



Enquête sur la promotion de la santé

EPS-2

1: - -

Numéro de téléphone

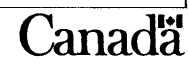
5:

Numéro de séquence

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

Nom de l'intervieweur : _____

<p>SECTION A: PERCEPTION DE LA SANTÉ</p> <p>A1. J'aimerais d'abord vous poser quelques questions sur votre état de santé.</p> <p>Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...</p> <p>1 <input type="radio"/> Excellente?</p> <p>2 <input type="radio"/> Très bonne?</p> <p>3 <input type="radio"/> Bonne?</p> <p>4 <input type="radio"/> Moyenne?</p> <p>5 <input type="radio"/> Mauvaise?</p> <hr/> <p>A2. Diriez-vous que votre vie est...</p> <p>1 <input type="radio"/> Très stressante?</p> <p>2 <input type="radio"/> Assez stressante?</p> <p>3 <input type="radio"/> Pas très stressante?</p> <p>4 <input type="radio"/> Pas stressante du tout?</p> <hr/> <p>A3. Les questions suivantes ont trait à votre condition physique actuelle.</p> <p>Combien mesurez-vous sans souliers?</p> <p>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pieds ou 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pouces centimètres</p> <hr/> <p>A4. Combien pesez-vous?</p> <p>3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> livres ou 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kilogrammes</p> <hr/> <p>A5. Combien aimeriez-vous peser?</p> <p>5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> livres ou 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kilogrammes</p> <p>7 <input type="radio"/> Même que A4</p> <p>8 <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <hr/> <p>A6. Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par « chronique », je veux dire qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de 6 mois.</p> <p>1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non → Passez à B1</p> <hr/> <p>A7. Est-ce que vos activités sont limitées...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non Ne sait pas</th> <th>Sans Objet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) À la maison?</td> <td>01 <input type="radio"/></td> <td>02 <input type="radio"/></td> <td>03 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>b) Au travail ou à l'école?</td> <td>04 <input type="radio"/></td> <td>05 <input type="radio"/></td> <td>06 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>c) Dans d'autres circonstances (telles que les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail)? ...</td> <td>07 <input type="radio"/></td> <td>08 <input type="radio"/></td> <td>09 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet	a) À la maison?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	b) Au travail ou à l'école?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	c) Dans d'autres circonstances (telles que les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail)? ...	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	<p>A8. Dans quelle mesure parvenez-vous à faire face à cette limite? Diriez-vous...</p> <p>1 <input type="radio"/> Avec beaucoup de succès?</p> <p>2 <input type="radio"/> Avec assez de succès?</p> <p>3 <input type="radio"/> Avec peu de succès?</p> <p>4 <input type="radio"/> Sans succès?</p> <p>5 <input type="radio"/> Ne sait pas</p> <hr/> <p>A9. Quelle est l'importance de chacun des éléments suivants dans votre capacité à faire face à votre limite d'activités? Sont-ils très importants, assez importants ou pas importants du tout?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Très important</th> <th>Assez important</th> <th>Pas important</th> <th>Ne sait pas/ Sans Objet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Les traitements médicaux que vous avez reçus?</td> <td>01 <input type="radio"/></td> <td>02 <input type="radio"/></td> <td>03 <input type="radio"/></td> <td>04 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>b) Votre famille ou vos amis?</td> <td>05 <input type="radio"/></td> <td>06 <input type="radio"/></td> <td>07 <input type="radio"/></td> <td>08 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>c) Votre propre état de santé en général?</td> <td>09 <input type="radio"/></td> <td>10 <input type="radio"/></td> <td>11 <input type="radio"/></td> <td>12 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>d) Votre détermination?</td> <td>13 <input type="radio"/></td> <td>14 <input type="radio"/></td> <td>15 <input type="radio"/></td> <td>16 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>e) La prière ou un appui spirituel?</td> <td>17 <input type="radio"/></td> <td>18 <input type="radio"/></td> <td>19 <input type="radio"/></td> <td>20 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">SECTION B: AMÉLIORER SA SANTÉ</p> <p>B1. Croyez-vous que l'une des choses suivantes aiderait à améliorer votre propre santé et votre bien-être?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non Ne sait pas</th> <th>Sans Objet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Un revenu plus stable?</td> <td>01 <input type="radio"/></td> <td>02 <input type="radio"/></td> <td>03 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>b) Déménager ou changer de quartier?</td> <td>04 <input type="radio"/></td> <td>05 <input type="radio"/></td> <td>06 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>c) Changer d'emploi?</td> <td>07 <input type="radio"/></td> <td>08 <input type="radio"/></td> <td>09 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>d) Être plus souvent avec votre famille ou avec vos amis intimes?</td> <td>10 <input type="radio"/></td> <td>11 <input type="radio"/></td> <td>12 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>e) Faire plus d'exercice ou être plus actif physiquement? ...</td> <td>13 <input type="radio"/></td> <td>14 <input type="radio"/></td> <td>15 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>f) Maigrir?</td> <td>16 <input type="radio"/></td> <td>17 <input type="radio"/></td> <td>18 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>g) Cesser de fumer?</td> <td>19 <input type="radio"/></td> <td>20 <input type="radio"/></td> <td>21 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>h) Consommer moins d'alcool? ..</td> <td>22 <input type="radio"/></td> <td>23 <input type="radio"/></td> <td>24 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>i) Consommer moins de médicaments ou d'autres drogues?</td> <td>25 <input type="radio"/></td> <td>26 <input type="radio"/></td> <td>27 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>j) Prendre mieux soin de vos dents?</td> <td>28 <input type="radio"/></td> <td>29 <input type="radio"/></td> <td>30 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>k) Apprendre à relaxer, et à moins vous inquiéter? ..</td> <td>31 <input type="radio"/></td> <td>32 <input type="radio"/></td> <td>33 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Très important	Assez important	Pas important	Ne sait pas/ Sans Objet	a) Les traitements médicaux que vous avez reçus?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	b) Votre famille ou vos amis?	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	c) Votre propre état de santé en général?	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	d) Votre détermination?	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>	e) La prière ou un appui spirituel?	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>		Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet	a) Un revenu plus stable?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	b) Déménager ou changer de quartier?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	c) Changer d'emploi?	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	d) Être plus souvent avec votre famille ou avec vos amis intimes?	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	e) Faire plus d'exercice ou être plus actif physiquement? ...	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	f) Maigrir?	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	g) Cesser de fumer?	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	21 <input type="radio"/>	h) Consommer moins d'alcool? ..	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	i) Consommer moins de médicaments ou d'autres drogues?	25 <input type="radio"/>	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	j) Prendre mieux soin de vos dents?	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	k) Apprendre à relaxer, et à moins vous inquiéter? ..	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>
	Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet																																																																																												
a) À la maison?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>																																																																																												
b) Au travail ou à l'école?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>																																																																																												
c) Dans d'autres circonstances (telles que les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail)? ...	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>																																																																																												
	Très important	Assez important	Pas important	Ne sait pas/ Sans Objet																																																																																											
a) Les traitements médicaux que vous avez reçus?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>																																																																																											
b) Votre famille ou vos amis?	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>																																																																																											
c) Votre propre état de santé en général?	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>																																																																																											
d) Votre détermination?	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>																																																																																											
e) La prière ou un appui spirituel?	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>																																																																																											
	Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet																																																																																												
a) Un revenu plus stable?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>																																																																																												
b) Déménager ou changer de quartier?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>																																																																																												
c) Changer d'emploi?	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>																																																																																												
d) Être plus souvent avec votre famille ou avec vos amis intimes?	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>																																																																																												
e) Faire plus d'exercice ou être plus actif physiquement? ...	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>																																																																																												
f) Maigrir?	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>																																																																																												
g) Cesser de fumer?	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	21 <input type="radio"/>																																																																																												
h) Consommer moins d'alcool? ..	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>																																																																																												
i) Consommer moins de médicaments ou d'autres drogues?	25 <input type="radio"/>	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>																																																																																												
j) Prendre mieux soin de vos dents?	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>																																																																																												
k) Apprendre à relaxer, et à moins vous inquiéter? ..	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>																																																																																												



