

ENSP: Établissements de soins de santé

1999

Questionnaire

Français

Pour information seulement

Table des matières

Questionnaire pour le répondant	3
A. État du répondant de l'enquête longitudinale	4
RÉPONDANTS VIVANT DANS UN ÉTABLISSEMENT	6
B. Consentement du plus proche parent	6
C. Information sur le répondant choisi	7
D. État de santé général	9
E. État de santé	10
Vision	10
Oùïe	11
Élocution	12
Mobilité	13
Agilité	14
Mains et doigts	14
Sentiments	15
Mémoire	15
Pensée	15
Douleur et malaises	16
F. Problèmes de santé chroniques	17
G. Limitation des activités	18
H. Équilibre	20
I. Usage du tabac	21
J. Consommation d'alcool	22
K. Soutien social	23
L. Renseignements socio-démographiques	27
Revenu	27
M. Personnes à contacter	28
Première personne	28
Deuxième personne	29
N. Consentements	30
O. Consommation de médicaments	31
P. Utilisation des soins de santé	32
RÉPONDANTS VIVANT DANS UN MÉNAGE	33
CC. Information sur le répondant choisi	33
DD. État de santé général	34

EE. État de santé	35
Vision	35
Ouïe	36
Élocution	36
Mobilité	37
Agilité	38
Mains et doigts	38
Sentiments.....	39
Mémoire.....	39
Pensée	40
Douleur et malaises.....	40
FF. Problèmes de santé chroniques	41
GG. Limitation des activités	42
HH. Équilibre	44
II. Usage du tabac.....	45
JJ. Consommation d'alcool.....	46
LL. Renseignements socio-démographiques	47
Revenu	47
MM. Personnes à contacter	48
Première personne.....	48
Deuxième personne	49
OO. Consommation de médicaments	50
PP. Utilisation des soins de santé	51
QQ. Consentements.....	52

Questionnaire pour le répondant

Division des statistiques sur la santé

UNIQUEID: 12345678910 **INSTID:** 12450112
ASSIGNID: 11100
RESPONDENT / RÉPONDANT: Margot Shields
LANG.: ENGLISH
Sunny Haven Home

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

AMI8 ASG

1. Endroit

AMI8_LOC

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

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

AMI8_SEQ

OU

9999 Ménage/décédé

3. Langue de l'interview

AMI8_LNG

- 5 Anglais
- 6 Français

4. État final

AMI8_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 :

Inscrivez la raison pour la non-interview

AMI8_FSC _____ (15 caract.)
_____ (15 caract.)
_____ (15 caract.)

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 1996 - 1997. 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) ?

AMI8_1

- 1 Oui
- 2 Non Passez à A3

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

AMI8_2

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

A3. **Où est . . . ?**

AMI8_3

(Ne cochez qu'une seule réponse)

- 01 Est décédé(e)
- 02 Un ménage privé *Passez à A7*
- 03 Un foyer de soins infirmiers
- 04 Un hôpital général
- 05 Un établissement de soins de santé *Passez à A6*
- 06 Autre - *Précisez*

----- (26 caract.)

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

AMI8_DOD

-- (2 caract.)
Jour

AMI8_MOD

-- (2 caract.)
Mois

AMI8_YOD

19 -- (4 caract.)
Année

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

AMI8_DCY

1 Ville ----- (25 caract.)

AMI8_DPR

2 Code provincial -- (2 caract.)

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

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

----- (50 caract.)

IPI8_NAM

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

1. **Rue / R.R.**

IPI8_ADD

----- (50 caract.)

2. **Appartement**

IPI8_APT

----- (15 caract.)

3. **Ville**

IPI8_CTY

----- (25 caract.)

4. **Code postal**

IPI8_PC

----- (6 caract.)

5. **Code provincial**

IPI8_PR

__ (2 caract.)

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

IPI8_TEL

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

A8. *Intervieweur :*

AMI8_A8

*Si le répondant vit maintenant
dans un établissement* 01

*Complétez l'endroit et le 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* 02

*Complétez l'endroit et le 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* 03

*Complétez l'endroit et le numéro séquentiel sur la
page couverture et TERMINEZ l'interview.*

RÉPONDANTS VIVANT DANS UN ÉTABLISSEMENT

B. Consentement du plus proche parent

AMI8_B

Intervieweur :

Si le répondant complète ce questionnaire
(sans procuration)

04

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

05

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

06

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?

