habituellement confiné(e) à un lit ou à un fauteuil pour la majeure partie de la journée, en raison de votre (son) état de santé?

- 1 Oui
- 2 Non

## **H. Équilibre**

**H1. FLI0\_1** Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

- 1 Oui
  - 2 Non
  - 7 Ne sait pas
- Passez à la Section I - Usage du tabac**

**H2. FLI0\_2** Combien de fois êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Une fois
- 2 Deux fois
- 3 De 3 à 5 fois
- 4 6 fois ou plus

**H3. FLI0\_3** N'oubliez pas, nous parlons des chutes qui se sont produites au cours des 12 derniers mois. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) subi des blessures à la suite de cette chute / de l'une ou l'autre de ces chutes?

- 1 Oui
  - 2 Non
- Passez à H5**

H4. **Quelle est la blessure la plus grave que vous ( . . . ) ayez (ait) subie à la suite de cette chute?**

FLI0\_4

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Fracture de la hanche
- 2 Fracture d'un os ou d'une articulation autre que la hanche
- 3 Ecchymoses, égratignures ou coupures
- 4 Entorse ou foulure d'une articulation ou du dos
- 5 Perte de connaissance ou commotion cérébrale
- 6 Autre blessure - Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

H5. **Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous ( . . . est-il / elle) tombé(e)?**

(Cochez toutes les réponses appropriées.)

- |         |    |  |
|---------|----|--|
| FLI0_5A | 1  | Étourdissement / évanouissement                      |
| FLI0_5B | 2  | Maladie  |
| FLI0_5C | 3  | Faiblesse / fragilité                                |
| FLI0_5D | 4  | Trouble de l'équilibre                               |
| FLI0_5E | 5  | Tombé(e) endormi(e)                                  |
| FLI0_5F | 6  | Réaction aux médicament                              |
| FLI0_5G | 7  | Trouble de la vision                                 |
| FLI0_5H | 8  | Trébuché(e) sur un objet ou cogné(e) contre un objet |
| FLI0_5I | 9  | Mauvaise appréciation de la distance                 |
| FLI0_5J | 10 | Autre raison - Précisez _____ (26 caract.)           |

## I. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

I1. **Actuellement, fumez-vous ( . . . fume-t-il / elle) des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**

SMI0\_1

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Tous les jours
- 2 À l'occasion **Passez à I5**
- 3 Jamais **Passez à I4**

I2. **À quel âge avez-vous ( . . . a-t-il / elle) commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**

SMI0\_2

\_\_\_\_\_ ans (3 caract.) (001 - 130)  
997 Ne sait pas

I3. **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous ( . . . fume-t-il / elle) chaque jour?**

SMI0\_3

\_\_\_\_\_ cigarettes (3 caract.) (001 - 099) } **Passez à la Section J - Consommation d'alcool**  
997 Ne sait pas

I4. **Avez-vous ( . . . a-t-il / elle) déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?**

SMI0\_4

- 1 Oui
  - 2 Non
  - 7 Ne sait pas
- }
- Passez à la Section J - Consommation d'alcool**

I5. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà fumé des cigarettes tous les jours?**

SMIO\_5

- 1 Oui  
2 Non  
7 Ne sait pas } **Passez à la Section J - Consommation d'alcool**

I6. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMIO\_6

- \_\_-\_\_ ans (3 caract.) (001 – 130)  
997 Ne sait pas

I7. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMIO\_7

- \_\_-\_\_ ans (3 caract.) (001 – 130)  
997 Ne sait pas

## **J. Consommation d'alcool**

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la consommation d'alcool. Lorsqu'on parle d'un «verre», on entend par là :

- une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière en fût;
- un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin «cooler»;
- un verre d'une once et demie de spiritueux ou un cocktail contenant une once et demi de spiritueux.

J1. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (. . . a-t-il / elle) bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**

ALIO\_1

- 1 Oui **Passez à J3**  
2 Non

J2. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà pris un verre d'alcool?**

ALIO\_3

- 1 Oui **Passez à J4**  
2 Non **Passez à la Section K - Soutien social**  
7 Ne sait pas

J3. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) consommé des boissons alcoolisées?**

ALIO\_2

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

J4. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**

ALIO\_4

- 1 Oui  
2 Non  
7 Ne sait pas

## **K.      Soutien social**

Maintenant, voici quelques questions concernant votre (sa) relation avec différents groupes et le soutien fourni par la famille et les amis.

K1.      Êtes-vous (. . . est-il / elle) membre d'un groupe quelconque ou participez-vous  
SS10\_1 (participe-t-il / elle) à des activités de groupe À L'INTÉRIEUR de cet établissement, par exemple un club social, un groupe de loisirs, ou des services ou rencontres à caractère religieux?