**SECTION C:
TENSION ARTÉRIELLE ET CHOLESTÉROL**

C1. Les prochaines questions ont trait à la santé du cœur. À votre avis, quelles sont les principales causes de maladies cardiaques?

(NE PAS LIRE. COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES.)

(SI LA RÉPONSE EST «MODE DE VIE» ou «ALIMENTATION», FAITES EXPLIQUER).

- 01 Ne sait pas
- 02 Fumer
- 03 Manque d'exercice
- 04 Alimentation trop grasse/Cholestérol
- 05 Faire de l'embonpoint
- 06 Mauvaise alimentation
- 07 Alimentation trop salée (sodium)
- 08 Stress
- 09 Histoire médicale de la famille
- 10 Tension artérielle élevée (haute pression)
- 11 Cholestérol sanguin élevé
- 12 Trop d'alcool
- 13 Autre (précisez)

C2. Quand avez-vous fait vérifier votre tension artérielle pour la dernière fois?

- 1 Au cours des derniers 6 mois
- 2 7 à 12 mois
- 3 13 à 24 mois
- 4 Plus de 2 ans
- 5 Ne sait pas
- 6 Jamais

→ Passez à C6

C3. Un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était élevée? (POUR LES FEMMES, AJOUTER «Sauf durant la grossesse»)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

} Passez à C6

C4. Faites-vous quelque chose pour contrôler votre tension artérielle?

- 4 Oui
- 5 Non

→ Passez à C6

C5. Que faites-vous? (NE PAS LIRE. COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES)

- 01 Prendre des médicaments
- 02 Cesser de fumer
- 03 Faire de l'exercice régulièrement
- 04 Perdre du poids/maintenir la perte du poids
- 05 Diminuer la consommation de sel
- 06 Autre modification au régime alimentaire
- 07 Relaxer
- 08 Réduire la consommation d'alcool
- 09 Autre (précisez)

- 10 Ne sait pas

C6. Un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre taux de cholestérol sanguin était élevé? (CECI REQUIERT UNE PRISE DE SANG.)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas/ Ne se souvient pas

} Passez à D1

C7. Faites-vous quelque chose pour contrôler votre taux de cholestérol?

- 4 Oui
- 5 Non

→ Passez à D1

C8. Que faites-vous? (NE PAS LIRE. COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES.)