AMI8_PE

1 Oui

2 Non Entrez le code de réponse «REFUS» à l'état final sur la page couverture
du questionnaire et TERMINEZ l'interview

B2. Nous aimerions votre permission afin 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 des hôpitaux, des cliniques et des bureaux de médecin, ou d'autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques.

AMI8_LNK

Nous donnez-vous votre permission?

3 Oui

4 Non

B3. Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager l'information recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques.

AMI8_SHR

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

5 Oui

6 Non

} Remerciez le répondant et contactez l'établissement

C. Information sur le répondant choisi

C1. Intervieweur :

DHI8_1

Qui complète le questionnaire?
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 7 Répondant choisi (Sans procuration)
- 8 Membre de la famille ou plus proche parent (Par procuration)
- 9 Personnel, bénévoles de l'établissement, autre (Par procuration)

C2. **J'aimerais confirmez avec vous, la façon d'écrire votre (le) nom (de . . .).**

Est-ce que c'est (Lisez sur l'étiquette)?
(Corrigez ci-dessous au besoin.)

DHI8_2

1 Même que sur l'étiquette

OU

DHI8_FN

2 **Prénom et initiale**

----- (25 caract.)

DHI8_LN

3 **Nom de famille**

----- (25 caract.)

C3. **Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . .)?**

DHI8_MAR

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 Marié(e)
 - 02 Union libre
 - 03 Vit avec un(e) conjoint(e)
 - 04 Célibataire (jamais marié(e))
 - 05 Veuf ou veuve
 - 06 Séparé(e)
 - 07 Divorcé(e)
 - 08 Ne sait pas
- } *Passez à C5*

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

DHI8_7

- 1 Oui
- 2 Non

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

DHI8_8

- 3 Oui
- 4 Non

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

DHI8_9

- 5 Oui
- 6 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.)

DHI8_MOA (2 caract.)
Mois

DHI8_YOA 19 (4 caract.)
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 :

GHI8_1

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 **excellente?**
- 02 **très bonne?**
- 03 **bonne?**
- 04 **passable?**
- 05 **mauvaise?**

POUR information seulement

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?**

HSI8_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?**

HSI8_2

- 3 Oui *Passez à E4*
- 4 Non

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

HSI8_3

- 5 Oui
- 6 Non *Passez à E6 - Oui*

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?**

HSI8_4

- 7 Oui *Passez à E6 - Oui*
- 8 Non

E5. **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?**

HSI8_5

- 1 Oui
- 2 Non

Ouïe

E6. **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?**

HSI8_6

3 Oui *Passez à E11 - Élocution*

4 Non

E7. **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?**

HSI8_7

5 Oui *Passez à E9*

6 Non

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

HSI8_8

7 Oui

8 Non *Passez à E11 - Élocution*

E9. **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?**

HSI8_9

1 Oui *Passez à E11 - Élocution*

2 Non

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

HSI8_10

3 Oui

4 Non

Élocution

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

HSI8_11

5 Oui *Passez à E15 - Mobilité*

6 Non

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

HSI8_12

7 Oui

8 Non

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

HSI8_13

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?**

HSI8_14

3 Oui

4 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?**

HSI8_15

5 Oui *Passez à E22 - Agilité*

6 Non

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

HSI8_16

7 Oui

8 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?**

HSI8_17

1 Oui

2 Non

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

HSI8_18

3 Oui

4 Non

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

HSI8_19

5 Oui

6 Non *Passez à E22 - Agilité*

E20. **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

HSI8_20

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?**

HSI8_21

5 Oui

6 Non

Agilité

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

HSI8_22

- 7 Oui
- 8 Non

Mains et doigts

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

HSI8_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?**

HSI8_24

- 3 Oui
- 4 Non *Passez à E26*

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

HSI8_25

- 5 **certaines tâches?**
- 6 **la plupart des tâches?**
- 7 **presque toutes les tâches?**
- 8 **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?**