- 1    Oui
- 2    Non            **Passez à K3**

K2.      Combien de fois avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté aux réunions ou participé aux  
SS10\_2 activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes (S'il / si elle est) membre de plus d'un groupe, pensez à celui dans lequel vous êtes (il / elle est) le plus actif(ve).  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1    Chaque jour
- 2    Au moins une fois par semaine
- 3    Au moins une fois par mois
- 4    Moins d'une fois par mois
- 5    Jamais

K3.      Participez-vous (. . . participe-t-il / elle) à des activités personnalisées avec un bénévole,  
SS10\_3A un thérapeute ou autre membre du personnel?

- 1    Oui
- 2    Non            **Passez à K5**

K4.      Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) participé à  
SS10\_3B ces activités personnalisées?  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1    Chaque jour
- 2    Au moins une fois par semaine
- 3    Au moins une fois par mois
- 4    Moins d'une fois par mois
- 5    Jamais

K5.      Avec combien de membres de la famille vous sentez-vous (. . . se sent-il / elle) proche?  
SS10\_4 mes de la famille proches (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00 et **Passez à K7**

K6.      Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous (. . . a-t-il / elle) vu l'un ou  
SS10\_5 l'autre de ces membres de la famille?  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1    Chaque jour
- 2    Au moins une fois par semaine
- 3    Au moins une fois par mois
- 4    Moins d'une fois par mois
- 5    Jamais

K7. J'aimerais maintenant poser quelques questions sur les amis proches. Par amis proches on entend des gens avec lesquels vous êtes (il / elle est) à l'aise, avec lesquels vous pouvez (il / elle peut) parler de vos (ses) affaires personnelles ou sur lesquels vous pouvez (il / elle peut) vous (se) fier pour obtenir de l'aide. Sans compter les personnes apparentées (de . . .) ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous (compte-t-il / elle) vivant À L'INTÉRIEUR de l'établissement?

\_\_ amis proches À L'INTÉRIEUR de l'établissement (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00

K8. **SS10\_7** Sans compter les personnes apparentées ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous (compte-t-il / elle) vivant À L'EXTÉRIEUR de l'établissement?

\_\_ amis proches À L'EXTÉRIEUR de l'établissement (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00 et **Passez à K9i**

K9. **SS10\_8** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) vu vos (ses) amis proches vivant À L'EXTÉRIEUR de cet établissement? C'est-à-dire à quelle fréquence vous (lui) ont-ils rendu visite ou leur avez-vous (a-t-il / elle) rendu visite? (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

K9i. Intervieweur :

Si K5=00 ET K8=00 **Passez à K11**

K10. **SS10\_9** Parmi vos (les) parents ou amis (de . . .) vivant À L'EXTÉRIEUR de cet établissement, qui voyez-vous (a-t-il / elle vu) le plus souvent au cours des 12 dernier mois? (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Époux(se) / conjoint(e)
- 2 Fille / bru
- 3 Fils / gendre
- 4 Parents / beaux-parents
- 5 Frère / sœur
- 6 Petit-fils / petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Voisin(e)
- 10 Autre - Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

K11. **SS10\_10** Avec combien de membres du personnel de cet établissement avez-vous (. . . a-t-il / elle) des rapports étroits, c'est-à-dire avec lesquels vous vous (il / elle se) sentez (sent) à l'aise ou vous (il / elle) pouvez (peut) discuter de questions personnelles?

\_\_ membres du personnel (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00



K12. **SS10\_11** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) quitté l'établissement pour participer à des activités sociales ou récréatives, telles que des sorties, des visites ou des voyages? N'incluez pas les déplacements effectués pour obtenir des soins médicaux ou des traitements.

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais **Passez à K14**

K13. **Durant ces déplacements à l'extérieur de l'établissement :**

**SS10\_12A** a) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) visité des amis ou des membres de la famille?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12B** b) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) magasiner?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12C** c) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté à des événements sociaux ou des services religieux?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12D** d) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) à la bibliothèque?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12E** e) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au cinéma?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12F** f) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un salon de beauté?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12G** g) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) suivi des cours d'artisanat ou de musique?

- 1 Oui
- 2 Non

**SS10\_12H** h) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un centre communautaire (p. ex., club de bridge, club de l'âge d'or)?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI0\_12I i) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades à pied?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI0\_12K j) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades en auto?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI0\_12L k) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au restaurant pour dîner ou souper?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI0\_12J l) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait autre chose?

- 1 Oui Précisez – \_\_\_\_\_ (25 caract.)
- 2 Non

K14. SSI0\_14 Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) modifier votre (son) horaire, p. ex., choisir l'heure à laquelle vous vous couchez (il / elle se couche) vous vous levez (il / elle se lève) ou vous prenez (il / elle prend) les repas? Diriez-vous que votre (l') horaire quotidien (de . . .) est:  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 ... très flexible?
- 2 ... assez flexible?
- 3 ... pas flexible, très rigide?