- 1 Maigrir/maintenir la perte de poids
- 2 Réduire le cholestérol dans l'alimentation
- 3 Manger des aliments moins gras
- 4 Changement indéterminé à l'alimentation
- 5 Faire de l'exercice régulièrement
- 6 Maîtriser le stress ou la fatigue
- 7 Prendre des médicaments sur prescription
- 8 Autre (précisez)

SECTION D: EXERCICE

D1. Les questions suivantes concernent l'exercice. Par exercice, on veut dire des activités vigoureuses telles que l'aérobique, le jogging, les sports qui se pratiquent avec une raquette, les sports d'équipe, les cours de danse ou la marche vive.

Combien de fois par semaine, en moyenne, faites-vous de l'exercice? (NE PAS LIRE.)

- 1 Quotidiennement
- 2 5 ou 6 fois par semaine
- 3 3 ou 4 fois par semaine
- 4 1 ou 2 fois par semaine
- 5 Moins d'une fois par semaine
- 6 Jamais
- 7 Ne sait pas

} Passez à D4

<p>D2. Pendant que vous faites cet exercice, combien de temps êtes-vous réellement actif? En général, serait-ce...</p> <p><input type="radio"/> 1 Moins de 15 minutes?</p> <p><input type="radio"/> 2 Entre 15 et 30 minutes?</p> <p><input type="radio"/> 3 Plus de trente minutes?</p>	<p>E5. Est-ce que ces restrictions ont eu des effets sur votre consommation de tabac quotidienne?</p> <p><input type="radio"/> 1 Oui → Comment? <input type="radio"/> 2 Diminution</p> <p><input type="radio"/> 3 Augmentation</p> <p><input type="radio"/> 4 Essayé de cesser de fumer</p> <p><input type="radio"/> 5 Non, pas de modification</p> <p><input type="radio"/> 6 Ne sait pas</p>
<p>D3. Estimez-vous faire autant ou moins d'exercice que nécessaire?</p> <p><input type="radio"/> 4 Autant que nécessaire</p> <p><input type="radio"/> 5 Moins que nécessaire</p> <p><input type="radio"/> 6 Ne sait pas</p>	<p>E6. Combien de personnes dans votre ménage fument tous les jours? (Si FUMEUR, AJOUTER: « en vous comptant »)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> personnes (Si aucune, indiquez 00)</p>
<p>D4. Je vais maintenant vous lire 4 énoncés qui donnent une idée des activités que font les gens au cours d'une journée. Lequel correspond le mieux à votre situation. (COCHEZ UNE SEULE RÉPONSE)</p> <p><input type="radio"/> 1 1. Vous passez la journée généralement assis et vous ne vous déplacez pas beaucoup.</p> <p><input type="radio"/> 2 2. Vous êtes debout ou vous vous déplacez beaucoup durant la journée, mais vous ne soulevez ni ne transportez des objets très souvent.</p> <p><input type="radio"/> 3 3. Vous soulevez ou transportez généralement des objets légers ou vous montez des escaliers ou des pentes souvent.</p> <p><input type="radio"/> 4 4. Vous faites un travail physiquement dur ou vous transportez des objets lourds.</p>	<p>E7. Vous arrive-t-il d'être incommodé par la fumée provenant des cigarettes que d'autres fument en votre présence?</p> <p><input type="radio"/> 7 Oui <input type="radio"/> 8 Non</p>
SECTION E: TABAC	
<p>E1. Les prochaines questions ont trait au tabac.</p> <p>Avez-vous déjà fumé la cigarette?</p> <p><input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 Non → Passez à E6</p>	SECTION F: ALCOOL
<p>E2. Ces temps-ci, fumez-vous la cigarette?</p> <p><input type="radio"/> 3 Oui <input type="radio"/> 4 Non → Passez à E6</p>	<p>F1. Je voudrais maintenant vous poser quelques questions au sujet de la consommation d'alcool.</p> <p>Dans les questions suivantes, un «verre» signifie :</p> <ul style="list-style-type: none">• une bouteille de bière ou un verre de bière en fût (draft);• un petit verre de vin; ou• une once et demie de boisson forte, diluée ou non. <p>Avez-vous déjà pris un verre? (de bière, de vin, de boissons fortes ou d'autres boissons alcoolisées)</p> <p><input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 Non → Passez à G1</p>
<p>E3. Fumez-vous la cigarette habituellement tous les jours?</p> <p><input type="radio"/> 5 Oui → Combien par jour? <input type="text"/> <input type="text"/> Cigarettes</p> <p><input type="radio"/> 6 Non</p>	<p>F2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un verre? (de bière, de vin, de boissons fortes ou d'autres boissons alcoolisées)</p> <p><input type="radio"/> 3 Oui <input type="radio"/> 4 Non → Passez à G1</p>
<p>E4. Au cours de vos activités quotidiennes, y a-t-il des endroits ou des moments où l'usage du tabac est restreint?</p> <p><input type="radio"/> 7 Oui <input type="radio"/> 8 Non → Passez à E6</p>	<p>F3. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence moyenne de votre consommation d'alcool? En avez-vous bu...</p> <p><input type="radio"/> 1 Chaque jour?</p> <p><input type="radio"/> 2 De 4 à 6 fois par semaine?</p> <p><input type="radio"/> 3 2 ou 3 fois par semaine?</p> <p><input type="radio"/> 4 Une fois par semaine?</p> <p><input type="radio"/> 5 1 ou 2 fois par mois?</p> <p><input type="radio"/> 6 Moins qu'une fois par mois?</p>

F4. Combien de verres avez-vous pris quotidiennement au cours des sept derniers jours? Commençons par hier.