HSI8_26

- 1 Oui
- 2 Non

Sentiments

E27. **Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant habituellement :**
HSI8_27 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 3 heureux(se) et intéressé(e) à vivre?
- 4 plutôt heureux(se)?
- 5 plutôt malheureux(se)?
- 6 malheureux(se) et peu intéressé(e) à vivre?
- 7 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) :**
HSI8_28 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 01 capable de vous (se) souvenir de la plupart des choses? *Passez à E30 - Pensée*
- 02 plutôt porté(e) à oublier des choses?
- 03 très porté(e) à oublier des choses?
- 04 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.)**
HSI8_29 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 05 Court terme seulement
- 06 Long terme seulement
- 07 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) :**
HSI8_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

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

HSI8_31

- 6 Oui *Passez à la Section F - Problèmes de santé chroniques*
7 Non

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

HSI8_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?**

HSI8_33

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 4 **Aucune**
5 **Quelques-unes**
6 **Plusieurs**
7 **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?**

	Oui	Non	Ne sait pas
CCI8_1A a) Arthrite ou rhumatisme	01	02	03
CCI8_1B b) Tension artérielle élevée (hypertension)	04	05	06
CCI8_1C c) Asthme	07	08	09
CCI8_1D d) Bronchite chronique ou emphysème	10	11	12
CCI8_1E e) Diabète	13	14	15
CCI8_1F f) Épilepsie	16	17	18
CCI8_1G g) Une maladie cardiaque	19	20	21
CCI8_1H h) Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)	22	23	24
CCI8_1I i) Paralysie, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral	25	26	27
CCI8_1J j) Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie	28	29	30
CCI8_1K k) Difficulté à contrôler les intestins	31	32	33
CCI8_1L l) Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)	34	35	36
CCI8_1M m) Ostéoporose ou fragilité osseuse	37	38	39
CCI8_1N n) Cataracte(s)	40	41	42
CCI8_1O o) Glaucome	43	44	45
CCI8_1P p) Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	46	47	48
CCI8_1Q q) Insuffisance rénale ou maladie du rein	49	50	51
CCI8_1R r) Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite	52	53	54
CCI8_1S s) Problème de la thyroïde	55	56	57
CCI8_1T t) Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)	58	59	60
CCI8_1U u) Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales	61	62	63
CCI8_1V v) Cancer	64	65	66
CCI8_1W w) Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé	67	Précisez 68	69

(50 caract.)

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) :

Oui Non

RAI8_1A

a) à l'intérieur de la résidence ou de l'établissement?

1 2

RAI8_1B

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

3 4

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

RAI8_2

- 5 Oui
- 6 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?

RAI8_3C
RAI8CIC1
RAI8G12A
RAI8G25A

(Précisez un seul problème de santé)

----- (25 caract.)

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

RAI8_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?**

RAI8_5
RAI8C1C2
RAI8G12B
RAI8G25B

- 8 Oui
9 Non *Passez à G8*

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

RAI8_5C

(Précisez le deuxième problème de santé)

----- (25 caract.)

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

RAI8_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 :**

		Oui	Non
RAI8_7A	a) à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?	01	02
RAI8_7B	b) à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?	03	04
RAI8_7C	c) à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?	05	06
RAI8_7D	d) à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?	07	08
RAI8_7E	e) à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?	09	10

G9. **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?**

RAI8_8

- 1 Oui
2 Non

H. Équilibre

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

FLI8_1

- 3 Oui
 - 4 Non
 - 5 Ne sait pas
- } *Passez à la Section I - Usage du tabac*

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

FLI8_2

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 6 une fois
- 7 deux fois
- 8 de 3 à 5 fois
- 9 6 fois ou plus

H3. **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?**

FLI8_3

- 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?**

FLI8_4

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 3 Fracture de la hanche
- 4 Fracture d'un os ou d'une articulation autre que la hanche
- 5 Ecchymoses, égratignures ou coupures
- 6 Entorse ou foulure d'une articulation ou du dos
- 7 Perte de connaissance ou commotion cérébrale
- 8 Autre blessure - *Précisez*

----- (26 caract.)

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

(Cochez toutes les réponses appropriées.)

