

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

**Volet ménages  
Cycle 1 (1994-1995)**

**Questionnaire**

**Statistique Canada**

Mai 1994

Pour information seulement

## Table des matières

	Page
Variables du dossier du ménage .....	1
La Composante Générale (Formulaire H05) .....	4
Incapacité au cours des deux dernières semaines.....	4
Utilisation des soins de santé.....	5
Limitation des activités .....	7
Problèmes de santé chroniques.....	10
Renseignements socio-démographiques.....	11
Pays de naissance/année d'immigration .....	11
Appartenance ethnique.....	11
Langue .....	12
Race.....	12
Niveau de scolarité .....	13
Population active .....	14
Revenu .....	18
Administration.....	19
La Composante Santé pour les répondants âgés de 12 ans et plus (Formulaire H06) .....	20
État de santé général .....	20
Taille et poids .....	21
Mesures préventives de santé .....	21
Usage du tabac .....	22
Consommation d'alcool .....	23
Activités physiques.....	25
Blessures.....	27
Stress .....	29
Problèmes actuels .....	29
Événements récents .....	31
Facteurs de stress chez les enfants et les adultes («traumatismes») .....	33
Stress au travail.....	34
Estime de soi et contrôle .....	35
Sentiment de cohésion.....	36
État de santé .....	39
Vision .....	39
Oùïe .....	40
Élocution .....	41
Mobilité.....	41
Mains et doigts.....	42
Mémoire.....	43
Pensée.....	43
Douleurs et maux .....	43
Consommation de médicaments.....	44
Santé mentale .....	45
Soutien social .....	52
Numéro provincial d'assurance-maladie .....	54
Consentement au partage de l'information .....	54
Les questions pour le Manitoba .....	55
Les questions pour l'Alberta .....	58
Notes: .....	59

Annexe A La Composante Santé pour les répondants âgés de 0 à 11 ans (Formulaire H06) .....	60
Santé générale pour enfants .....	60
Services de santé pour enfants .....	61
Conditions chroniques pour enfants .....	61
État de santé pour enfants .....	63
Vision .....	63
Ouïe .....	64
Élocution .....	64
Mobilité .....	65
Mains et doigts .....	66
Sentiments .....	67
Mémoire .....	67
Pensée .....	67
Douleurs et malaises .....	67
Blessures pour enfants .....	68

Pour information seulement

## Variables du dossier du ménage

(Recueillir au moment du premier contact auprès d'un membre informé du ménage.)

DEMO\_INT **Les questions suivantes permettent de recueillir d'importants renseignements de base sur les membres de votre ménage.**

DEMO\_Q1 **Veillez nommer TOUTES les personnes qui demeurent actuellement ici et qui n'ont pas de résidence habituelle ailleurs.**

Noms (prénom et nom de famille)

DEMO\_Q2 **Y a-t-il des personnes qui sont absentes du ménage parce qu'elles sont aux études, en visite, en voyage ou à l'hôpital, mais qui demeurent habituellement ici?**

DHC4\_3A

- Oui (Passez à DEMO\_Q1)  
 Non

DEMO\_Q3 **Y a-t-il quelqu'un d'autre qui demeure dans ce logement, par exemple des jeunes enfants, un parent, un chambreur, un pensionnaire ou un employé?**

DHC4\_3B

- Oui (Passez à DEMO\_Q1)  
 Non

DEMO\_Q4 **Quel est la date de naissance de ...?**

DHC4\_DAT

DHC4\_DOB

DHC4\_MOB

DHC4\_YOB

DHC4\_AGE

DD/MM/YY (L'âge est calculé et confirmé avec le répondant.)

DEMO\_Q5 Indiquez ou demandez le sexe de ... .

DHC4\_SEX

- Masculin  
 Féminin

DEMO\_Q6 **Quel est l'état matrimonial actuel de ... ?**

DHC4\_MAR

(Nota: Si âgé(e) de < 15 ans, état matrimonial à attribuer = célibataire.)

- Marié(e)  
 Vit avec son conjoint de fait  
 Vit avec une autre personne  
 Célibataire (jamais marié(e))  
 Veuf ou veuve  
 Séparé(e)  
 Divorcé(e)

ENSP, Volet ménages, cycle 1 (1994-1995)

---

DEMO\_Q7 Inscrivez l'unité familiale.

DHC4\_FID

(A à Z)

Vérification du ménage légal.

Rejetez le ménage ici si le critère de sélection n'est pas respecté.

Le critère de sélection est fait.

DEMO\_Q8 Lien unissant les personnes entre elles

Parent biologique	Conjoint de fait
Beau-père ou belle-mère	Parent par alliance
Parent de famille d'accueil	Autre personne apparentée
Enfant biologique	Personne non apparentée
Enfant du conjoint	Époux/épouse
Enfant en famille d'accueil	Enfant adoptif
Soeur/frère	Parent adoptif
Grand-parent	Partenaire du même sexe
Petit-fils/petite-fille	

HHLD\_Q1 **Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre logement. Ce logement est-il la propriété d'un membre du ménage (même s'il est en train d'être payé)?**

DHC4\_OWN

Oui  
 Non

HHLD\_Q3 **Combien de chambres à coucher y a-t-il dans ce logement?**  
(S'il n'y a pas de chambre séparée et fermée, inscrivez "00".)

DHC4\_BED

Nombre de chambres (2 chiffres)

HHLD\_Q4 **Y a-t-il un animal domestique dans ce logement?**

DH 4 P1

Oui  
 Non (Passez à HHLD\_Q6)

HHLD\_Q5 **Quel genre d'animal est-ce?**  
(Né lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

DH\_4DP2

Chien  
 Chat  
 Autre (Passez à HHLD\_Q6)

HHLD\_Q5a **Cet animal (Ces animaux) vit-il (vivent-ils) surtout dans la maison?**

DH 4 P3

Oui  
 Non

ENSP, Volet ménages, cycle 1 (1994-1995)

---

HHLD\_Q6 Choisissez le genre de logement (selon l'observation de l'intervieweur).

DHC4\_DWE

- Maison individuelle
- Maison double
- Maison en rangée
- Duplex
- Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- Institution
- Hôtel, maison de chambre/pension, camp (de bûcheron, de construction), une colonie Huttérite, etc.
- Maison mobile
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

HHLD\_Q7 Source de l'information, c'est-à-dire la personne ayant fourni les renseignements.

AM34\_SRC

HHLD\_Q8 Inscrivez la langue d'interview.

AM34\_LNG

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| Anglais  | Persan (Farsi)         |
| Français | Polonais               |
| Arabe    | Portugais              |
| Chinois  | Pendjabi               |
| Cri      | Espagnol               |
| Allemand | Tagal (Philippin)      |
| Grec     | Ukrainien              |
| Hongrois | Vietnamien             |
| Italien  | Autre (Précisez _____) |
| Coréen   |                        |

## La Composante Générale (Formulaire H05)

(À remplir pour tous les membres du ménage.)

Note: Lors d'une entrevue sur place assistée par ordinateur la personne a le choix de répondre soit par un refus (R), soit par je ne sais pas (NSP) pour chacune des questions qui lui sont posées.

H05-P1 **Qui fournit l'information pour ce formulaire?**

AM54\_SRC \_\_\_\_\_

### Incapacité au cours des deux dernières semaines

TWOWK-INT **Les premières questions portent sur l'état de santé de ... au cours des 14 derniers jours.**

TWOWK-Q1 **Il est important que vous ayez à l'esprit la période de 14 jours<sup>1</sup> c'est-à-dire la période commençant %2WKSAGO% et se terminant %YESTERDAY%. Durant cette période, est-ce que ... a été alité(e) à cause d'une maladie ou d'une blessure, ou est-ce que ... a passé une nuit comme patient(e) dans un hôpital?**

TWC4\_1

- Oui  
 Non (Passez à TWOWK-Q3)  
 NSP, R (Passez à TWOWK-Q5)

TWOWK-Q2 **Combien de jours ... a-t-il/elle été alité(e) toute une journée ou presque?**

TWC4\_2

- Jours  
(Inscrivez <0> si cela a duré moins d'une journée.)  
(Si 14 jours / --- passez à TWOWK-Q5)  
 NSP, R (Passez à TWOWK-Q5)

TWOWK-Q3 **(Sans compter les jours passés au lit) Durant ces 14 jours, y a-t-il eu des jours où il a fallu que ... se limite dans ses activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure?**

TWC4\_3

- Oui  
 Non (Passez à TWOWK-Q5)

TWOWK-Q4 **Pendant combien de jours a-t-il fallu que ... se limite dans ses activités pour toute une journée ou presque?**

TWC4\_4

- Jours  
(Inscrivez <0> si cela a duré moins d'une journée.)