K15. SSI0\_13 À quelle fréquence parlez-vous (. . . parle-t-il / elle) au téléphone avec un ami ou un membre de la famille?  
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

## L. Renseignements socio-démographiques

Maintenant quelques questions d'ordre général qui nous permettront d'examiner le lien entre la santé et certains facteurs qui peuvent être liés à la santé.

### Revenu

L1. Si l'on pense à votre (au) revenu personnel (de . . .), de quelles sources, parmi les suivantes, avez-vous (. . . a-t-il / elle) reçu un revenu au cours des 12 derniers mois? (Cochez toutes les réponses appropriées.)

- INIO\_1A** 1 Sécurité de la vieillesse
- INIO\_1B** 2 Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
- INIO\_1C** 3 Supplément de revenu garanti
- INIO\_1D** 4 Prestations - régime de retraite, rentes
- INIO\_1E** 5 Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc.
- INIO\_1F** 6 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- INIO\_1G** 7 Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome
- INIO\_1H** 8 Autre revenu (p. ex., indemnités d'accident du travail, assurance-emploi, revenu de location, bourses d'études, autres paiements du gouvernement, pension alimentaire au conjoint(e), pension alimentaire aux enfants, etc.)
- INIO\_1I** 9 Aucune }  
Ne sait pas } **Passez à la Section M - Personnes à contacter**

L2. Quel a été votre (le) revenu personnel total approximatif (de . . .) avant impôts et retenues, au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources? Votre (Le) revenu personnel total (de . . .) était-il : (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 ...de moins de 5 000 \$?
- 2 ... de 5 000 \$ à moins de 10 000 \$?
- 3 ... de 10 000 \$ à moins de 15 000 \$?
- 4 ... de 15 000 \$ à moins de 20 000 \$?
- 5 ... de 20 000 \$ à moins de 30 000 \$?
- 6 ... de 30 000 \$ à moins de 40 000 \$?
- 7 ... de 40 000 \$ ou plus?
- 97 ... ne sait pas

**M. Personnes à contacter**

La présente enquête s'inscrit dans un projet à plus long terme qui vise à étudier l'état de santé des Canadiens. Dans 2 ans, nous devons communiquer de nouveau avec vous ( . . . ) pour recueillir de l'information additionnelle sur votre (sa) santé. Si toutefois nous avons de la difficulté à vous (le / la) rejoindre, nous aimerions avoir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux amis ou parents (de . . . ) avec qui nous pourrions communiquer. Nous ne communiquerons avec ces personnes que pour prendre contact avec vous ( . . . ).

**Première personne**

M1. Prénom

CII0\_1A ----- (25 caract.)

M2. Nom de famille

CII0\_1B ----- (25 caract.)

M3. Rue / R.R.

CII0\_2A ----- (50 caract.)

M4. Appartement

CII0\_2B ----- (15 caract.)

M5. Ville

CII0\_3 ----- (25 caract.)

M6. Code postal

CII0\_4 ----- (6 caract.)

M7. Code provincial

CII0\_4P -- (2 caract.)

M8. N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)

CII0\_5 ----- (10 caract.)

M9. Quel est le lien entre cette personne et vous ( . . . )?

CII0\_6 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Époux(se) / conjoint(e)
- 2 Fille / bru
- 3 Fils / gendre
- 4 Parents / beaux-parents
- 5 Frère / sœur
- 6 Petit-fils / petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez ----- (26 caract.)

**Deuxième personne**

M10. **Prénom**  
CII0\_7A ----- (25 caract.)

M11. **Nom de famille**  
CII0\_7B ----- (25 caract.)

M12. **Rue / R.R.**  
CII0\_8A ----- (50 caract.)

M13. **Appartement**  
CII0\_8B ----- (15 caract.)

M14. **Ville**  
CII0\_9 ----- (25 caract.)

M15. **Code postal**  
CII0\_10 ----- (6 caract.)

M16. **Code provincial**  
CII0\_10P -- (2 caract.)

M17. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**  
CII0\_11 ----- (10 caract.)

M18. **Quel est le lien entre cette personne et vous (..) ?**  
CII0\_12 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Époux(se) / conjoint(e)
- 2 Fille / bru
- 3 Fils / gendre
- 4 Parents / beaux-parents
- 5 Frère / sœur
- 6 Petit-fils / petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez ----- (26 caract.)

## N. Consentements

- AMIO\_NO** Intervieweur :  
Si vous interviewez le RÉPONDANT ou «une personne interposée qui lui est apparentée» 1 **Posez les questions N1, N2, et N3**
- Si vous interviewez «un membre du personnel ou une personne interposée qui n'est pas apparentée» au répondant 2 **Rapportez-vous à la Section B Consentement du plus proche parent pour compléter N1 (=B1), N2 (=B2) et N3 (=B3)**

**N1.** Nous vous demandons la permission de recueillir les renseignements suivants auprès du personnel de l'établissement (où . . . habite).  
**AMIO\_PER**

Nous aimerions d'abord connaître le nombre et le nom des médicaments que vous (qu'il / elle) prenez (prend), sur ordonnance ou non.