FLI8_5A 01 Étourdissement / évanouissement

FLI8_5B 02 Maladie

FLI8_5C 03 Faiblesse / fragilité

FLI8_5D 04 Trouble de l'équilibre

FLI8_5E 05 Tombé(e) endormi(e)

FLI8_5F 06 Réaction aux médicaments

FLI8_5G 07 Trouble de la vision

FLI8_5H 08 Trébuché sur un objet ou cogné(e) contre un objet

FLI8_5I 09 Mauvaise appréciation de la distance

FLI8_5J 10 Autre raison - *Précisez*

----- (26 caract.)

I. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

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

SMI8_1 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

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

SMI8_2

--- ans
(3 caract.)

997 Ne sait pas

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

SMI8_3

--- cigarettes
(3 caract.)

997 Ne sait pas

Passez à la Section J - Consommation d'alcool

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

SMI8_4

- 4 Oui
- 5 Non
- 6 Ne sait pas

Passez à la Section J - Consommation d'alcool

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

SMI8_5

- 7 Oui
- 8 Non
- 9 Ne sait pas

Passez à la Section J - Consommation d'alcool

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

SMI8_6

--- ans
(3 caract.)

997 Ne sait pas

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

SMI8_7

--- ans
(3 caract.)

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?**

ALI8_1

- 1 Oui *Passez à J3*
2 Non

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

ALI8_3

- 3 Oui *Passez à J4*
4 Non
5 Ne sait pas } *Passez à la Section K - Soutien social*

J3. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) consommé des boissons alcoolisées?**
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

ALI8_2

- 01 Moins d'une fois par mois
02 Une fois par mois
03 De 2 à 3 fois par mois
04 Une fois par semaine
05 De 2 à 3 fois par semaine
06 De 4 à 6 fois par semaine
07 Tous les jours

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

ALI8_4

- 6 Oui
7 Non
8 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 (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?**

SSI8_1

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à K3*

K2. **Combien de fois avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté aux réunions ou participé aux 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.)

SSI8_2

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

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

SSI8_3A

- 8 Oui
- 9 Non *Passez à K5*

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

SSI8_3B

- 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?**

SSI8_4

__ membres de la famille proches
(2 caract.)

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 l'autre de ces membres de la famille?**

SSI8_5

(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.**

SSI8_6

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.)

Si Aucun Inscrivez 00

K8. **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?**

SSI8_7

__ amis proches À L'EXTÉRIEUR de l'établissement
(2 caract.)

Si Aucun Inscrivez 00 et Passez à K9i

K9. **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?**

SSI8_8

(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. **Parmi vos (les) parents ou amis (de . . .) vivant À L'EXTÉRIEUR de cet établissement, qui voyez-vous (voit-il / elle) le plus souvent au cours des 12 dernier mois?**
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

SSI8_9

- 01 Époux(se) / conjoint(e)
- 02 Fille / bru
- 03 Fils / gendre
- 04 Parents / beaux-parents
- 05 Frère / sœur
- 06 Petit-fils / petite-fille
- 07 Autre membre de la famille
- 08 Ami(e)
- 09 Voisin(e)
- 10 Autre - Précisez

----- (26 caract.)

K11. **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?**

SSI8_10

__ membres du personnel
(2 caract.)

Si Aucun Inscrivez 00

K12. **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.)

SSI8_11

- 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 :**

	Oui	Non
SSI8_12A a) avez-vous (. . . a-t-il / elle) visité des amis ou des membres de la famille?	01	02
SSI8_12B b) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) magasiner?	03	04
SSI8_12C c) avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté à des événements sociaux ou des services religieux?	05	06
SSI8_12D d) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) à la bibliothèque?	07	08
SSI8_12E e) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au cinéma?	09	10
SSI8_12F f) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un salon de beauté?	11	12
SSI8_12G g) avez-vous (. . . a-t-il / elle) suivi des cours d'artisanat ou de musique?	13	14
SSI8_12H h) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un centre communautaire (p. ex., club de bridge, club de l'âge d'or)?	15	16
SSI8_12I i) avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades à pied?	17	18
SSI8_12K j) avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades en auto?	19	20
SSI8_12I k) êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au restaurant pour dîner ou souper?	21	22
SSI8_12J l) avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait autre chose?	23 Précisez	24

----- (25 caract.)

K14. **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. **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.)

- 4 **Chaque jour**
- 5 **Au moins une fois par semaine**
- 6 **Au moins une fois par mois**
- 7 **Moins d'une fois par mois**
- 8 **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.)