TWOWK-Q5 **... a-t-il(elle) un médecin de famille?**

TWC4\_5

- Oui  
 Non

### Utilisation des soins de santé

UTIL-CINT Si âgé(e) de < 12 ans, passez à la section suivante.

UTIL-INT **Les questions suivantes portent sur les consultations avec les professionnels de la santé durant les 12 derniers mois.**

UTIL-Q1 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence?**

HCC4\_1

- Oui
- Non (Passez à UTIL-Q2)
- NSP (Passez à UTIL-Q2)
- R (Passez à la section suivante)

UTIL-Q1a **Combien de nuits au cours des 12 derniers mois ont été passées dans un de ces établissements?**

HCC4\_1A

Nuits

UTIL-Q2 **(Sans compter les séjours dans un établissement de santé) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois ... a-t-il(elle) vu ou consulté par téléphone un [lisez la catégorie] pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux :**

HCC4\_2A

HCC4\_2B

HCC4\_2C

HCC4\_2D

HCC4\_2E

HCC4\_2F

HCC4\_2G

HCC4\_2H

HCC4\_2I

HCC4\_2J

- a) **médecin de famille ou médecin omnipraticien**
- b) **spécialiste de la vue (p.ex., ophtalmologiste ou optométriste)**
- c) **autre médecin ou spécialiste (p.ex., chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre)**
- d) **infirmière pour recevoir des conseils ou des soins**
- e) **dentiste ou orthodontiste**
- f) **chiropraticien**
- g) **physiothérapeute**
- h) **travailleur social ou autre conseiller**
- i) **psychologue**
- j) **orthophoniste, audiologiste ou ergothérapeute**

Pour chaque réponse > 0 en a), c) ou d), posez la question UTIL-Q3.

UTIL-Q3 **Où a eu lieu la plus récente consultation?**

HCC4\_3n (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Clinique sans rendez-vous**
- Consultations externes d'un hôpital**
- Salle d'urgence d'un hôpital**
- Bureau du spécialiste de la santé**
- CLSC/centre de santé communautaire**
- À la maison**
- Consultation téléphonique uniquement**
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)**

UTIL-Q4

HCC4\_4

**Il arrive que les gens se tournent vers la médecine douce. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a vu ou consulté un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un naturopathe, un homéopathe ou un massothérapeute, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux?**

- Oui  
 Non (Passez à UTIL-Q6)  
NSP, R (Passez à UTIL-Q6)

UTIL-Q5

**Quel genre d'intervenant ... a-t-il(elle) vu ou consulté?**

(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

HCC4\_5A

HCC4\_5B

HCC4\_5C

HCC4\_5D

HCC4\_5E

HCC4\_5F

HCC4\_5G

HCC4\_5H

HCC4\_5I

HCC4\_5J

HCC4\_5K

HCC4\_4A

HCC4\_5L

- Massothérapeute  
 Acupuncteur  
 Homéopathe ou naturopathe  
 Enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander  
 Relaxologue  
 Enseignant des techniques de rétroaction biologique  
 "Rofler"  
 Herboriste  
 Réflexologue  
 Guérisseur spirituel  
 Guérisseur religieux  
 Groupe d'entraide (AA, groupe de thérapie anticancéreuse)  
 Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

UTIL-Q6

HCC4\_6

**Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu un moment où ... a eu besoin de conseils ou de soins de santé mais ne les a pas obtenus?**

- Oui  
 Non (Passez à UTIL-C9)  
NSP, R (Passez à UTIL-C9)

UTIL-Q7

HCC4\_7WC

et

HCC4G7

**Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi ces soins ou conseils n'ont pas été obtenus?**

- \_\_\_\_\_  
 Difficulté d'accès au professionnel de la santé  
 Contraintes financières  
 Estime que soins donnés sont inadéquats  
 Choisit de ne pas voir professionnel de la santé  
 Autre

UTIL-Q8

HCC4\_8A

HCC4\_8B

HCC4\_8C

HCC4\_8D

HCC4\_8E

**Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires? (Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées)**

- Le traitement d'un problème physique  
 Le traitement d'un trouble émotif ou mental  
 Un examen périodique/ou consultation prénatale courante  
 Le traitement d'une blessure  
 Une autre raison (Précisez \_\_\_\_\_)

UTIL-C9

Si âgé(e) de < 18 ans, passez à la section suivante.

UTIL-Q9  
HCC4\_9

Par services à domicile, on entend des *soins de santé* ou des *services d'aide familiale* qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, en tout ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples: soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour la maison, physiothérapie, consultations, repas livrés à domicile. Est-ce que ... a reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

UTIL-Q10

Quel genre de services ... a-t-il(elle) reçu?

HCC4\_SC  
et

(Précisez \_\_\_\_\_)

HCC4\_10A  
HCC4\_10C  
HCC4\_10D  
HCC4\_10E  
HCC4\_10F  
HCC4\_10H

- Soins infirmiers
- Soins d'hygiène personnelle
- Travaux ménagers
- Préparation ou livraison des repas
- Magasinage
- Autre

### Limitation des activités

RESTR-CINT Si âgé(e) de < 12 ans, passez à la section suivante.

RESTR-INT 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 depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus.

RESTR-Q1 À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, ... est-il(elle) limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre de ses activités qu'il/elle exerce

RAC4\_1A

a) à la maison?

- Oui
- Non
- R (Passez à la section suivante)

RAC4\_1B

b) à l'école?

- Oui
- Non
- Sans objet
- R (Passez à la section suivante)

RAC4\_1C

c) **au travail?**

- Oui
- Non
- Sans objet
- R (Passez à la section suivante)

RAC4\_1D

d) **dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail?**

- Oui
- Non
- R (Passez à la section suivante)

RESTR-Q2

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

RAC4\_2

- Oui
- Non
- R (Passez à la section suivante)

Pour toute réponse affirmative à la question RESTR-Q1(a)-(d) posez la question RESTR-Q3.

Si Oui uniquement à la question RESTR-Q2, posez la question RESTR-Q4.

Dans tous les autres cas, passez à la question RESTR-Q6.

RESTR-Q3

**Quel est le principal problème de santé faisant en sorte qu'il(elle) soit limité(e) dans ses activités?**

RAC4\_3C

\_\_\_\_\_ (25 espaces) (Passez à RESTR-Q5)

RESTR-Q4

**Quel est le principal problème de santé causant cette incapacité ou cet handicap?**

RAC4\_3C

\_\_\_\_\_ (25 espaces)

RESTR-Q5

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

RAC4\_5

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Blessure - à la maison
- Blessure - sports ou loisirs
- Blessure - véhicule à moteur
- Blessure - au travail
- Présent dès la naissance
- Milieu de travail
- Maladie
- Processus de vieillissement normal
- Violences physiques ou psychologiques
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

RESTR-Q6 **La prochaine question concerne l'aide reçue. Même si elle ne s'applique pas à ... il est nécessaire de poser la même question à tout le monde. À cause de son état ou d'un problème de santé, a-t-il(elle) besoin qu'UNE autre personne l'aide à :**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |                |                          |  |
|----------------|--------------------------|--|
| <i>RAC4_6A</i> | <input type="checkbox"/> | <b>préparer les repas?</b>   |
| <i>RAC4_6B</i> | <input type="checkbox"/> | <b>faire les courses?</b>  |
| <i>RAC4_6C</i> | <input type="checkbox"/> | <b>accomplir les tâches ménagères quotidiennes?</b>  |
| <i>RAC4_6D</i> | <input type="checkbox"/> | <b>faire de gros travaux d'entretien par exemple laver les murs, travaux dans la cour?</b> |
| <i>RAC4_6E</i> | <input type="checkbox"/> | <b>se donner certains soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger?</b>           |
| <i>RAC4_6F</i> | <input type="checkbox"/> | <b>se déplacer dans la maison?</b>   |
| <i>RAC4_6G</i> | <input type="checkbox"/> | <b>aucune des réponses ci-dessus.</b>  |

**Problèmes de santé chroniques**

CHRON-CINT Si âgé(e) de < 12 ans, passez à la section suivante.