Nous voudrions ensuite connaître la fréquence de vos (des) consultations (de . . .) avec les professionnels de la santé, comme les médecins, les thérapeutes ou les dentistes.

Nous donnez-vous votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non

**N2.** Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies durant cette interview avec des renseignements obtenus auprès des ministères provinciaux de la santé. Ces renseignements porteraient entre autres sur l'utilisation passée et courante des services, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecin, ou autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront seulement à des fins statistiques.  
**AMIO\_LNK**

Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non

**N3.** Pour éviter les répétitions inutiles, Statistique Canada aimerait partager l'information recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé et Santé Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser seulement à des fins statistiques.  
**AMIO\_SHA**

Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?

- 1 Oui
- 2 Non

**Intervieweur : Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.**

Si on a répondu «oui» à N1

**Prenez rendez-vous avec un membre du personnel pour recueillir les données sur la consommation de médicaments et l'utilisation des soins de santé (Sections O et P).**

**O. Consommation de médicaments**

Nous avons la permission de *Nom du résident* (du proche parent de . . .) de recueillir auprès de vous des renseignements sur sa consommation de médicaments et ses consultations avec des professionnels de la santé.

O1. **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de médicaments différents, sur ordonnance ou non, a-t-il / elle pris durant ces deux journées?**

DGI0\_2

\_\_ médicaments différents (2 caract.) (01 – 12)

Si Aucun Inscrivez 00 et **Passez à la Section P - Utilisation des soins de santé**

O2. **Quel est le nom exact du (des) médicament(s) que . . . a pris au cours des deux derniers jours?**

DGI0C3A (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)  
à (Indiquez tout au plus 12 médicaments.)  
DGI0C3L

DGI0F3A a) ----- (25 caract.)

DGI0F3B b) ----- (25 caract.)

DGI0F3C c) ----- (25 caract.)

DGI0F3D d) ----- (25 caract.)

DGI0F3E e) ----- (25 caract.)

DGI0F3F f) ----- (25 caract.)

DGI0F3G g) ----- (25 caract.)

DGI0F3H h) ----- (25 caract.)

DGI0F3I i) ----- (25 caract.)

DGI0F3J j) ----- (25 caract.)

DGI0F3K k) ----- (25 caract.)

DGI0F3L l) ----- (25 caract.)

**P. Utilisation des soins de santé**

P1. **Maintenant, quelques questions portant sur les consultations ou sur les contacts avec les professionnels de la santé. Au cours des 12 dernier mois, à quelle fréquence . . . a-t-il / elle consulté ou contacté les professionnels de la santé suivants pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

**HCI0\_1A** a) **... omnipraticien?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1B** b) **... spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1C** c) **... autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1D** d) **... infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1E** e) **... physiothérapeute?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1F** f) **... orthophoniste ou audiologiste?**

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais



**HCI0\_1G** g) ... ergothérapeute?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1H** h) ... thérapeute en inhalothérapie?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1I** i) ... dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?

- 1 Chaque jour – *Sans objet*
- 2 Au moins une fois par semaine – *Sans objet*
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1J** j) ... psychologue?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1K** k) ... travailleur social ou conseiller?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**P2.** **HCI0\_2** Au cours des 12 derniers mois, est-ce que . . . a été temporairement transféré(e) dans un centre de soins actif (de courte durée) pour une période de moins de 21 jours?

- 1 Oui
- 2 Non

**Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.**



## Répondants vivant dans un ménage

### **CC. Information sur le répondant choisi**

CC1. Intervieweur : Qui complète le questionnaire?  
DH10\_1 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Répondant choisi (Sans procuration)
- 2 Membre de la famille (Par procuration)
- 3 Autre (Par procuration)

CC2. **J'aimerais confirmer avec vous, la façon d'écrire votre (le) nom (de . . . ).**  
**Est-ce que c'est (Lisez sur l'étiquette)?**  
(Corrigez ci-dessous au besoin.)

DH10\_2 1 Même que sur l'étiquette

**OU**

DH10\_FN 2 **Prénom et initiale**  
----- (25 caract.)

DH10\_LN 3 **Nom de famille**  
----- (25 caract.)

CC3. **Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . . )?**  
DH10\_MAR (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Marié(e)
- 2 Union libre
- 3 Vit avec un(e) conjoint(e)
- 4 Célibataire (jamais marié(e))
- 5 Veuf ou veuve
- 6 Séparé(e)
- 7 Divorcé(e)
- 97 Ne sait pas

### **DD. État de santé général**

Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre (la) santé (de . . . ). Par santé, on entend non seulement l'absence de maladies ou de blessures, mais aussi un bien-être physique, mental et social.