- | | | | |
|---------|----|--|---|
| INI8_1A | 01 | Sécurité de la vieillesse | |
| INI8_1B | 02 | Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec | |
| INI8_1C | 03 | Supplément de revenu garanti | |
| INI8_1D | 04 | Prestations - régime de retraite, rentes | |
| INI8_1E | 05 | Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc. | |
| INI8_1F | 06 | Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être | |
| INI8_1G | 07 | Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome | |
| INI8_1H | 08 | 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.) | |
| INI8_1L | 09 | Aucune | } Passez à la Section M - Personnes à contacter |
| | 10 | Ne sait pas | |

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?
- 8 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

CI18 1A ----- (25 caract.)

M2. Nom de famille

CI18 1B ----- (25 caract.)

M3. Rue / R.R.

CI18 2A ----- (50 caract.)

M4. Appartement

CI18 2B ----- (15 caract.)

M5. Ville

CI18 3 ----- (25 caract.)

M6. Code postal

CI18 4 ----- (6 caract.)

M7. Code provincial

CI18 4P -- (2 caract.)

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

CI18 5 ----- (10 caract.)

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

CI18 6 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

01 Époux(se) / conjoint(e)

02 Fille / bru

03 Fils / gendre

04 Parents / beaux-parents

05 Frère / sœur

06 Petit-fils / petite-fille

07 Autre membre de la famille

08 Ami(e)

09 Personnel de l'établissement

10 Autre - Précisez

----- (26 caract.)

Deuxième personne

M10. **Prénom**

CII8 7A ----- (25 caract.)

M11. **Nom de famille**

CII8 7B ----- (25 caract.)

M12. **Rue / R.R.**

CII8 8A ----- (50 caract.)

M13. **Appartement**

CII8 8B ----- (15 caract.)

M14. **Ville**

CII8 9 ----- (25 caract.)

M15. **Code postal**

CII8 10 ----- (6 caract.)

M16. **Code provincial**

CII8 10P -- (2 caract.)

M17. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**

CII8 11 ----- (10 caract.)

M18. **Quel est le lien entre cette personne et vous (..)?**

CII8 12 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 Époux(se) / conjoint(e)
- 02 Fille / bru
- 03 Fils / gendre
- 04 Parents / beaux-parents
- 05 Frère / sœur
- 06 Petit-fils / petite-fille
- 07 Autre membre de la famille
- 08 Ami(e)
- 09 Personnel de l'établissement
- 10 Autre - Précisez

----- (26 caract.)

N. Consentements

AMI8_NO

Intervieweur :

Si vous interviewez le **RÉPONDANT** ou «une personne interposée qui lui est apparentée» 3 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 4 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).

AMI8_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 votre permission afin 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 des hôpitaux, des cliniques et des bureaux de médecin, ou d'autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques.

AMI8_LNK

Nous donnez-vous votre permission?

- 3 Oui
- 4 Non

N3. Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager l'information recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques.

AMI8_SHR

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

- 5 Oui
- 6 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?**

DGI8_2

__ médicaments différents
(2 caract.)

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?**

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

DGI8_3A

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

DGI8_3B

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

DGI8_3C

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

DGI8_3D

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

DGI8_3E

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

DGI8_3F

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

DGI8_3G

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

DGI8_3H

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

DGI8_3I

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

DGI8_3J

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

DGI8_3K

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

DGI8_3L

i) ----- (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 derniers mois, à quelle fréquence . . . a-t-il / elle consulté ou contacté les professionnels de la santé suivants pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :

		Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
HCI8_1A	a) omnipraticien?	01	02	03	04	05
HCI8_1B	b) spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?	06	07	08	09	10
HCI8_1C	c) autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?	11	12	13	14	15
HCI8_1D	c) infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?	16	17	18	19	20
HCI8_1E	e) physiothérapeute?	21	22	23	24	25
HCI8_1F	f) orthophoniste ou audiologiste?	26	27	28	29	30
HCI8_1G	g) ergothérapeute?	31	32	33	34	35
HCI8_1H	h) thérapeute en inhalothérapie?	36	37	38	39	40
HCI8_1I	i) dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?	41	42	43	44	45
HCI8_1J	j) psychologue?	46	47	48	49	50
HCI8_1K	k) travailleur social ou conseiller?	51	52	53	54	55

P2. 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?