CHRON-INT **Les questions qui suivent portent sur tout problème de santé de longue durée. Là encore, on entend par «problème de santé de longue durée» un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus.**

CHRON-Q1 **Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants :**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- CCC4\_1A a) **allergies alimentaires?**
- CCC4\_1B b) **autres allergies?**
- CCC4\_1C c) **asthme? (Si Oui posez CHRON-Q1cc1)**
- CCC4\_1D d) **arthrite ou rhumatisme?**
- CCC4\_1E e) **maux de dos excluant l'arthrite?**
- CCC4\_1F f) **hypertension (tension artérielle élevée)?**
- CCC4\_1G g) **migraines?**
- CCC4\_1H h) **bronchite chronique ou emphysème?**
- CCC4\_1I i) **sinusite?**
- CCC4\_1J j) **diabète?**
- CCC4\_1K k) **épilepsie?**
- CCC4\_1L l) **maladie cardiaque?**
- CCC4\_1M m) **cancer? (Si Oui posez CHRON-Q1mm)**
- CCC4\_1N n) **ulcères à l'estomac ou à l'intestin?**
- CCC4\_1O o) **troubles dûs à un accident cardio-vasculaire?**
- CCC4\_1P p) **incontinence urinaire?**
- CCC4\_1W q) **acné exigeant un traitement sur ordonnance? (Posez cette question si âge < 30)**

(Si la personne a < 18 ans, passez à u.)

- CCC4\_1R r) **maladie d'Alzheimer ou autre sénilité?**
- CCC4\_1S s) **cataracté(s)?**
- CCC4\_1T t) **glaucome?**
- CCC4\_1V u) **tout autre problème de santé chronique? (Précisez \_\_\_\_\_)**
- CCC4\_NON v) **aucun**  
NSP, R (Passez à la section suivante)

CHRON-Q1mm **De quel(s) type(s) de cancer s'agit-il, par exemple de la peau, du poumon, du côlon?**

CCC4\_MJ \_\_\_\_\_

CHRON-Q1cc1 **A-t-il(elle) fait une crise d'asthme au cours des 12 dernier mois?**

CCC4\_C7  
\_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non

CHRON-Q1cc2 **A-t-il(elle) présenté une respiration sifflante au cours des 12 derniers mois?**

CCC4\_C8

- Oui  
 Non

**Renseignements socio-démographiques**

SOCIO-INT **J'aimerais maintenant vous poser des questions générales concernant les caractéristiques des personnes de votre ménage.**

**Pays de naissance/année d'immigration**

SOCIO-Q1 **Dans quel pays ... est-il(elle) né(e)?**

SDC4\_I

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |                          |                                       |                          |                            |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Canada (Passez à la section suivante) | <input type="checkbox"/> | Jamaïque                   |
| <input type="checkbox"/> | Chine                                 | <input type="checkbox"/> | Pays-Bas                   |
| <input type="checkbox"/> | France                                | <input type="checkbox"/> | Philippines                |
| <input type="checkbox"/> | Allemagne                             | <input type="checkbox"/> | Pologne                    |
| <input type="checkbox"/> | Grèce                                 | <input type="checkbox"/> | Portugal                   |
| <input type="checkbox"/> | Guyane                                | <input type="checkbox"/> | Royaume-Uni                |
| <input type="checkbox"/> | Hong Kong                             | <input type="checkbox"/> | États-Unis                 |
| <input type="checkbox"/> | Hongrie                               | <input type="checkbox"/> | Viêt-nam                   |
| <input type="checkbox"/> | Inde                                  | <input type="checkbox"/> | Autre (Précisez _____)     |
| <input type="checkbox"/> | Italie                                | <input type="checkbox"/> | NSP, R (Passez à SOCIO-Q4) |

SOCIO-Q3 **En quelle année ... a-t-il(elle) immigré au Canada pour la première fois?**

SDC4\_3

Année (4 chiffres)  
 (Inscrivez <1999> si citoyen(ne) canadien(ne) de naissance.)

**Appartenance ethnique**

SOCIO-Q4 **À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres/les ancêtres de ... appartenait-il(s)? (Par exemple, français, anglais, chinois.)**

(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |                          |         |                          |                          |         |                              |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|---------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4A | Canadien                 | <input type="checkbox"/> | SDC4_4J | Chinois                      |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4B | Français                 | <input type="checkbox"/> | SDC4_4K | Juif                         |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4C | Anglais                  | <input type="checkbox"/> | SDC4_4L | Polonais                     |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4D | Allemand                 | <input type="checkbox"/> | SDC4_4M | Portugais                    |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4E | Écossais                 | <input type="checkbox"/> | SDC4_4N | Asiatique du Sud             |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4F | Irlandais                | <input type="checkbox"/> | SDC4_4O | Noir                         |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4G | Italien                  | <input type="checkbox"/> | SDC4_4P | Indien de l'Amérique du Nord |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4H | Ukrainien                | <input type="checkbox"/> | SDC4_4Q | Métis                        |
| <input type="checkbox"/> | SDC4_4I | Hollandais (Néerlandais) | <input type="checkbox"/> | SDC4_4R | Inuit/Esquimau               |
|                          |         |                          | <input type="checkbox"/> | SDC4_4S | Autre (Précisez _____)       |

**Langue**

**SOCIO-Q5 Dans quelles langues ... peut-il(elle) soutenir une conversation?**  
(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |                |                          |          |                |                          |                        |
|----------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|------------------------|
| <i>SDC4_5A</i> | <input type="checkbox"/> | Anglais  | <i>SDC4_5K</i> | <input type="checkbox"/> | Persan (Farsi)         |
| <i>SDC4_5B</i> | <input type="checkbox"/> | Français | <i>SDC4_5L</i> | <input type="checkbox"/> | Polonais               |
| <i>SDC4_5C</i> | <input type="checkbox"/> | Arabe    | <i>SDC4_5M</i> | <input type="checkbox"/> | Portugais              |
| <i>SDC4_5D</i> | <input type="checkbox"/> | Chinois  | <i>SDC4_5N</i> | <input type="checkbox"/> | Pendjabi               |
| <i>SDC4_5E</i> | <input type="checkbox"/> | Cri      | <i>SDC4_5O</i> | <input type="checkbox"/> | Espagnol               |
| <i>SDC4_5F</i> | <input type="checkbox"/> | Allemand | <i>SDC4_5P</i> | <input type="checkbox"/> | Tagal (Philippin)      |
| <i>SDC4_5G</i> | <input type="checkbox"/> | Grec     | <i>SDC4_5Q</i> | <input type="checkbox"/> | Ukrainien              |
| <i>SDC4_5H</i> | <input type="checkbox"/> | Hongrois | <i>SDC4_5R</i> | <input type="checkbox"/> | Vietnamien             |
| <i>SDC4_5I</i> | <input type="checkbox"/> | Italien  | <i>SDC4_5S</i> | <input type="checkbox"/> | Autre (Précisez _____) |
| <i>SDC4_5J</i> | <input type="checkbox"/> | Coréen   |                |                          |                        |

**SOCIO-Q6 Quelle est la première langue que ... a apprise à la maison dans son enfance et qu'il(elle) comprend encore?** (Si la personne ne comprend plus la première langue apprise, indiquez la deuxième langue apprise.)  
(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |                |                          |          |                |                          |                        |
|----------------|--------------------------|----------|----------------|--------------------------|------------------------|
| <i>SDC4_6A</i> | <input type="checkbox"/> | Anglais  | <i>SDC4_6K</i> | <input type="checkbox"/> | Persan (Farsi)         |
| <i>SDC4_6B</i> | <input type="checkbox"/> | Français | <i>SDC4_6L</i> | <input type="checkbox"/> | Polonais               |
| <i>SDC4_6C</i> | <input type="checkbox"/> | Arabe    | <i>SDC4_6M</i> | <input type="checkbox"/> | Portugais              |
| <i>SDC4_6D</i> | <input type="checkbox"/> | Chinois  | <i>SDC4_6N</i> | <input type="checkbox"/> | Pendjabi               |
| <i>SDC4_6E</i> | <input type="checkbox"/> | Cri      | <i>SDC4_6O</i> | <input type="checkbox"/> | Espagnol               |
| <i>SDC4_6F</i> | <input type="checkbox"/> | Allemand | <i>SDC4_6P</i> | <input type="checkbox"/> | Tagal (Philippin)      |
| <i>SDC4_6G</i> | <input type="checkbox"/> | Grec     | <i>SDC4_6Q</i> | <input type="checkbox"/> | Ukrainien              |
| <i>SDC4_6H</i> | <input type="checkbox"/> | Hongrois | <i>SDC4_6R</i> | <input type="checkbox"/> | Vietnamien             |
| <i>SDC4_6I</i> | <input type="checkbox"/> | Italien  | <i>SDC4_6S</i> | <input type="checkbox"/> | Autre (Précisez _____) |
| <i>SDC4_6J</i> | <input type="checkbox"/> | Coréen   |                |                          |                        |