DD1. **En général, diriez-vous que votre (la) santé (de . . . ) est :**  
DH10\_1 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

## **EE. État de santé**

Les questions suivantes concernent votre (l') état de santé (de . . .). Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume, qui affectent les personnes pendant de courtes périodes. Elles concernent les capacités habituelles d'une personne. Il se peut que vous pensiez qu'elles ne s'appliquent pas à vous (. . .), mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

### **Vision**

EE1. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?  
**HS10\_1**

- 1 Oui **Passez à EE4**
- 2 Non

EE2. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?  
**HS10\_2**

- 1 Oui **Passez à EE4**
- 2 Non

EE3. Êtes-vous (. . . est-il / elle) capable de voir quoi que ce soit?  
**HS10\_3**

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à EE6 - Ouïe**

EE4. Voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) sans lunettes ou verres de contact?  
**HS10\_4**

- 1 Oui **Passez à EE6 - Ouïe**
- 2 Non

EE5. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) avec des lunettes ou des verres de contact?  
**HS10\_5**

- 1 Oui
- 2 Non

### **Ouïe**

EE6. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?  
**HS10\_6**

- 1 Oui **Passez à EE11 - Élocution**
- 2 Non

EE7. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, avec l'aide d'une prothèse auditive?  
**HS10\_7**

- 1 Oui **Passez à EE9**
- 2 Non

EE8. Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) entendre quoi que ce soit?  
**HS10\_8**

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à EE11 - Élocution**

EE9. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?  
*HS10\_9*

- 1 Oui *Passez à EE11 - Élocution*
- 2 Non

EE10. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, avec l'aide d'une prothèse auditive?  
*HS10\_10*

- 1 Oui
- 2 Non

### Élocution

EE11. **Habituellement**, êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) dans votre (sa) langue avec des inconnus?  
*HS10\_11*

- 1 Oui *Passez à EE15 - Mobilité*
- 2 Non

EE12. Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des inconnus?  
*HS10\_12*

- 1 Oui
- 2 Non

EE13. Êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?  
*HS10\_13*

- 1 Oui *Passez à EE15 - Mobilité*
- 2 Non

EE14. Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?  
*HS10\_14*

- 1 Oui
- 2 Non

### Mobilité

EE15. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher sans difficulté et sans vous (se) servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?  
*HS10\_15*

- 1 Oui *Passez à EE22 - Agilité*
- 2 Non

EE16. Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher?  
*HS10\_16*

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à EE19*

EE17. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles, pour marcher?  
*HS10\_17*

- 1 Oui
- 2 Non

EE18. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**

HS10\_18

- 1 Oui
- 2 Non

EE19. **Utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant pour vous (se) déplacer?**

HS10\_19

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à EE22 - Agilité**

EE20. **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**

HS10\_20 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

EE21. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour vous (se) déplacer en fauteuil roulant?**

HS10\_21

- 1 Oui
- 2 Non

### Agilité

EE22. **Est-il physiquement difficile pour vous (. . .) de vous (se) couper les ongles d'orteils?**

HS10\_22

- 1 Oui
- 2 Non

### Mains et doigts

EE23. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?**

HS10\_23

- 1 Oui **Passez à EE27 - Sentiments**
- 2 Non

EE24. **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne?**

HS10\_24

- 1 Oui
- 2 Non **Passez à EE26**

EE25. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**

HS10\_25 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

EE26. **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'équipement spécial, comme un appareil pour vous (l') aider à vous (s') habiller?**

HS10\_26

- 1 Oui
- 2 Non

### Sentiments

EE27. **Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant habituellement :**

HS10\_27 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 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

EE28. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à vous (se) souvenir des choses? Êtes-vous (Est-il / elle) :**

HS10\_28 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 ... capable de vous (se) souvenir de la plupart des choses? *Passez à EE30 - Pensée*
- 2 ... plutôt porté(e) à oublier des choses?
- 3 ... très porté(e) à oublier des choses?
- 4 ... incapable de vous (se) rappeler de quoi que ce soit? *Passez à EE30 - Pensée*

EE29. **S'agit-il d'un problème de mémoire à court terme, à long terme ou des deux? (Par mémoire à court terme, on entend la capacité de se souvenir d'hier et d'aujourd'hui. Par mémoire à long terme, on entend la capacité de se souvenir de faits qui ont eu lieu l'année dernière ou plusieurs années auparavant.)**

HS10\_29

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Court terme seulement
- 2 Long terme seulement
- 3 Court terme et long terme

### Pensée

EE30. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours. Êtes-vous (Est-il / elle) :**

HS10\_30

(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?

### Douleur et malaises

EE31. **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) sans douleurs ou malaises?**

HS10\_31

- 1 Oui *Passez à la Section FF - Problèmes de santé chroniques*
- 2 Non

EE32. **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**

HS10\_32

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Faible
- 2 Moyenne
- 3 Forte

EE33. **Combien d'activités vos (ses) douleurs ou vos (ses) malaises vous (l') empêchent-ils de faire?**

HS10\_33

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

## **FF. Problèmes de santé chroniques**

Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée diagnostiqués chez vous ( . . . ) par un professionnel de la santé. Par «problème de santé de longue durée», on entend un état qui persiste, ou qui devrait persister pendant 6 mois ou plus.