N'a pris aucun verre au cours des 7 derniers jours 1 \rightarrow Passez à F5

Combien de verres avez-vous pris le ...

G2. Avez-vous déjà pris ...

En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?

Oui Non

a) De la marijuana, ou du hashish? 01 Oui \rightarrow 02 03 04 Non

b) De la cocaïne ou du crack? 05 Oui \rightarrow 06 07 08 Non

c) Du LSD (acide)? ... 09 Oui \rightarrow 10 11 12 Non

d) De l'amphétamine (speed)? 13 Oui \rightarrow 14 15 16 Non

e) De l'héroïne? 17 Oui \rightarrow 18 19 20 Non

F5. Voici quelques raisons pour lesquelles les gens boivent. Pour chacune, dites-moi si c'est une raison pour laquelle vous buvez :

	Oui	Non	Ne sait pas
a) Pour être sociable ou pour rendre les repas plus agréables?	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> 02	<input type="radio"/> 03
b) Pour vous sentir bien ou vous mettre dans l'ambiance?	<input type="radio"/> 04	<input type="radio"/> 05	<input type="radio"/> 06
c) Pour surmonter le stress ou quand vous vous sentez triste, seul ou déprimé?	<input type="radio"/> 07	<input type="radio"/> 08	<input type="radio"/> 00

SECTION H: SÉCURITÉ ROUTIÈRE

H1. Les prochaines questions ont trait à la sécurité routière.

Dans quelle mesure utilisez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous montez en voiture? (LIRE LES RÉPONSES)

1 Toujours?

2 Presque toujours?

3 Parfois?

4 Rarement ou jamais?

SECTION G: MÉDICAMENTS ET DROGUES

G1. Je voudrais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre consommation de médicaments, de pilules ou de drogues.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris l'un des médicaments suivants?

	Oui	Non
a) Des tranquillisants tels que le valium?	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> 02
b) Des pilules pour maigrir ou stimulants?	<input type="radio"/> 03	<input type="radio"/> 04
c) Des anti-dépresseurs?	<input type="radio"/> 05	<input type="radio"/> 06
d) De la codéine, du démerol ou de la morphine?	<input type="radio"/> 07	<input type="radio"/> 08
e) Des somnifères?	<input type="radio"/> 09	<input type="radio"/> 10
f) Des aspirines ou d'autres médicaments anti-douleurs?	<input type="radio"/> 11	<input type="radio"/> 12

H2. Avez-vous conduit un véhicule tout terrain (VTT) ou une motoneige au cours des 12 derniers mois?

1 Oui \rightarrow Combien de fois portiez-vous un casque protecteur?

6 Non 2 Toujours

3 Presque toujours

4 Parfois

5 Jamais

H3. NOTE À L'INTERVIEWEUR:

- Si F1 ou F2 est «Non» 7 \rightarrow Passez à I1
- Sinon 8 \rightarrow Passez à H4

H4. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous conduit dans les deux heures après avoir consommé une quantité quelconque d'alcool?

(Si aucune, indiquez 00)

98 Ne conduit pas

<p align="center">SECTION I: ALIMENTATION</p> <p>I1. Les questions suivantes se rapportent à l'alimentation.</p> <p>Au cours des 7 derniers jours, combien de fois (nombre de jours) avez-vous mangé l'un ou l'autre des aliments suivants pour votre petit déjeuner?</p> <p>a) Du café ou du thé seulement, ou rien du tout 1 <input type="checkbox"/> <i>(SI LA RÉPONSE EST 7, PASSEZ À I2)</i></p> <p>b) Oeufs, bacon, jambon ou autre viande 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c) Pain, rôties, pâtisserie, crêpes ou céréales 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d) Fruit ou jus de fruit..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e) Fromage, lait ou autres produits laitiers (autrement que dans le café ou le thé) 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>I5. Diriez-vous que vous faites...</p> <p>6 <input type="radio"/> Beaucoup d'embonpoint?</p> <p>7 <input type="radio"/> Assez d'embonpoint?</p> <p>8 <input type="radio"/> Un peu d'embonpoint?</p>
<p>I2. À votre avis, quelles sont les deux meilleurs façons, pour la plupart des gens, de perdre du poids?</p> <p><i>(NE PAS LIRE — SONDER SUR UN DEUXIÈME CHOIX) (SI LA RÉPONSE EST «SUIVRE UN RÉGIME», FAIRE EXPLIQUER)</i></p> <p>01 <input type="radio"/> Accroître l'activité physique/exercice</p> <p>02 <input type="radio"/> Manger moins de sucre et de friandises</p> <p>03 <input type="radio"/> Consommer moins de calories</p> <p>04 <input type="radio"/> Ne pas manger entre les repas (collations)</p> <p>05 <input type="radio"/> Sauter des repas</p> <p>06 <input type="radio"/> Manger moins (en général)</p> <p>07 <input type="radio"/> Manger plus de fruits ou de légumes</p> <p>08 <input type="radio"/> Manger des aliments à faible teneur de gras</p> <p>09 <input type="radio"/> Manger de façon équilibrée</p> <p>10 <input type="radio"/> Autre (précisez)</p> <p>_____</p>	<p align="center">SECTION J: RELATIONS SOCIALES</p> <p>J1. Les questions suivantes portent sur les relations personnelles et l'entraide.</p> <p>Dans les 30 derniers jours, avez-vous aidé à prendre soin d'un parent ou d'un ami qui souffrait d'un problème de santé physique ou mentale?</p> <p>1 <input type="radio"/> Oui</p> <p>2 <input type="radio"/> Non</p> <p>3 <input type="radio"/> Ne sait pas/Incertain</p>
<p>I3. Essayez-vous présentement de perdre du poids?</p> <p>1 <input type="radio"/> Oui</p> <p>2 <input type="radio"/> Non</p>	<p>J2. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous souffert d'un problème de santé physique ou mentale pour lequel vous avez reçu de l'aide ou du soutien d'un parent ou d'un ami?</p> <p>4 <input type="radio"/> Oui</p> <p>5 <input type="radio"/> Non</p> <p>6 <input type="radio"/> Ne sait pas/Incertain</p>
<p>I4. Considérez-vous que vous...</p> <p>3 <input type="radio"/> Faites de l'embonpoint?</p> <p>4 <input type="radio"/> Êtes trop maigre? } <i>Passez à J1</i></p> <p>5 <input type="radio"/> Êtes à peu près normal? }</p>	<p align="center">SECTION K: MILIEU DE TRAVAIL</p> <p>K1. Les prochaines questions ont trait à l'emploi.</p> <p>Parmi les activités suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux l'activité à laquelle vous vous êtes surtout consacré au cours des 12 derniers mois?</p> <p>1 <input type="radio"/> Employé ou en affaires → <i>Passez à K3</i></p> <p>2 <input type="radio"/> Recherche d'un emploi → <i>Passez à K2</i></p> <p>3 <input type="radio"/> Études</p> <p>4 <input type="radio"/> Retraite</p> <p>5 <input type="radio"/> Tenir maison</p> <p>6 <input type="radio"/> Autre</p> <p style="text-align: right;">} → <i>Passez à L1</i></p> <p>K2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous à un moment quelconque occupé un emploi ou travaillé en tant que travailleur autonome?</p> <p>7 <input type="radio"/> Oui</p> <p>8 <input type="radio"/> Non → <i>Passez à L1</i></p>