**Race**

**SOCIO-Q7 Comment décririez-vous, aux mieux de vos connaissances, la race ou la couleur de ... ?**  
(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|
| <i>SDC4_7A</i> | <input type="checkbox"/> | Blanc(he) (ex. Britannique, Français(e), Européen(ne), Amérique latine/Amérique du Sud avec ancêtres Européens, etc.) |
| <i>SDC4_7D</i> | <input type="checkbox"/> | Noir(e)   |
| <i>SDC4_7K</i> | <input type="checkbox"/> | Coréen(e)   |
| <i>SDC4_7G</i> | <input type="checkbox"/> | Philippin(ne)   |
| <i>SDC4_7J</i> | <input type="checkbox"/> | Japonais(e)   |
| <i>SDC4_7B</i> | <input type="checkbox"/> | Chinois(e)  |
| <i>SDC4_7E</i> | <input type="checkbox"/> | Autochtone d'Amérique du Nord<br>(Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis, Inuit ou Esquimau)                            |
| <i>SDC4_7C</i> | <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud (ex. Indien(ne) de l'Inde ou de l'Ouganda, Pakistanais(e), Pendjabi(e), Tamil(e), etc.)              |
| <i>SDC4_7H</i> | <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud-Est (ex. Vietnamien(ne), Thaïlandais(e), Laotien(ne), etc.)  |
| <i>SDC4_7F</i> | <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud-Ouest ou Nord-Africain (ex. Arménien(ne), Syrien(ne), Marocain(e), etc.)                             |
| <i>SDC4_7L</i> | <input type="checkbox"/> | Autre (Précisez _____)  |

**Niveau de scolarité**

EDUC-C1 (Si âgé(e) de < 12 ans, passez à la section suivante.)

EDUC-Q1 **En excluant la maternelle, combien d'années d'études primaires et secondaires ... a-t-il(elle) terminées avec succès?**

EDC4\_4

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Aucune scolarité (Passez à la section suivante.)
- 1 à 5 années  10 années
- 6 années  11 années
- 7 années  12 années
- 8 années  13 années
- 9 années  NSP, R (Passez à la section suivante)

(Si âgé(e) < 15 ans, passez à la section suivante.)

EDUC-Q2 **... détient-il(elle) un certificat d'études secondaires?**

EDC4\_5

- Oui
- Non

EDUC-Q3 **... a-t-il(elle) déjà fréquenté un autre genre d'établissement d'enseignement comme une université, un collège communautaire, une école de commerce, de métiers ou de formation professionnelle, un CÉGEP ou un autre établissement d'enseignement postsecondaire?**

EDC4\_6

- Oui
- Non (Passez à EDUC-C5)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

EDUC-Q4 **Quel est le plus haut niveau de scolarité que ... avez/a atteint?**

EDC4\_7

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Études partielles dans un école de métiers, formation technique, ou de formation professionnelle, ou un collège commercial
- Études partielles dans un collège communautaire, au CÉGEP ou une école de sciences infirmières
- Études partielles à l'université
- Diplôme ou certificat d'études d'une école de métiers, de formation technique ou de formation professionnelle, ou d'un collège commercial
- Diplôme ou certificat d'études d'un collège communautaire, d'un CÉGEP ou d'une école de sciences infirmières
- Baccalauréat, diplôme de 1er cycle ou certificat d'école normale (ex. B.A., B.Sc., LL.B.)
- Maîtrise (ex. M.A., M.Sc., M.Ed.)
- Diplôme en médecine, en optométrie, en médecine dentaire, ou vétérinaire, (ex. M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- Doctorat acquis (ex. Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

EDUC-C5 (Si âgé(e) >=65 ans, passez à la section suivante.)

EDUC-Q5 **Fréquent-il(elle) actuellement une école, un collège ou une université?**

EDC4\_1

- Oui  
 Non (Passez à section la suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

EDUC-Q6 **... est-il(elle) inscrit(e) comme étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel?**

EDC4\_2

- À temps plein  
 À temps partiel

### **Population active**

LFS-C1 (Si âgé(e) < 15 ans, passez à la section suivante.)

LFS-Q1 **Qu'est-ce que ... considère comme étant sa principale activité en ce moment? (Par exemple, travail contre rémunération, soin de famille.)**

LFC4\_1

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Soin de famille  
 Travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice  
 Soin de famille et travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice  
 Études  
 Convalescence/état d'invalidité  
 Recherche d'un emploi  
 Retraite  
 Autre (Précisez)

LFS-I2 **Dans la prochaine section, nous allons poser des questions au sujet des emplois que ... a exercés au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire depuis %12mosago%. Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail à contrat, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré.**

LFS-C2 Si LFS-Q1= 2 ou 3 passez à LFS-Q3.1

LFS-Q2 **Est-ce que ... a travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois?**

LFC4\_2

- Oui (Passez à LFS-Q3.1)  
 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LFS-C2A Si LFS-Q1= 7(retraité) passez à LFS-C18.  
Sinon passez à LFS-Q17B.

Nota: LFS-Q3 à LFS-Q11 sont dans une loupe, permettant jusqu' à 6 emplois

LFS-Q3.n **Pour qui/qui d'autre ... a-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours des 12 derniers mois?**

LFC4\_EnC

\_\_\_\_\_ (50 caractères)

LFS-Q4.n **Est-ce qu'il/elle occupait cet emploi il y a 1 an, c'est-à-dire %12mosago% sans aucune interruption de travail depuis ce temps?**  
LFC4\_4n

- Oui (Passez à LFS-Q6.n)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

LFS-Q5.n **Quand a-t-il(elle) commencé à travailler à cet emploi ou à cette entreprise?**

LFC4\_5nM  
LFC4\_5nD  
LFC4\_5nY  
MM/JJ/AA  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LFS-Q6.n **Est-ce qu'il/elle occupe cet emploi maintenant?**

LFC4\_6n  
 Oui (Passez à LFS-Q8.n)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

LFS-Q7.n **Quand a-t-il(elle) cessé de travailler à cet emploi ou à cette entreprise?**

LFC4\_7nM  
LFC4\_7nD  
LFC4\_7nY  
MM/JJ/AA  
NSP, R (Passez à la section suivante)

LFS-Q8.n **Environ combien d'heures par semaine est-ce que ... travaillait habituellement à cet emploi?**  
LFC4\_8n

|\_| Heures

LFS-Q9.n **Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures qu'il/elle travaille(ait) habituellement à cet emploi?**  
LFC4\_9n  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Horaire ou quart normal de jour  
 Quart normal de soirée  
 Quart normal de nuit  
 Quart rotatif (alternance du jour à la soirée et à la nuit)  
 Quart brisé  
 Sur appel  
 Horaire irrégulier  
 Autre (Précisez)

LFS-Q10.n **Est-ce que ... travaille(ait) habituellement les fins de semaine à cet emploi?**

LFC4\_10n  
 Oui  
 Non

LFS-Q11n **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a fait d'autre travail quelconque contre rémunération ou en vue d'un bénéfice?**  
LFC4\_11n

- Oui  
 Non  
 NSP, R (Passez à LFS-Q12)

LFS-C12 Si LFS-Q11.1 = non passez à LFS-Q13.

LFS-Q12 **Quel était l'emploi principal?**  
(Choix de réponse parmi les différents emplois.)  
*LFC4FMN* (Emploi principal est défini dans le manuel de l'intervieweur.)