HCI8_2

- 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?
DHI8_1 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 6 Répondant choisi (Sans procuration)
- 7 Membre de la famille (Par procuration)
- 8 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.)

DHI8_2 1 Même que sur l'étiquette

OU

DHI8_FN 2 **Prénom et initiale**

----- (25 caract.)

DHI8_LH 3 **Nom de famille**

----- (25 caract.)

CC3. Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . .)?
DHI8_MAR (Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 Marié(e)
- 02 Union libre
- 03 Vit avec un(e) conjoint(e)
- 04 Célibataire (jamais marié(e))
- 05 Veuf ou veuve
- 06 Séparé(e)
- 07 Divorcé(e)
- 08 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 :

GHI8_1 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 01 **excellente?**
- 02 **très bonne?**
- 03 **bonne?**
- 04 **passable?**
- 05 **mauvaise?**

POUR information seulement

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?**

HSI8_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?**

HSI8_2

3 Oui *Passez à EE4*

4 Non

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

HSI8_3

5 Oui

6 Non *Passez à EE6 - Ouië*

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?**

HSI8_4

7 Oui *Passez à EE6 - Ouië*

8 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?**

HSI8_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?**
HSI8_6

3 Oui *Passez à EE11 - Élocution*

4 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?**
HSI8_7

5 Oui *Passez à EE9*

6 Non

EE8. **Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) entendre quoi que ce soit?**
HSI8_8

7 Oui

8 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?**
HSI8_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?**
HSI8_10

3 Oui

4 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?**
HSI8_11

5 Oui *Passez à EE15 - Mobilité*

6 Non

EE12. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des inconnus?**
HSI8_12

7 Oui

8 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?

HSI8_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?

HSI8_14

- 3 Oui
- 4 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?

HSI8_15

- 5 Oui *Passez à EE22 - Agilité*
- 6 Non

EE16. Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher?

HSI8_16

- 7 Oui
- 8 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?

HSI8_17

- 1 Oui
- 2 Non

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

HSI8_18

- 3 Oui
- 4 Non

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

HSI8_19

- 5 Oui
- 6 Non *Passez à EE22 - Agilité*

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

HSI8_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?**

HSI8_21

- 5 **Oui**
- 6 **Non**

Agilité

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

HSI8_22

- 7 **Oui**
- 8 **Non**

Mains et doigts

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

HSI8_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?**

HSI8_24

- 3 **Oui**
- 4 **Non** *Passez à EE26*

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

HSI8_25

- 5 **certaines tâches?**
- 6 **la plupart des tâches?**
- 7 **presque toutes les tâches?**
- 8 **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?**

HSI8_26

- 1 Oui
- 2 Non

Sentiments

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

HSI8_27 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 3 heureux(se) et intéressé(e) à vivre?
- 4 plutôt heureux(se)?
- 5 plutôt malheureux(se)?
- 6 malheureux(se) et peu intéressé(e) à vivre?
- 7 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) :**

HSI8_28

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 capable de vous (se) souvenir de la plupart des choses? *Passez à EE30 - Pensée*
- 02 plutôt porté(e) à oublier des choses?
- 03 très porté(e) à oublier des choses?
- 04 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.)**

HSI8_29

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 05 Court terme seulement
- 06 Long terme seulement
- 07 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) :**
HS18_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?**

HS18_31

- 6 **Oui** *Passez à la Section FF - Problèmes de santé chroniques*
- 7 **Non**

EE32. **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**
HS18_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?**
HS18_33 *(Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 4 **Aucune**
- 5 **Quelques-unes**
- 6 **Plusieurs**
- 7 **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?