K3. Combien de semaines avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois? (Inclure les vacances, les congés de maladie, les grèves, les mises à pied et les congés de maternité ou de paternité.)

Semaines

K4. Pour qui travaillez-vous ou avez-vous travaillé?

Travailleur autonome

INTERVIEWEUR : Si le répondant a plus d'un emploi, indiquez l'emploi principal.

K5. Quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service est(était)-ce?

K6. Quel genre de travail faites (faîtes)-vous?

K7. Combien de personnes travaillent pour cette entreprise ou compagnie? Comptez les personnes de toutes les succursales de la société.

Entre 1 et 19

Entre 20 et 99

Entre 100 et 499

Plus de 500

Ne sait pas

INTERVIEWEUR: K8 à K12 se réfèrent à tous les emplois.

K8. Parmi les énoncés suivants, y en a-t-il qui vous aient causé un excédent de souci, de nervosité ou de stress au travail au cours des derniers six mois?

	Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet
a) On vous impose des échéances irréalistes? ..	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>
b) Vos responsabilités ne sont pas claires?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
c) Vous n'exercez pas une influence suffisante sur ce que vous faites ou au moment où vous le faites?	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>
d) On ne vous fait aucun commentaire sur votre travail?	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
e) Vous avez des conflits avec d'autres membres du personnel?	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>

K9. Au cours des 12 derniers mois, combien de jours vous êtes-vous absenté de votre travail parce que vous étiez malade, blessé ou en état d'invalidité?

jours Ne sait pas

K10. Avez-vous travaillé régulièrement de soir ou de nuit?

Oui Non

K11. Avez-vous travaillé régulièrement le samedi ou le dimanche?

Oui Non

K12. Savez-vous s'il existe dans votre milieu de travail :

	Oui	Non Ne sait pas	Sans Objet
a) Des programmes d'amélioration de la santé comme des activités de conditionnement physique, en nutrition ou d'aide pour cesser de fumer? ..	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>
b) Des programmes de sécurité ou de prévention des accidents?	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
c) Des services d'aide personnelle, soit psychologique, soit pour les drogues ou l'alcool? ..	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>

SECTION L: SANTÉ DES FEMMES

L1. NOTE À L'INTERVIEWEUR :

Si le répondant est une femme → Passez à L2

un homme → Passez à M1

L2. Les questions suivantes portent sur les pratiques de santé des femmes.

Combien de fois faites-vous l'auto-examen de vos seins? Diriez-vous...

Au moins une fois par mois?

Tous les 2 ou 3 mois?

Moins souvent?

Jamais?

L3. Avez-vous déjà subi une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?

1 Oui → **Quand était la dernière fois?**

6 Non 2 Dans les derniers 12 mois

7 Ne sait pas 3 De 1 à 2 ans

 4 Plus de 2 ans

 5 Ne sait pas

L4. Avez-vous déjà subi un test PAP?

1 Oui → **Quand était la dernière fois?**

6 Non 2 Dans les derniers 12 mois

7 Ne sait pas 3 De 1 à 3 ans

 4 Plus de 3 ans

 5 Ne sait pas

L5. Avez-vous déjà donné naissance à un enfant?