LFS-Q13 **En pensant à cet emploi/l'emploi principal, de quel genre d'entreprise, de service ou d'industrie s'agissait-il? (Par exemple, ferme céréalière, piégeage, entretien des routes, magasin de chaussures au détail, école secondaire.)**  
*LFC4\_13C* \_\_\_\_\_ (50 caractères)

LFS-Q14 **Encore un fois, en pensant à cet emploi/l'emploi principal quel genre de travail est-ce que ... faisait? (Par exemple, technicien de laboratoire médical, commis à la comptabilité, enseignant(e) d'école secondaire, superviseur d'unité d'entrée de données, travailleur de la transformation d'aliments.)**  
*LFC4\_14C* \_\_\_\_\_ (50 caractères)

LFS-Q15 **Dans ce travail, quelles étaient ses fonctions les plus importantes? (Par exemple, analyser des prélèvements sanguins, vérifier des factures, enseigner les mathématiques, organiser des horaires de travail, laver des légumes.)**  
*LFC4\_15C* \_\_\_\_\_ (50 caractères)

LFS-Q16 **Est-ce que ... travaillait principalement pour d'autre personnes à salaire, à traitement ou à commission ou à son compte dans une entreprise, une ferme ou une pratique professionnelle?**  
*LFC4\_16* (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Pour d'autre personnes à salaire, à traitement ou à commission
- À son compte dans une entreprise, une ferme ou une pratique professionnelle
- Travailleur familiale non rémunéré

LFS-C17 Vérifiez le calendrier, pour intervalles > 6 jours.  
Si # intervalles = 0 --> passez à LFS-C18.

LFS-C17A Si LFS-Q6 = 1 (travaille actuellement) passez à LFS-Q17A.  
Autrement passez à LFS-Q17B.

LFS-Q17a

LFC4\_17A

**Pour quelle raison est-ce que ... n'a pas travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice durant la plus récente période d'absence du travail au cours de la dernière année?**

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Maladie ou incapacité de la personne
- Grossesse
- Soins des propres enfants
- Soins de parent(s) âgé(s)
- Autres obligations personnelles ou familiales
- Études ou congé d'études
- Conflit de travail
- Mise à pied temporaire - travail saisonnier
- Mise à pied temporaire - travail non saisonnier
- Mise à pied permanente
- Congé non payé ou partiellement payé
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- Aucune période sans travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours de la dernière année

Passez à LFS-C18.

LFS-Q17b

LFC4\_17B

**Pour quel raison est-ce que ... ne travaille pas contre rémunération ou en vue d'un bénéfice en ce moment?**

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Maladie ou incapacité de la personne
- Grossesse
- Soins des propres enfants
- Soins de parent(s) âgé(s)
- Autres obligations personnelles ou familiales
- Études ou congé d'études
- Conflit de travail
- Mise à pied temporaire - travail saisonnier
- Mise à pied temporaire - travail non saisonnier
- Mise à pied permanente
- Congé non payé ou partiellement payé
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)
- Aucune période sans travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours de la dernière année

LFS-C18

Si (LFS-Q1 =2 ou 3) ou (un de LFS-Q6.1 à LFS-Q6.6=1 (travail contre rémunération en ce moment)), alors %LFS-WORK% =1.  
Autrement %LFS-WORK% =0.

## Revenu

(Posez ces questions uniquement à un membre informé du ménage.)

INCOM-Q1 **Si l'on pense au revenu total du ménage, quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |         |                          |  |
|---------|--------------------------|--|
| INC4_1A | <input type="checkbox"/> | <b>Salaires et traitements</b>   |
| INC4_1B | <input type="checkbox"/> | <b>Revenu d'un travail autonome</b>  |
| INC4_1C | <input type="checkbox"/> | <b>Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts, épargne, actions, fonds commun de placement, etc.</b> |
| INC4_1D | <input type="checkbox"/> | <b>Prestations d'assurance-chômage</b>   |
| INC4_1E | <input type="checkbox"/> | <b>Indemnités d'accident du travail</b>  |
| INC4_1F | <input type="checkbox"/> | <b>Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec</b>                      |
| INC4_1G | <input type="checkbox"/> | <b>Prestations d'un régime de retraite, rentes</b>   |
| INC4_1H | <input type="checkbox"/> | <b>Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti</b>   |
| INC4_1I | <input type="checkbox"/> | <b>Crédit d'impôt pour enfants</b>   |
| INC4_1J | <input type="checkbox"/> | <b>Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être</b>                            |
| INC4_1K | <input type="checkbox"/> | <b>Pension alimentaire aux enfants</b>   |
| INC4_1L | <input type="checkbox"/> | <b>Pension alimentaire au conjoint(e)</b>  |
| INC4_1M | <input type="checkbox"/> | <b>Autre revenu (revenus gouvernementaux, revenu de location, bourse d'études, etc.)</b>                 |
| INC4_1N | <input type="checkbox"/> | <b>Aucun</b> (Passez à la section suivante)<br>NSP, R (Passez à la section suivante)                     |

Si non, passez à INCOM-Q3.

INCOM-Q2 **Quelle était la principale source de revenu de votre ménage?**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |        |                          |   |
|--------|--------------------------|---|
| INC4_2 | <input type="checkbox"/> | Salaires et traitements   |
|        | <input type="checkbox"/> | Revenu d'un travail autonome  |
|        | <input type="checkbox"/> | Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts, épargne, actions, fonds commun de placement, etc. |
|        | <input type="checkbox"/> | Prestations d'assurance-chômage   |
|        | <input type="checkbox"/> | Indemnités d'accident du travail  |
|        | <input type="checkbox"/> | Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec                      |
|        | <input type="checkbox"/> | Prestations d'un régime de retraite, rentes   |
|        | <input type="checkbox"/> | Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti   |
|        | <input type="checkbox"/> | Crédit d'impôt pour enfants   |
|        | <input type="checkbox"/> | Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être                            |
|        | <input type="checkbox"/> | Pension alimentaire aux enfants   |
|        | <input type="checkbox"/> | Pension alimentaire au conjoint(e)  |
|        | <input type="checkbox"/> | Autre revenu (autres revenus gouvernementaux, revenu de location, bourse d'études, etc.)          |

INCOM-Q3 **Quel a été le revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources? Le revenu total de votre ménage était-il :**

- |         |                                      |                                |
|---------|--------------------------------------|--------------------------------|
| INC4_3A | ___ de moins de \$20,000?            |                                |
| INC4_3B | ___ de moins de \$10,000?            |                                |
| INC4_3C | ___ de moins de \$5,000?             | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3C | ___ de \$5,000 et plus?              | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3B | ___ de \$10,000 et plus?             |                                |
| INC4_3D | ___ de moins de \$15,000?            | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3D | ___ de \$15,000 et plus?             | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3A | ___ de \$20,000 et plus?             |                                |
| INC4_3E | ___ de moins de \$40,000?            |                                |
| INC4_3F | ___ de moins de \$30,000?            | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3F | ___ de \$30,000 et plus?             | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3E | ___ de \$40,000 et plus?             |                                |
| INC4_3G | ___ de moins de \$50,000?            | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3G | ___ de \$50,000 à moins de \$60,000? | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3G | ___ de \$60,000 à moins de \$80,000? | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3G | ___ de \$80,000 et plus?             | (Passez à la section suivante) |
| INC4_3A | ___ aucun revenu                     |                                |
|         | NSP, R                               | (Passez à la section suivante) |

### **Administration**

H05-P1 Cette interview a-t-elle été effectuée au téléphone ou en face à face?

- AM54\_TEL
- \_\_\_ Au téléphone  
 \_\_\_ Face à face  
 \_\_\_ Les deux (Précisez la raison)

H05-P2 Indiquez la langue d'interview.

- AM54\_LNG
- |          |                      |
|----------|----------------------|
| Anglais  | Persan (Farsi)       |
| Français | Polonais             |
| Arabe    | Portugais            |
| Chinois  | Pendjabi             |
| Gri      | Espagnol             |
| Allemand | Tagal (Philippin)    |
| Grec     | Ukrainien            |
| Hongrois | Vietnamien           |
| Italien  | Autre (Précisez ___) |
| Coréen   |                      |

## La Composante Santé pour les répondants âgés de 12 ans et plus

(Formulaire H06)

(Renseignements à recueillir uniquement auprès du répondant sélectionné et pour les membres âgés > = 12 ans.)

(Interview par procuration pour ceux incapables de répondre en raison de circonstances inhabituelles.)

H06-P1 **Qui fournit l'information pour ce formulaire?**

AM64\_SRC \_\_\_\_\_

H06-INT

Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre santé. Il y a des questions sur l'activité physique, les relations sociales, l'état de santé et le stress. Par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessure mais aussi un bien-être physique, mental et social. Je vais commencer par des questions sur l'état de votre santé.

### État de santé général

GENHLT-Q1 **En général, diriez-vous que votre santé est :**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

GHC4\_1

- \_\_\_ excellente?
- \_\_\_ très bonne?
- \_\_\_ bonne?
- \_\_\_ passable?
- \_\_\_ mauvaise?