FF1. **Un professionnel de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous ( . . . ) certains des problèmes de santé de longue durée suivants?**

CCI0\_1A a) **Arthrite ou rhumatisme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI0\_1B b) **Tension artérielle élevée (hypertension)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI0\_1C c) **Asthme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI0\_1D d) **Bronchite chronique ou emphysème**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI0\_1E e) **Diabète**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas



**CCI0\_1F f) Épilepsie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1G g) Une maladie cardiaque**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1H h) Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1I i) Paralysie, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1J j) Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1K k) Difficulté à contrôler les intestins**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1L l) Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1M m) Ostéoporose ou fragilité osseuse**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1N n) Cataracte(s)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1O o) Glaucome**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1P p) Ulcères à l'estomac ou à l'intestin**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1Q q) Insuffisance rénale ou maladie du rein**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1R r) Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1S s) Problème de la thyroïde**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1T t) Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1U u) Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1W v) Cancer**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

**CCI0\_1V w) Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé**

- 1 Oui – Précisez \_\_\_\_\_ (50 caract.)
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

## **GG. Limitation des activités**

Les questions suivantes portent sur toute limitation découlant de l'état de santé qui a une influence sur les activités quotidiennes. Dans ces questions, on entend par «problème de santé de longue durée» un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus.

GG1. **À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous (. . . est-il / elle) limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou le nombre d'activités que vous (qu'il / elle) exercez (exerce) :**

**RAI0\_1A** a) ... à la maison?

- 1 Oui
- 2 Non

**RAI0\_1B** b) ... dans des activités comme les voyages, les activités récréatives ou les loisirs?

- 1 Oui
- 2 Non

GG2. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée?**

**RAI0\_2**

- 1 Oui
- 2 Non

*Intervieweur :*

*Si «OUI» à au moins une des questions GG1a, GG1b, ou GG2*

**Passez à GG3**

*Autrement*

**Passez à GG8**

GG3. **Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous soyez (. . . soit) limité(e) dans vos (ses) activités ou causant cette incapacité ou ce handicap?**

**RAI0\_3C**

**RAI0F3**

**RAI0CIC1**

**RAI0G12A**

**RAI0G25A**

*(Précisez un seul problème de santé)*

----- (25 caract.)

GG4. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**

**RAI0\_4**

*(Ne cochez que la cause principale.)*

- 1 **Blessure**
- 2 **Présent dès la naissance**
- 3 **Milieu de travail**
- 4 **Maladie**
- 5 **Processus de vieillissement normal**
- 6 **Violences psychologiques ou physiques**
- 7 **Autre – Précisez** -----

(26 caract.)

**GG5**

**RAI0\_5**

**Avez-vous (. . . a-t-il / elle) un autre problème de santé qui vous (le / la) limite dans vos (ses) activités ou cause une incapacité ou un handicap de longue durée?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Passez à GG8**

GG6. **Quel est ce problème de santé?**

RAI0\_5C (Précisez le deuxième problème de santé)

RAI0F5

RAI0CIC2

RAI0G12B

RAI0G25B \_\_\_\_\_ (25 caract.)

GG7. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**

RAI0\_6 (Ne cochez que la cause principale.)

- 1 Blessure
- 2 Présent dès la naissance
- 3 Milieu de travail
- 4 Maladie
- 5 Processus de vieillissement normal
- 6 Violences psychologiques ou physiques
- 7 Autre – Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

GG8. **Il est possible que les prochaines questions ne s'appliquent pas à vous (à . . .), mais il est nécessaire de poser les mêmes questions à tout le monde. À cause de votre (son) état ou d'un problème de santé, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin qu'une autre personne vous (l') aide :**

RAI0\_7A a) ... à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI0\_7B b) ... à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la maison ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI0\_7C c) ... à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la maison ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI0\_7D d) ... à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI0\_7E e) ... à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?

- 1 Oui
- 2 Non

GG9. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) habituellement confiné(e) à un lit ou à un fauteuil pour la majeure partie de la journée, en raison de votre (son) état de santé?**

RAI0\_8

- 1 Oui
- 2 Non

## HH. Équilibre

HH1. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

FLI0\_1

- 1 Oui
  - 2 Non
  - 7 Ne sait pas
- } **Passez à la Section II - Usage du tabac**

HH2. Combien de fois êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

FLI0\_2

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Une fois
- 2 Deux fois
- 3 De 3 à 5 fois
- 4 6 fois ou plus

HH3. N'oubliez pas, nous parlons des chutes qui se sont produites au cours des 12 derniers mois. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) subi des blessures à la suite de cette chute / de l'une ou l'autre de ces chutes?

FLI0\_3

- 1 Oui
  - 2 Non
- Passez à HH5**

HH4. Quelle est la blessure la plus grave que vous (. . .) ayez (ait) subie à la suite de cette chute?