	Oui	Non	Ne sait pas
CCI8_1A a) Arthrite ou rhumatisme	01	02	03
CCI8_1B b) Tension artérielle élevée (hypertension)	04	05	06
CCI8_1C c) Asthme	07	08	09
CCI8_1D d) Bronchite chronique ou emphysème	10	11	12
CCI8_1E e) Diabète	13	14	15
CCI8_1F f) Épilepsie	16	17	18
CCI8_1G g) Une maladie cardiaque	19	20	21
CCI8_1H h) Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)	22	23	24
CCI8_1I i) Paralysie, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral	25	26	27
CCI8_1J j) Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie	28	29	30
CCI8_1K k) Difficulté à contrôler les intestins	31	32	33
CCI8_1L l) Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)	34	35	36
CCI8_1M m) Ostéoporose ou fragilité osseuse	37	38	39
CCI8_1N n) Cataracte(s)	40	41	42
CCI8_1O o) Glaucome	43	44	45
CCI8_1P p) Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	46	47	48
CCI8_1Q q) Insuffisance rénale ou maladie du rein	49	50	51
CCI8_1R r) Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite	52	53	54
CCI8_1S s) Problème de la thyroïde	55	56	57
CCI8_1T t) Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)	58	59	60
CCI8_1U u) Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales	61	62	63
CCI8_1W v) Cancer	64	65	66
CCI8_1V w) Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé	67	Précisez 68	69

----- (50 caract.)

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) :

Oui Non

RAI8_1A a) à la maison? 1 2

RAI8_1B b) dans des activités comme les voyages, les activités récréatives ou les loisirs? 3 4

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

RAI8_2

5 Oui

6 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?

RAI8_3C
RAI8CIC1
RAI8G12A
RAI8G25A

(Précisez un seul problème de santé.)

----- (25 caract.)

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

RAI8_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. **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?**

RAI8_5
RAI8CIC2
RAI8G12B
RAI8G25B

- 8 Oui
9 Non *Passez à GG8*

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

RAI8_5C

(Précisez le deuxième problème de santé)

----- (25 caract.)

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

RAI8_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 :**

	Oui	Non
RAI8_7A a) à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?	01	02
RAI8_7B b) à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la maison?	03	04
RAI8_7C c) à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la maison?	05	06
RAI8_7D d) à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?	07	08
RAI8_7E e) à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?	09	10

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?**

RAI8_8

- 1 Oui
- 2 Non

HH. Équilibre

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

FLI8_1

- 3 Oui
 - 4 Non
 - 5 Ne sait pas
- } *Passez à la Section II - Usage du tabac*

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

FLI8_2

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 6 une fois
- 7 deux fois
- 8 de 3 à 5 fois
- 9 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?**

FLI8_3

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HH5*

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

FLI8_4

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 3 Fracture de la hanche
- 4 Fracture d'un os ou d'une articulation autre que la hanche
- 5 Ecchymoses, égratignures ou coupures
- 6 Entorse ou foulure d'une articulation ou du dos
- 7 Perte de connaissance ou commotion cérébrale
- 8 Autre blessure - *Précisez*

----- (26 caract.)

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

(Cochez toutes les réponses appropriées.)

- FLI8_5A 01 Étourdissement / évanouissement
- FLI8_5B 02 Maladie
- FLI8_5C 03 Faiblesse / fragilité
- FLI8_5D 04 Trouble de l'équilibre
- FLI8_5E 05 Tombé(e) endormi(e)
- FLI8_5F 06 Réaction aux médicaments
- FLI8_5G 07 Trouble de la vision
- FLI8_5H 08 Trébuché sur un objet ou cogné(e) contre un objet
- FLI8_5I 09 Mauvaise appréciation de la distance
- FLI8_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?

SMI8_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?

SMI8_2

--- ans
(3 caract.)
997 Ne sait pas

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

SMI8_3

--- cigarettes
(3 caract.)
97 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?

SMI8_4

4 Oui
5 Non
6 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?

SMI8_5

7 Oui
8 Non
9 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?

SMI8_6

--- ans
(3 caract.)
997 Ne sait pas

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

SMI8_7

--- ans
(3 caract.)
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?**

ALI8_1

- 1 Oui *Passez à JJ3*
2 Non

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

ALI8_3

- 3 Oui *Passez à JJ4*
4 Non
5 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?**

ALI8_2

(Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 01 Moins d'une fois par mois
02 Une fois par mois
03 De 2 à 3 fois par mois
04 Une fois par semaine
05 De 2 à 3 fois par semaine
06 De 4 à 6 fois par semaine
07 Tous les jours

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

ALI8_4

- 6 Oui
7 Non
8 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.)