1 Oui 2 Non → **Passez à L8**

L6. Quel est le mois et l'année de naissance de votre dernier enfant?

3 mois 4 19 année

L7. Avez-vous allaité votre dernier enfant?

1 Oui → **Pendant combien de temps?**

7 Non 2 Moins d'un mois

8 Essai/ sans succès 3 1 à 2 mois

 4 3 à 4 mois

 5 5 à 6 mois

 6 6 mois ou plus

L8. En raison de son importance pour la santé personnelle et de ces liens avec certains problèmes sociaux, j'aimerais vous poser quelques questions personnelles concernant le comportement sexuel. Soyez assuré que vos réponses resteront confidentielles.

J'aimerais maintenant savoir à quel âge vous avez eu vos premières relations sexuelles. Il s'agit d'un point important qui peut avoir des conséquences sur la santé au cours de votre vie. Vous souvenez-vous à quel âge?

Ans

87 Jamais } **Passez à L11**

98 Refuse de répondre }

L9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

1 Oui

2 Non } **Passez à L11**

3 Refuse de répondre }

L10. Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles?

Partenaires

98 Refuse de répondre

L11. Je voudrais connaître votre opinion sur certains moyens de prévenir en général les maladies transmises sexuellement.

Dites-moi si vous pensez que les moyens suivants sont «très efficaces», «assez efficaces» ou «pas efficaces du tout» pour prévenir les maladies transmises sexuellement.

	Très efficace	Assez efficace	Pas efficace	Efficacité inconnue	Méthode inconnue
a) Les condoms? .	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
b) Le diaphragme? ..	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
c) Le gelée ou la mousse spermicide? ...	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
d) Demander au partenaire s'il souffre d'une maladie transmise sexuellement?	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
e) Avoir des relations sexuelles seulement avec un partenaire régulier?	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
f) L'abstinence? .	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>

L12. À votre avis, quel est le risque que vous contractiez une maladie transmise sexuellement? Diriez-vous...

1 Élevé?

2 Moyen?

3 Mince?

4 Nul?

5 Ne sait pas

6 Souffre d'une MTS

L13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié votre comportement sexuel en raison de ce que vous savez des maladies transmises sexuellement?

7 Oui

8 Non → **Passez à N1**

L14. Avez-vous...

	Oui	Non
a) restreint vos relations à un seul partenaire?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
b) utilisé le condom pour vous protéger?	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
c) été prudent dans le choix de vos partenaires?	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
d) Autre chose? (précisez)	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>

INTERVIEWEUR : passez à N1

SECTION M: SANTÉ DES HOMMES

M1. En raison de son importance pour la santé personnelle et de ces liens avec certains problèmes sociaux, j'aimerais vous poser quelques questions personnelles concernant le comportement sexuel. Soyez assuré que vos réponses resteront confidentielles.

J'aimerais maintenant savoir à quel âge vous avez eu vos premières relations sexuelles. Vous souvenez-vous à quel âge?

Ans

97 Jamais

98 Refuse de répondre

} *Passez à M4*

M2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

1 Oui

2 Non

3 Refuse de répondre

} *Passez à M4*

M3. Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles?

Partenaires

98 Refuse de répondre

M4. Je voudrais connaître votre opinion sur certains moyens de prévenir en général les maladies transmises sexuellement.

Dites-moi si vous pensez que les moyens suivants sont « très efficaces », « assez efficaces » ou « pas efficaces du tout » pour prévenir les maladies transmises sexuellement.

	Très efficace	Assez efficace	Pas efficace	Efficacité inconnue	Méthode inconnue
a) Les condoms?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
b) Le diaphragme? ..	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
c) La gelée ou la mousse spermicide?	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
d) Demander au partenaire s'il souffre d'une maladie transmise sexuellement?	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
e) Avoir des relations sexuelles seulement avec un partenaire régulier?	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
f) L'abstinence? ..	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>

M5. À votre avis, quel est le risque que vous contractiez une maladie transmise sexuellement? Diriez-vous...

1 Élevé?

2 Moyen?

3 Mince?

4 Nul?

5 Ne sait pas

6 Souffre d'une MTS

M6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié votre comportement sexuel en raison de ce que vous savez des maladies transmises sexuellement?

7 Oui

8 Non → *Passez à N1*

M7. Avez-vous...

	Oui	Non
a) restreint vos relations à un seul partenaire?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
b) utilisé le condom pour vous protéger?	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
c) été prudent dans le choix de vos partenaires?	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
d) Autre chose? (précisez)	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>

SECTION N: SANTÉ DENTAIRE

N1. Les questions suivantes portent sur la santé dentaire.

Avez-vous des dents naturelles?

1 Oui

2 Non → *Passez à N5*

N2. Avez-vous visité un dentiste au cours des 12 derniers mois?

3 Oui

4 Non

5 Ne sait pas

} *Passez à N4*

N3. Au cours de cette période, avez-vous visité un dentiste pour...

	Oui	Non
a) un examen ou un nettoyage?	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
b) un plombage ou une extraction (sans urgence)?	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
c) un traitement des gencives?	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
d) un traitement orthodontique? (broches)	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
e) une couronne ou un pont?	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
f) un traitement d'urgence?	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>

N4. Combien de fois vous brossez-vous les dents habituellement? (NE PAS LIRE)

1 Deux fois ou plus par jour/après chaque repas

2 Une fois par jour

3 Quelques fois par semaine

4 Une fois par semaine

5 Quelques fois par mois

6 Une fois par mois

7 Rarement/Jamais

8 Ne sait pas

8-5103-249

N5. Êtes-vous protégé par une assurance dentaire?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**SECTION O:
QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES**

O1. Ces questions ont trait à l'environnement.