FLI0\_4

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Fracture de la hanche
- 2 Fracture d'un os ou d'une articulation autre que la hanche
- 3 Ecchymoses, égratignures ou coupures
- 4 Entorse ou foulure d'une articulation ou du dos
- 5 Perte de connaissance ou commotion cérébrale
- 6 Autre blessure - Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

HH5. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

(Cochez toutes les réponses appropriées.)

FLI0\_5A 1 Étourdissement / évanouissement

FLI0\_5B 2 Maladie

FLI0\_5C 3 Faiblesse / fragilité

FLI0\_5D 4 Trouble de l'équilibre

FLI0\_5E 5 Tombé(e) endormi(e)

FLI0\_5F 6 Réaction aux médicaments

FLI0\_5G 7 Trouble de la vision

FLI0\_5H 8 Trébuché(e) sur un objet ou cogné(e) contre un objet

FLI0\_5I 9 Mauvaise appréciation de la distance

FLI0\_5J 10 Autre raison - Précisez \_\_\_\_\_ (26 caract.)

## II. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

II1. **Actuellement, fumez-vous (. . . fume-t-il / elle) des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**

SMIO\_1

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Tous les jours
- 2 À l'occasion **Passez à II5**
- 3 Jamais **Passez à II4**

II2. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**

SMIO\_2

- \_\_\_ ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

II3. **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous (. . . fume-t-il / elle) chaque jour?**

SMIO\_3

- \_\_\_ cigarettes (3 caract.) (001 – 099)
  - 997 Ne sait pas
- Passez à la Section JJ - Consommation d'alcool**

II4. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?**

SMIO\_4

- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 Ne sait pas
- Passez à la Section JJ - Consommation d'alcool**

II5. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà fumé des cigarettes tous les jours?**

SMIO\_5

- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 Ne sait pas
- Passez à la Section JJ - Consommation d'alcool**

II6. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMIO\_6

- \_\_\_ ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

II7. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMIO\_7

- \_\_\_ ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

## **JJ.      Consommation d'alcool**

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la consommation d'alcool. Lorsqu'on parle d'un «verre», on entend par là :

- une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière en fût;
- un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin «cooler»;
- un verre d'une once et demie de spiritueux ou un cocktail contenant une once et demi de spiritueux.

JJ1.      **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (. . . a-t-il / elle) bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**  
**ALIO\_1**

- 1 Oui                    **Passez à JJ3**
- 2 Non

JJ2.      **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà pris un verre d'alcool?**  
**ALIO\_3**

- 1 Oui                    **Passez à JJ4**
- 2 Non
- 7 Ne sait pas } **Passez à la Section LL – Renseignements socio-démographiques**

JJ3.      **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) consommé des boissons alcoolisées?**  
**ALIO\_2**      *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

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

JJ4.      **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**  
**ALIO\_4**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

## LL. Renseignements socio-démographiques

Maintenant quelques questions d'ordre général qui nous permettront d'examiner le lien entre la santé et certains facteurs qui peuvent être liés à la santé.

### Revenu

LL1. Si l'on pense à votre (au) revenu personnel (de . . .), de quelles sources, parmi les suivantes, avez-vous (. . . a-t-il / elle) reçu un revenu au cours des 12 derniers mois? (Cochez toutes les réponses appropriées.)

- INIO\_1A** 1 Sécurité de la vieillesse
- INIO\_1B** 2 Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
- INIO\_1C** 3 Supplément de revenu garanti
- INIO\_1D** 4 Prestations - régime de retraite, rentes
- INIO\_1E** 5 Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc.
- INIO\_1F** 6 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- INIO\_1G** 7 Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome
- INIO\_1H** 8 Autre revenu (p. ex., indemnités d'accident du travail, assurance-emploi, revenu de location, bourses d'études, autres paiements du gouvernement, pension alimentaire au conjoint(e), pension alimentaire aux enfants, etc.)
- INIO\_1I** 9 Aucune  
Ne sait pas } **Passez à la Section MM - Personnes à contacter**

LL2. Quel a été votre (le) revenu personnel total approximatif (de . . .) avant impôts et retenues, au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources? Votre (Le) revenu personnel total (de . . .) était-il : (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 ... de moins de 5 000 \$?
- 2 ... de 5 000 \$ à moins de 10 000 \$?
- 3 ... de 10 000 \$ à moins de 15 000 \$?
- 4 ... de 15 000 \$ à moins de 20 000 \$?
- 5 ... de 20 000 \$ à moins de 30 000 \$?
- 6 ... de 30 000 \$ à moins de 40 000 \$?
- 7 ... de 40 000 \$ ou plus?
- 97 ... ne sait pas



**MM. Personnes à contacter**

La présente enquête s'inscrit dans un projet à plus long terme qui vise à étudier l'état de santé des Canadiens. Dans 2 ans, nous devons communiquer de nouveau avec vous ( . . . ) pour recueillir de l'information additionnelle sur votre (sa) santé. Si toutefois nous avons de la difficulté à vous (le / la) rejoindre, nous aimerions avoir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux amis ou parents (de . . . ) avec qui nous pourrions communiquer. Nous ne communiquerons avec ces personnes que pour prendre contact avec vous ( . . . ).