GENHLT-C2 Si le sexe = féminin et (âge > = 15 ans et âge < = 49ans), posez la question GENHLT-Q2. Sinon, passez à la prochaine section.

GENHLT-Q2 **Pour l'analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non. Êtes-vous enceinte?**

HWC4\_1

- \_\_\_ Oui
- \_\_\_ Non (Passez à la section suivante)
- \_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

GENHLT-Q3 **Prévoyez-vous avoir recours aux services d'un médecin, d'une sage-femme ou des deux?**

GHC4\_3

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- \_\_\_ Médecin seulement
- \_\_\_ Sage-femme seulement
- \_\_\_ Médecin et sage-femme
- \_\_\_ Ni l'un ni l'autre

### **Taille et poids**

HTWT-Q1 **Combien mesurez-vous sans chaussures?**

HWC4\_2HT

\_\_\_ Pieds \_\_\_ Pouces OU \_\_\_ Centimètres

HTWT-Q2 **Combien pesez-vous?**

HWC4\_3LB

HWC4\_3KG

\_\_\_ Livres OU \_\_\_ Kilogrammes

### **Mesures préventives de santé**

(Interview sans procuration seulement.)

PHP-Q1 **Quand un professionnel de la santé a-t-il pris votre tension artérielle pour la dernière fois?**

BPC4\_1

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- \_\_\_ Moins de 6 mois
- \_\_\_ 6 mois, mais moins d'un an
- \_\_\_ 1 an, mais moins de 2 ans
- \_\_\_ 2 ans, mais moins de 5 ans
- \_\_\_ 5 ans ou plus
- \_\_\_ Jamais
- \_\_\_ R (Passez à la section suivante)

PHP-C2 Si le sexe = féminin et âge  $\geq$  35 ans, passez à PHP-Q2. Si le sexe = féminin et âge  $\geq$  18 ans et âge  $<$  35 ans, passez à PHP-Q3.  
Si le sexe = masculin ou féminin  $\leq$  17, passez à la section suivante.

PHP-Q2 **Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?**

WHC4\_30

- \_\_\_ Oui
- \_\_\_ Non (Passez à PHP-Q3)
- \_\_\_ NSP (Passez à PHP-Q3)
- \_\_\_ R (Passez à la section suivante)

PHP-Q2a **À quand remonte la dernière fois?**

WHC4\_32

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- \_\_\_ Moins de 6 mois
- \_\_\_ 6 mois, mais moins de 12 mois
- \_\_\_ 12 mois, mais moins de 24 mois
- \_\_\_ 2 ans ou plus

PHP-Q2b **Pour quelle raison avez-vous passé votre dernière mammographie?**

WHC4\_33

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- \_\_\_ **Trouble au sein**
- \_\_\_ **Examen de routine, pas de problème particulier**
- \_\_\_ **Autre** (Précisez \_\_\_\_\_)

PHP-Q3 **Avez-vous déjà passé un test PAP?**  
WHC4\_20  
 Oui  
 Non (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

PHP-Q3a **À quand remonte la dernière fois?**  
WHC4\_22  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)  
 Moins de 6 mois  
 6 mois, mais moins de 12 mois  
 1 an, mais moins de 3 ans  
 3 ans, mais moins de 5 ans  
 5 ans ou plus

### Usage du tabac

SMOK-INT **Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.**

SMOK-Q1 **Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison?**  
SMC4\_1  
 Oui  
 Non

SMOK-Q2 **Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**  
SMC4\_2  
 Tous les jours  
 À l'occasion (Passez à SMOK-Q5)  
 Jamais (Passez à SMOK-Q4a)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

SMOK-Q3 **À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**  
SMC4\_3  
 Âge

SMOK-Q4 **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?**  
SMC4\_4  
 Nombre de cigarettes  
(Passez à la section suivante)

SMOK-Q4a **Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?**  
SMC4\_4A  
 Oui  
 Non (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

SMOK-Q5 **Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?**  
SMC4\_5  
 Oui  
 Non (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

SMOK-Q6 **À quel âge avez-vous commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMC4\_6

\_\_\_ Âge

SMOK-Q7 **Habituellement, combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour?**

SMC4\_7

\_\_\_ Nombre de cigarettes

SMOK-Q8 **À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMC4\_8

\_\_\_ Âge

### **Consommation d'alcool**

ALCO-INT **J'aimerais maintenant poser quelques questions sur votre consommation d'alcool. Quand 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 demie de spiritueux.

ALCO-Q1 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?**

ALC4\_1

- \_\_\_ Oui
- \_\_\_ Non (Passez à ALCO-Q5B)
- \_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

ALCO-Q2 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?**

ALC4\_2

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- \_\_\_ Tous les jours
- \_\_\_ 4 à 6 fois par semaine
- \_\_\_ 2 à 3 fois par semaine
- \_\_\_ Une fois par semaine
- \_\_\_ 2 à 3 fois par mois
- \_\_\_ Une fois par mois
- \_\_\_ Moins d'une fois par mois

ALCO-Q3 **Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?**

ALC4\_3

\_\_\_ Nombre de fois

Si interview par procuration = oui, passez à ALCO-Q5.

ALCO-Q4 **Au cours des 12 derniers mois, quel est le plus grand nombre de verres que vous ayez bu à une même occasion?**  
ALC4\_4

\_\_\_ Nombre de verres

ALCO-Q5 **Au cours de la semaine écoulée, c'est-à-dire entre %1WKAGO% et hier, avez-vous bu de la bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**  
ALC4\_5

\_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non (Passez à la section suivante)  
\_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

ALCO-Q5A **En remontant à partir d'hier, combien de verres avez-vous bu:**

ALC4\_5A1 \_\_\_ **lundi?** R à la première journée (Passez à la section suivante)  
ALC4\_5A2 \_\_\_ **mardi?**  
ALC4\_5A3 \_\_\_ **mercredi?**  
ALC4\_5A4 \_\_\_ **jeudi?**  
ALC4\_5A5 \_\_\_ **vendredi?**  
ALC4\_5A6 \_\_\_ **samedi?**  
ALC4\_5A7 \_\_\_ **dimanche?**

(Passez à section suivante)

ALCO-Q5B **Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?**

ALC4\_5B \_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non (Passez à la section suivante)  
\_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

ALCO-Q6 **Avez-vous déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**  
ALC4\_6

\_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non (Passez à la section suivante)  
\_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

ALCO-Q7 **Pourquoi avez-vous réduit votre consommation d'alcool ou arrêté de boire complètement?**

(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

ALC4\_7A \_\_\_ Régime  
ALC4\_7B \_\_\_ Entraînement sportif  
ALC4\_7C \_\_\_ Grossesse  
ALC4\_7D \_\_\_ Maturité  
ALC4\_7E \_\_\_ Buvait trop/un problème d'alcool  
ALC4\_7F \_\_\_ Nuisait au travail, aux études ou aux possibilités d'emploi  
ALC4\_7G \_\_\_ Nuisait à la vie familiale ou à la vie personnelle  
ALC4\_7H \_\_\_ Nuisait à votre santé physique  
ALC4\_7I \_\_\_ Nuisait aux relations avec les amis ou à la vie sociale  
ALC4\_7J \_\_\_ Nuisait à la situation financière  
ALC4\_7K \_\_\_ Nuisait à la perception de la vie, au bonheur  
ALC4\_7L \_\_\_ Sous l'influence de la famille ou d'amis  
ALC4\_7M \_\_\_ Autre (Précisez\_\_\_\_\_)

## **Activités physiques**

(Interview sans procuration seulement.)