Est-ce que vous ou un autre membre de votre ménage...

- | | Oui | Non
Ne sait
pas | Sans
Objet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Possédez un détecteur de fumée en bon état de fonctionnement? | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| b) Possédez une trousse de premiers soins? | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| c) Avez suivi un cours de premiers soins? | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| d) Possédez un extincteur en bon état de fonctionnement? | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| e) Lisez les étiquettes sur les emballages des aliments pour faire votre choix? | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |
| f) Vérifiez que le thermostat de votre réservoir d'eau chaude ne dépasse pas 50°C ou 120°F? (bouillant) ... | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| g) Recyclez le papier, les bouteilles, les boîtes de conserve, etc.? | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |
| h) Faites de l'engrais des restes de fruits, légumes, etc.? | 22 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> | 24 <input type="radio"/> |
| i) Achetez des produits faits de matériaux recyclés? | 25 <input type="radio"/> | 26 <input type="radio"/> | 27 <input type="radio"/> |

O2. Au cours des derniers 12 mois, dans quelle mesure pensez-vous que la pollution de l'environnement a affecté votre santé? Diriez-vous...

- 1 Beaucoup?
- 2 Assez?
- 3 Pas tellement?
- 4 Pas du tout?
- 5 Ne sait pas

**SECTION P:
ACTION DU GOUVERNEMENT
EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ**

P1. Je vais vous lire une liste de sujets relatifs à la santé. J'aimerais savoir quelle importance selon vous le gouvernement devrait accorder à chacun d'eux.

Veillez vous servir d'une échelle de 1 à 10; 1 correspondant à «pas du tout important» et 10 à «extrêmement important». Quelle importance, selon vous, le gouvernement devrait accorder à...

Pas du tout important							Extrêmement important		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- | | | Ne sait pas |
|---|-------------------------|--------------------------|
| a) La consommation de drogues? | 01 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| b) L'usage du tabac? | 02 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| c) Les problèmes liés à l'alcool? | 03 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| d) La santé des enfants? | 04 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| e) Les habitudes alimentaires? | 05 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| f) La santé mentale? | 06 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| g) La prévention des accidents de la route? | 07 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| h) La prévention des accidents au travail? | 08 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| i) L'exercice ou le conditionnement physique? | 09 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| j) La pollution de l'environnement? | 10 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| k) Le SIDA? | 11 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| l) Les autres maladies transmises sexuellement? | 12 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| m) La santé dentaire? | 13 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |
| n) Les maladies du cœur? | 14 <input type="text"/> | 11 <input type="radio"/> |

SECTION Q: INTENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ — PASSÉ ET PRÉSENT

Q1. Avez-vous fait quelque chose au cours de l'année dernière pour améliorer votre santé?

- 1 Oui
 2 Non → *Passez à Q4*

Q2. Quelle est le changement le plus important que vous ayez fait au cours des 12 derniers mois pour améliorer votre santé? (NE PAS LIRE. COCHEZ UNE SEULE RÉPONSE)

- 01 Faire plus d'exercice, de sport ou d'activités physiques
 02 Perdre du poids
 03 Changer son alimentation ou ses habitudes alimentaires
 04 Cesser de fumer/réduire sa consommation de tabac
 05 Réduire sa consommation de drogues ou de médicaments
 06 Consommer moins d'alcool
 07 Contrôler ou réduire sa tension artérielle
 08 Contrôler ou réduire son taux de cholestérol
 09 Contrôler ou réduire le stress
 10 Changer son environnement physique
 11 Recevoir des traitements médicaux
 12 Modifier son comportement sexuel ou réduire les risques de contracter une MTS
 13 Améliorer son hygiène dentaire
 14 Autre (précisez)

Q4. Compte tenu des sujets que nous avons abordés dans le présent questionnaire, y a-t-il quelque chose que vous avez l'intention de changer pour améliorer votre santé au cours de la prochaine année? (NE PAS LIRE. COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES.) (DEMANDEZ: «Autre chose?»)

- 01 Rien
 02 Faire plus d'exercice, de sport ou d'activités physiques
 03 Perdre du poids
 04 Changer mon alimentation ou mes habitudes alimentaires
 05 Cesser de fumer/ réduire ma consommation de tabac
 06 Réduire ma consommation de drogues ou de médicaments
 07 Consommer moins d'alcool
 08 Contrôler ou réduire ma tension artérielle
 09 Contrôler ou réduire mon taux de cholestérol
 10 Contrôler ou réduire le stress
 11 Changer mon environnement physique
 12 Recevoir des traitements médicaux
 13 Modifier mon comportement sexuel ou réduire les risques de contracter une MTS
 14 Améliorer mon hygiène dentaire
 15 Autre (précisez)

Q3. L'un des éléments suivants vous a-t-il aidé à faire ce changement?