- INI8_1A 01 Sécurité de la vieillesse
- INI8_1B 02 Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
- INI8_1C 03 Supplément de revenu garanti
- INI8_1D 04 Prestations - régime de retraite, rentes
- INI8_1E 05 Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc.
- INI8_1F 06 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- INI8_1G 07 Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome
- INI8_1H 08 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.)
- INI8_1I 09 Aucune
10 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?
- 8 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**

CII8 1A ----- (25 caract.)

MM2. **Nom de famille**

CII8 1B ----- (25 caract.)

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

CII8 2A ----- (50 caract.)

MM4. **Appartement**

CII8 2B ----- (15 caract.)

MM5. **Ville**

CII8 3 ----- (25 caract.)

MM6. **Code postal**

CII8 4 ----- (6 caract.)

MM7. **Code provincial**

CII8 4P -- (2 caract.)

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

CII8 5 ----- (10 caract.)

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

CII8 6 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

01 Époux(se) / conjoint(e)

02 Fille / bru

03 Fils / gendre

11 Parents / beaux-parents

12 Frère / sœur

13 Petit-fils / petite-fille

14 Autre membre de la famille

15 Ami(e)

16 Personnel de l'établissement

17 Autre - Précisez

----- (26 caract.)

Deuxième personne

MM10. **Prénom**

CII8 7A ----- (25 caract.)

MM11. **Nom de famille**

CII8 7B ----- (25 caract.)

MM12. **Rue / R.R.**

CII8 8A ----- (50 caract.)

MM13. **Appartement**

CII8 8B ----- (15 caract.)

MM14. **Ville**

CII8 9 ----- (25 caract.)

MM15. **Code postal**

CII8 10 ----- (6 caract.)

MM16. **Code provincial**

CII8 10P -- (2 caract.)

MM17. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**

CII8 11 ----- (10 caract.)

MM18. **Quel est le lien entre cette personne et vous (. . .)?**

CII8 12 (Ne cochez qu'une seule réponse.)

01 Époux(se) / conjoint(e)

02 Fille / bru

11 Fils / gendre

12 Parents / beaux-parents

13 Frère / sœur

14 Petit-fils / petite-fille

15 Autre membre de la famille

16 Ami(e)

17 Personnel de l'établissement

18 Autre - Précisez

----- (26 caract.)

00. Consommation de médicaments

001. 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.)

DGI8_2

__ médicaments différents
(2 caract.)

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

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

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

(Indiquez tout au plus 12 médicaments.)

DGI8_3A a) ----- (25 caract.)

DGI8_3B b) ----- (25 caract.)

DGI8_3C c) ----- (25 caract.)

DGI8_3D d) ----- (25 caract.)

DGI8_3E e) ----- (25 caract.)

DGI8_3F f) ----- (25 caract.)

DGI8_3G g) ----- (25 caract.)

DGI8_3H h) ----- (25 caract.)

DGI8_3I i) ----- (25 caract.)

DGI8_3J j) ----- (25 caract.)

DGI8_3K k) ----- (25 caract.)

DGI8_3L l) ----- (25 caract.)

PP. Utilisation des soins de santé

PP1. **Maintenant, quelques questions portant sur les consultations ou sur les contacts 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 :**

		Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
HCI8_1A	a) omnipraticien?	01	02	03	04	05
HCI8_1B	b) spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?	06	07	08	09	10
HCI8_1C	c) autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?	11	12	13	14	15
HCI8_1D	d) infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?	16	17	18	19	20
HCI8_1E	e) physiothérapeute?	21	22	23	24	25
HCI8_1F	f) orthophoniste ou audiologiste?	26	27	28	29	30
HCI8_1G	g) ergothérapeute?	31	32	33	34	35
HCI8_1H	h) thérapeute en inhalothérapie?	36	37	38	39	40
HCI8_1I	i) dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?	41	42	43	44	45
HCI8_1J	j) psychologue?	46	47	48	49	50
HCI8_1K	k) travailleur social ou conseiller?	51	52	53	54	55

QQ. Consentements

QQ2. **Nous aimerions votre permission afin 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 des hôpitaux, des cliniques et des bureaux de médecin, ou d'autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques.**

AM18_LNK

Nous donnez-vous votre permission?

- 3 Oui
- 4 Non

QQ3. **Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager l'information recueillie lors des interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada. Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques.**

AM18_SHR

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

- 5 Oui
- 6 Non

Intervieweur : Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.