PHYS-INTa **J'aimerais vous poser des questions sur vos activités physiques. Pour commencer, les questions porteront sur les activités physiques n'ayant aucun lien avec le travail, autrement dit, des activités de loisirs.**

PHYS-Q1 **Au cours des 3 derniers mois<sup>3</sup>, vous êtes-vous livré(e) aux activités suivantes?**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |         |                          |   |
|---------|--------------------------|---|
| PAC4_1A | <input type="checkbox"/> | <b>Marche pour faire de l'exercice.</b>   |
| PAC4_1B | <input type="checkbox"/> | <b>Jardinage ou travaux à l'extérieur</b> |
| PAC4_1C | <input type="checkbox"/> | <b>Natation</b>                           |
| PAC4_1D | <input type="checkbox"/> | <b>Bicyclette</b>                         |
| PAC4_1E | <input type="checkbox"/> | <b>Danse moderne ou danse sociale</b>     |
| PAC4_1F | <input type="checkbox"/> | <b>Exercices à la maison</b>              |
| PAC4_1G | <input type="checkbox"/> | <b>Hockey sur glace</b>                   |
| PAC4_1H | <input type="checkbox"/> | <b>Patinage</b>                           |
| PAC4_1I | <input type="checkbox"/> | <b>Ski alpin</b>                          |
| PAC4_1J | <input type="checkbox"/> | <b>Jogging ou course</b>                  |
| PAC4_1K | <input type="checkbox"/> | <b>Golf</b>                               |
| PAC4_1L | <input type="checkbox"/> | <b>Exercices dirigés ou aérobic</b>       |
| PAC4_1M | <input type="checkbox"/> | <b>Ski de fond</b>                        |
| PAC4_1N | <input type="checkbox"/> | <b>Quilles</b>                            |
| PAC4_1O | <input type="checkbox"/> | <b>Base-ball ou balle molle</b>           |
| PAC4_1P | <input type="checkbox"/> | <b>Tennis</b>                             |
| PAC4_1Q | <input type="checkbox"/> | <b>Poids et haltères</b>                  |
| PAC4_1R | <input type="checkbox"/> | <b>Pêche</b>                              |
| PAC4_1S | <input type="checkbox"/> | <b>Volley-ball</b>                        |
| PAC4_1Z | <input type="checkbox"/> | <b>Yoga ou tai-chi</b>                    |
| PAC4_1U | <input type="checkbox"/> | Autre _____ (Précisez)                    |
| PAC4_1W | <input type="checkbox"/> | Autre _____ (Précisez)                    |
| PAC4_1X | <input type="checkbox"/> | Autre _____ (Précisez)                    |
| PAC4_1V | <input type="checkbox"/> | Aucune activité physique                  |
- NSP, R (Passez à la section suivante)

Pour chacune des réponses, posez les questions PHYS-Q2 à PHYS-Q3.  
Si «aucune activité physique», passez à PHYS-INTb.

PHYS-Q2 **Combien de fois vous êtes-vous livré(e) à cette activité (%ACTIVITÉ%) au cours des 3 derniers mois?**

PAC4\_2n

Nombre de fois

PHYS-Q3 **A peu près combien de temps y avez-vous consacré chaque fois?**

PAC4\_3n

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- De 1 à 15 minutes  
 De 16 à 30 minutes  
 De 31 à 60 minutes  
 Plus d'une heure  
 NSP, R (Passez à la prochaine activité)

PHYS-INTb **Les prochaines questions portent sur le temps consacré à des activités physiques au travail ou dans les tâches quotidiennes à la maison, c'est-à-dire en dehors des activités de loisirs, au cours des trois derniers mois.**

PHYS-Q4a **Au cours des 3 derniers mois, combien d'heures avez-vous habituellement passé par semaine à marcher pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire les courses?**

PAC4\_4A

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- N'en fait pas
- Moins d'une heure
- De 1 à 5 heures
- De 6 à 10 heures
- De 11 à 20 heures
- Plus de 20 heures

PHYS-Q4b **Dans une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passé en bicyclette pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire les courses?**

PAC4\_4B

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- N'en fait pas
- Moins d'une heure
- De 1 à 5 heures
- De 6 à 10 heures
- De 11 à 20 heures
- Plus de 20 heures

PHYS-C1 Si l'on a répondu «bicyclette» comme activité à PHYS-Q1 ou une réponse autre que «ne le fait pas» à PHYS-Q4b, passez à la question PHYS-Q5. Sinon, passez à PHYS-Q6.

PHYS-Q5 **Quand vous faites du vélo, à quelle fréquence portez-vous un casque?**

PAC4\_5

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Toujours**
- La plupart du temps**
- Rarement**
- Jamais**

PHYS-Q6 **Si l'on pense au 3 derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail?**

PAC4\_6

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Normalement assis(e) pendant la journée, sans trop marcher**
- Souvent debout ou en train de marcher pendant la journée, mais sans avoir à lever vraiment des objets**
- Lever ou transporter habituellement des objets légers ou monter souvent des escaliers ou des pentes**
- Faire du travail exténuant ou porter des objets très lourds**

## **Blessures**

INJ-INT

Voici quelques questions concernant des blessures subies au cours des 12 derniers mois<sup>2</sup>. On s'intéresse à des blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales par exemple une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, un mal de dos, une entorse à la cheville ou un empoisonnement.

INJ-Q1

IJC4\_1

**Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous vous êtes blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales?**

- Oui
- Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

INJ-Q2

IJC4\_2

**Combien de fois vous êtes-vous blessé(e)?**

- \_\_\_\_\_ Fois

INJ-Q3

IJC4\_3

**Si l'on prend la blessure la plus grave, quel genre de blessure avez-vous subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Blessures multiples
- Fracture
- Brûlure
- Dislocation
- Entorse ou foulure
- Coupure ou éraflure
- Meurtrissure ou écorchure
- Commotion
- Empoisonnement par absorption d'une substance ou d'un liquide
- Lésion interne
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

INJ-Q4

IJC4\_4

**Quelle partie du corps a été atteinte?**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Parties multiples
- Yeux
- Tête (sauf les yeux)
- Cou
- Épaule
- Bras ou main
- Hanche
- Jambe ou pied
- Dos ou colonne vertébrale
- Tronc (sauf le dos et la colonne vertébrale) (comprend la poitrine, les organes internes, etc.)

INJ-Q5

IJC4\_5

**Où cela s'est-il produit?**

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- À la maison ou autour de la maison
- Dans la ferme
- Dans un lieu de loisirs ou de sports, (ex. terrain de golf, de basketball, de jeux (école comprise), etc.)
- Dans la rue ou sur l'autoroute
- Dans un immeuble public (ex. hôtel, centre d'achats, restaurant, immeuble à bureau, école, etc.)
- Dans un établissement résidentiel (ex. hôpital, prison, etc.)
- Dans une mine
- Sur un site industriel (ex. chantier naval)
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

INJ-Q6

IJC4\_6

**Qu'est-ce qui est arrivé? La blessure a-t-elle été causée, par exemple, par une chute, un accident de la route, une agression?**

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

- Accident impliquant un véhicule à moteur
- Chute accidentelle
- Incendie, flammes ou fumée
- Heurté(e) accidentellement par un objet ou une personne
- Agression
- Tentative de suicide
- Blessure accidentelle due à une explosion
- Blessure accidentelle due à des causes naturelles/environnementales (ex. conditions climatiques, herbe à poux, morsures d'animaux, piqûres, etc.)
- Noyade ou submersion accidentelle
- Suffocation accidentelle
- Substances, liquides ou aliments chauds ou corrosifs
- Accident causé par de la machinerie (ex. machine agricole, chariot élévateur, machine à bois)
- Accident causé par un instrument ou un objet coupant ou perforant (ex. tondeuse, couteau, agrafeuse)
- Empoisonnement accidentel
- Autre (Précisez \_\_\_\_\_)

INJ-Q7

IJC4\_7

**S'agissait-il d'un accident de travail?**

- Oui
- Non

INJ-Q8 **Nous aimerions savoir quelles précautions vous prenez, si tel est le cas, afin d'empêcher que ce genre de blessure ne se produise à nouveau. Quelles précautions prenez-vous?**  
(Ne lisez pas la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- |         |                          |  |
|---------|--------------------------|--|
| IJC4_8A | <input type="checkbox"/> | Abandon de l'activité  |
| IJC4_8B | <input type="checkbox"/> | Agir plus prudemment   |
| IJC4_8C | <input type="checkbox"/> | Formation en techniques de sécurité  |
| IJC4_8H | <input type="checkbox"/> | Surveillance accrue de l'enfant  |
| IJC4_8D | <input type="checkbox"/> | Utilisation de dispositifs de protection (ex. casque de cycliste, sangles de retenue dans l'automobile, etc.)  |
| IJC4_8E | <input type="checkbox"/> | Modification de l'environnement physique (ex. enlever des tapis, serrer les médicaments dans un endroit sécuritaire, installer des portes de sécurité, etc.) |
| IJC4_8F | <input type="checkbox"/> | Autre (Précisez)   |
| IJC4_8G | <input type="checkbox"/> | Aucune précaution  |

### **Stress**

(Age > =18 ans et interview sans procuration seulement.)