- | | Oui | Non
Ne sait
pas | Sans
Objet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Le soutien de la famille et des amis | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| b) Une meilleure connaissance des dangers pour la santé | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| c) Une modification des lois ou des règlements | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| d) Un nouveau programme ou une nouvelle politique à l'école ou au travail | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| e) Un changement dans votre vie (ex. changement de statut matrimonial/ d'emploi, ou un déménagement, etc.) | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |
| f) Les conseils ou le soutien d'un professionnel de la santé | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| g) Un groupe d'entraide, (ex. AA, Weight Watchers) | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |
| h) L'exemple de personnes de votre entourage | 22 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> | 24 <input type="radio"/> |
| i) Les changements dans les valeurs sociales | 25 <input type="radio"/> | 26 <input type="radio"/> | 27 <input type="radio"/> |
| j) Des produits ou des services commerciaux | 28 <input type="radio"/> | 29 <input type="radio"/> | 30 <input type="radio"/> |
| k) La prière ou le soutien spirituel | 31 <input type="radio"/> | 32 <input type="radio"/> | 33 <input type="radio"/> |

SECTION R: QUESTIONS DE CLASSIFICATION

R1. Voici maintenant quelques questions d'ordre général.

Quel est votre code postal?

1 Ne sait pas

R2. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ou complété? (COCHEZ UNE SEULE RÉPONSE)

- 01 Aucune scolarité
- 02 Partielles } Études primaires
 03 Terminées }
- 04 Partielles } Études secondaires
 05 Terminées }
- 06 Partielles } Études dans un collège communautaire, une école technique, un CÉGEP ou une école d'infirmières.
 07 Terminées }
- 08 Partielles } Études universitaires (ex. B.A., M.A., Ph.D.) ou dans une école normale
 09 Terminées }
- 10 Autres études ou formation

<p>R3. Quelle est votre date de naissance?</p> <p>1 <input type="text"/> <input type="text"/> mois 2 19 <input type="text"/> <input type="text"/> année</p>	<p>R7. Dans votre ménage, y a-t-il des enfants de moins de 15 ans?</p> <p>1 <input type="radio"/> Oui → Combien y en a-t-il... 2 <input type="text"/></p> <p>de 5 ans ou moins? 3 <input type="text"/></p> <p>de 6 à 11 ans? 4 <input type="text"/></p> <p>de 12 à 14 ans? 5 <input type="radio"/> Non</p>
<p>R4. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?</p> <p>3 <input type="radio"/> Anglais 4 <input type="radio"/> Français 5 <input type="radio"/> Italien 6 <input type="radio"/> Chinois 7 <input type="radio"/> Allemand 8 <input type="radio"/> Autre (précisez)</p> <p><input type="text"/></p>	<p>R8. À combien estimez-vous le revenu global de votre ménage provenant de toutes sources pour 1989, avant impôt et déductions? Était-il...</p> <p>Moins de \$20,000? ⁰¹ <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$10,000? ⁰⁵ <input type="radio"/> →</p> <p>\$10,000 et plus? ⁰⁶ <input type="radio"/> →</p> <p>\$20,000 et plus? ⁰² <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$40,000? ⁰⁷ <input type="radio"/> →</p> <p>\$40,000 et plus? ⁰⁸ <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$5,000? ⁰⁹ <input type="radio"/> →</p> <p>\$5,000 et plus? ¹⁰ <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$15,000? ¹¹ <input type="radio"/> →</p> <p>\$15,000 et plus? ¹² <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$30,000? ¹³ <input type="radio"/> →</p> <p>\$30,000 et plus? ¹⁴ <input type="radio"/> →</p> <p>Moins de \$60,000? ¹⁵ <input type="radio"/> →</p> <p>\$60,000 à \$79,999? ¹⁶ <input type="radio"/> →</p> <p>\$80,000 et plus? ¹⁷ <input type="radio"/> →</p> <p>⁰³ <input type="radio"/> Aucun revenu ⁰⁴ <input type="radio"/> Ne sait pas</p>
<p>R5. Les canadiens appartiennent à différents groupes ethniques ou culturels, tel que les français, les irlandais, les écossais ou les chinois. À quel groupe ethnique ou culturel appartenez-vous? (ACCEPTÉZ PLUSIEURS RÉPONSES, NE PAS LES INCITER)</p> <p>01 <input type="radio"/> Anglais 02 <input type="radio"/> Français 03 <input type="radio"/> Écossais 04 <input type="radio"/> Irlandais 05 <input type="radio"/> Allemand 06 <input type="radio"/> Ukrainien 07 <input type="radio"/> Italien 08 <input type="radio"/> Hollandais 09 <input type="radio"/> Canadien 10 <input type="radio"/> Autre (précisez)</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>R6. Quel est votre état civil actuel? Êtes-vous...</p> <p>1 <input type="radio"/> Célibataire (jamais marié)? 2 <input type="radio"/> Marié (et non séparé), ou vivant en union libre? 3 <input type="radio"/> Séparé? 4 <input type="radio"/> Divorcé? 5 <input type="radio"/> Veuf (veuve)?</p>	

SECTION S: ACCORD SUR LE PARTAGE DES DONNÉES

S1. Statistique Canada effectue cette étude conjointement avec Santé et Bien-être social Canada et le ministère provincial responsable de la promotion de la santé en Alberta. Les renseignements recueillis seront gardés confidentiels et ne serviront qu'à des fins statistiques.

ACCEPTÉZ-VOUS DE PARTAGER VOS RÉPONSES AVEC CES MINISTÈRES?

OUI ¹

NON ²

MERCI DE VOTRE COOPÉRATION!