**Première personne**

MM1. **Prénom**

**CII0\_1A** ----- (25 caract.)

MM2. **Nom de famille**

**CII0\_1B** ----- (25 caract.)

MM3. **Rue / R.R.**

**CII0\_2A** ----- (50 caract.)

MM4. **Appartement**

**CII0\_2B** ----- (15 caract.)

MM5. **Ville**

**CII0\_3** ----- (25 caract.)

MM6. **Code postal**

**CII0\_4** ----- (6 caract.)

MM7. **Code provincial**

**CII0\_4P** -- (2 caract.)

MM8. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**

**CII0\_5** ----- (10 caract.)

MM9. **Quel est le lien entre cette personne et vous ( . . . )?**

**CII0\_6** (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Époux(se) / conjoint(e)
- 2 Fil(e) / bru
- 3 Fil(s) / gendre
- 4 Parents / beaux-parents
- 5 Frère / sœur
- 6 Petit-fils / petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez ----- (26 caract.)

**Deuxième personne**

MM10. **Prénom**  
CII0\_7A ----- (25 caract.)

MM11. **Nom de famille**  
CII0\_7B ----- (25 caract.)

MM12. **Rue / R.R.**  
CII0\_8A ----- (50 caract.)

MM13. **Appartement**  
CII0\_8B ----- (15 caract.)

MM14. **Ville**  
CII0\_9 ----- (25 caract.)

MM15. **Code postal**  
CII0\_10 ----- (6 caract.)

MM16. **Code provincial**  
CII0\_10P -- (2 caract.)

MM17. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**  
CII0\_11 ----- (10 caract.)

MM18. **Quel est le lien entre cette personne et vous (. . .)?**  
CII0\_12 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Époux(se) / conjoint(e)
- 2 Fille / bru
- 3 Fils / gendre
- 4 Parents / beaux-parents
- 5 Frère / sœur
- 6 Petit-fils / petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez ----- (26 caract.)

**OO. Consommation de médicaments**

OO1. **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant l'utilisation de médicaments, sur ordonnance ou non. Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de médicaments différents, sur ordonnance ou non, avez-vous (. . . a-t-il / elle) pris durant ces deux journées?**  
(Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)

-- médicaments différents (2 caract.) (00 – 12)

Si Aucun Inscrivez 00 et **Passez à la Section PP - Utilisation des soins de santé**

OO2. **Quel est le nom exact du (des) médicament(s) que vous avez (. . . a) pris au cours des deux derniers jours?**

À (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)

DGI0C3L (Indiquez tout au plus 12 médicaments.)

DGI0F3A a) ----- (25 caract.)

DGI0F3B b) ----- (25 caract.)

DGI0F3C c) ----- (25 caract.)

DGI0F3D d) ----- (25 caract.)

DGI0F3E e) ----- (25 caract.)

DGI0F3F f) ----- (25 caract.)

DGI0F3G g) ----- (25 caract.)

DGI0F3H h) ----- (25 caract.)

DGI0F3I i) ----- (25 caract.)

DGI0F3J j) ----- (25 caract.)

DGI0F3K k) ----- (25 caract.)

DGI0F3L l) ----- (25 caract.)

**PP. Utilisation des soins de santé**

PP1. Maintenant, quelques questions portant sur les consultations avec les professionnels de la santé. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) consulté ou contacté les professionnels de la santé suivants pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :

**HCI0\_1A** a) ... omnipraticien?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1B** b) ... spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1C** c) ... autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1D** d) ... infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1E** e) ... physiothérapeute?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1F** f) ... orthophoniste ou audiologiste?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1G** g) ... ergothérapeute?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1H** h) ... thérapeute en inhalothérapie?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1I** i) ... dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?

- 1 Chaque jour – *Sans objet*
- 2 Au moins une fois par semaine – *Sans objet*
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1J** j) ... psychologue?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**HCI0\_1K** k) ... travailleur social ou conseiller?

- 1 Chaque jour
- 2 Au moins une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

**QQ. Consentements**

QQ2. **Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies durant cette interview avec des renseignements obtenus auprès des ministères provinciaux de la santé. Ces renseignements porteraient entre autres sur l'utilisation passée et courante des services, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecin, ou autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront seulement à des fins statistiques.**

AMIO\_LNK

**Est-ce que vous nous donnez votre permission?**

- 1 Oui
- 2 Non

QQ3. **Pour éviter les répétitions inutiles, Statistique Canada aimerait partager l'information recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé et Santé Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser seulement à des fins statistiques.**

AMIO\_SHA

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

- 1 Oui
- 2 Non

**Intervieweur : Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.**