STRESS-INT **La partie suivante du questionnaire traite de différentes formes de stress. Bien que les questions puissent sembler répétitives, elles portent sur des aspects différents du bien-être physique, émotif et mental de la personne.**

### **Problèmes actuels**

CSTRESS-INT **Je vais maintenant vous décrire des situations qui surviennent parfois dans la vie des gens. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions. Il suffit de choisir la réponse qui correspond le mieux à votre situation. J'aimerais que vous me disiez si ces énoncés s'appliquent à vous *actuellement*. Vous n'avez qu'à répondre vrai ou faux, selon le cas.**

CSTRESS-Q1 **Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.**

- ST\_4\_C1
- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Vrai |
| <input type="checkbox"/> | Faux |
- R (Passez à la section suivante)

CSTRESS-Q2 **Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.**

- ST\_4\_C2
- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Vrai |
| <input type="checkbox"/> | Faux |

CSTRESS-Q3 **Les autres attendent trop de votre part.**

- ST\_4\_C3
- |                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Vrai |
| <input type="checkbox"/> | Faux |

**CSTRESS-Q4 Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.**

ST\_4\_C4

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

Si l'état matrimonial = marié(e) ou vit avec un partenaire ou son conjoint de fait, passez à CSTRESS-Q5.

Si l'état matrimonial = célibataire, veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e), passez à CSTRESS-Q8.

Autrement (c.-à-d. ne sait pas), passez à CSTRESS-Q9.

**CSTRESS-Q5 Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.**

ST\_4\_C5

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

**CSTRESS-Q6 Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.**

ST\_4\_C6

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

**CSTRESS-Q7 Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.**

ST\_4\_C7

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

(Passez à CSTRESS-Q9)

**CSTRESS-Q8 Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un/une avec qui vous êtes compatible.**

ST\_4\_C8

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

**CSTRESS-Q9 Avez-vous des enfants?**

ST\_4\_C9

\_\_\_ Oui (Passez à CSTRESS-Q12)  
\_\_\_ Non  
\_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

**CSTRESS-Q10 Rappelez-vous que les énoncés qui suivent doivent décrire vos sentiments en ce moment.**

ST\_4\_C10

**Un de vos enfants semble être très malheureux.**

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

**CSTRESS-Q11 Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.**

ST\_4\_C11

\_\_\_ Vrai  
\_\_\_ Faux

CSTRESS-Q12 **Votre travail à la maison n'est pas apprécié.**

ST\_4\_C12  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q13 **Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.**

ST\_4\_C13  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q14 **Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.**

ST\_4\_C14  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q15 **L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.**

ST\_4\_C15  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q16 **Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.**

ST\_4\_C16  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q17 **Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.**

ST\_4\_C17  
 Vrai  
 Faux

CSTRESS-Q18 **Les gens sont trop critiques à votre égard ou critique trop ce que vous faites.**

ST\_4\_C18  
 Vrai  
 Faux

### Événements récents

RECENT-INTa **Je vais maintenant vous parler de choses qui ont pu se passer au cours des 12 derniers mois. Certains événements surviennent dans la vie de la plupart des gens, d'autres n'arrivent qu'à peu de gens. Tout d'abord, j'aimerais poser des questions qui se rapportent à vous ou à un de vos proches c'est-à-dire votre conjoint/e ou partenaire, vos enfants, vos parents ou vos amis.**

RECENT-Q1 **Au cours des 12 derniers mois, un de vous a-t-il été battu ou agressé physiquement?**

ST\_4\_R1  
 Oui  
 Non  
 R (Passez à la section suivante)

RECENT-INTb **J'aimerais que vous ne pensiez maintenant qu'à votre famille, c'est-à-dire vous-même, votre conjoint/e ou partenaire, et vos enfants, si vous en avez.**

RECENT-Q2 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré?**

ST\_4\_R2

Oui  
 Non

RECENT-Q3 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez subi un avortement ou eu une fausse couche?**

ST\_4\_R3

Oui  
 Non

RECENT-Q4 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez éprouvé de graves difficultés financières?**

ST\_4\_R4

Oui  
 Non

RECENT-Q5 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez échoué à l'école ou à un programme de formation?**

ST\_4\_R5

Oui  
 Non

RECENT-INTc **J'aimerais que vous ne pensiez maintenant qu'à vous et à votre conjoint(e) ou partenaire.**

(Si l'état matrimonial = marié(e), vit avec un partenaire ou vit avec son conjoint ou son conjoint de fait, ajoutez «ou est-il arrivé à votre conjoint» dans la formulation des questions RECENT-Q6 et RECENT-Q7.)

RECENT-Q6 **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) de changer d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire?**

ST\_4\_R6

Oui  
 Non

RECENT-Q7 **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) d'être rétrogradé(e) ou de subir une baisse de salaire?**

ST\_4\_R7

Oui  
 Non

Si état matrimonial = marié(e), vit avec un partenaire ou conjoint ou conjoint de fait, posez la question RECENT-Q8.  
Autrement, passez à RECENT-Q9.

RECENT-Q8 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des disputes de plus en plus fréquentes avec votre conjoint(e)?**  
*ST\_4\_R8*

- Oui  
 Non

RECENT-Q9 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, personnellement, été bénéficiaire de l'aide du bien-être sociale?**  
*ST\_4\_R9*

- Oui  
 Non

Si CSTRESS-Q9 = Oui (a des enfants), posez la question RECENT-Q10.  
Autrement, passez à la section suivante.

RECENT-Q10 **Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un de vos enfants est revenu habiter à la maison?**  
*ST\_4\_R10*

- Oui  
 Non

**Facteurs de stress chez les enfants et les adultes («traumatismes»)**

TRAUM-INTa **Je vais maintenant décrire des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e), soit avant que vous ne quittiez la maison. Veuillez me dire si les énoncés qui suivent décrivent des choses qui vous sont arrivées.**

TRAUM-Q1 **Avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital?**  
*ST\_4\_T1*

- Oui  
 Non  
R (Passez à la section suivante)

TRAUM-Q2 **Est-ce que vos parents ont divorcé?**  
*ST\_4\_T2*

- Oui  
 Non

TRAUM-Q3 **Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?**  
*ST\_4\_T3*

- Oui  
 Non

TRAUM-Q4 **Vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?**  
*ST\_4\_T4*

- Oui  
 Non

TRAUM-Q5 **Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?**

ST\_4\_T5

- Oui  
 Non

TRAUM-Q6 **Est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?**

ST\_4\_T6

- Oui  
 Non

TRAUM-Q7 **Avez-vous jamais été maltraité physiquement par un proche?**

ST\_4\_T7

- Oui  
 Non

### **Stress au travail**

(Âge = > 15 ans et interview sans procuration seulement.)

À l'intervieweur : posez ces questions uniquement aux personnes qui occupent actuellement un emploi.

WSTRESS-Q1 **Je vais maintenant lire une série d'énoncés qui peuvent décrire votre situation d'emploi actuelle. Si vous avez plus d'un emploi, pensez à l'emploi principal. Dites-moi si vous êtes TOUT À FAIT D'ACCORD, D'ACCORD, NI EN ACCORD OU EN DÉSACCORD, EN DÉSACCORD ou ENTIÈREMENT EN DÉSACCORD avec chacun de ces énoncés :**

R 1<sup>er</sup> énoncé, (Passez à la section suivante).

ST\_4\_W1A

a)  **votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances**

ST\_4\_W1B

b)  **votre travail exige un niveau élevé de compétences**

ST\_4\_W1C

c)  **vous êtes libre de décider de votre façon de travailler**

ST\_4\_W1D

d)  **votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses**

ST\_4\_W1E

e)  **votre travail est frénétique**

ST\_4\_W1F

f)  **vous êtes exempt(e) des demandes opposées que font les autres**

ST\_4\_W1G

g)  **vous avez une bonne sécurité d'emploi**

ST\_4\_W1H

h)  **votre travail exige beaucoup d'efforts physiques**

ST\_4\_W1I

i)  **vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail**

ST\_4\_W1J

j)  **vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues**

ST\_4\_W1K

k)  **votre surveillant facilite l'exécution du travail**

ST\_4\_W1L

l)  **vos collègues facilitent l'exécution du travail**

WSTRESS-Q2 **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre travail?**

ST\_4\_W2

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Très satisfait(e)**  
 **Plutôt satisfait(e)**  
 **Pas trop satisfait(e)**  
 **Insatisfait(e)**

**Estime de soi et contrôle**

(Âge >= 12 et interview sans procuration seulement.)

ESTMAST-INT Je vais maintenant vous lire une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour se décrire. Veuillez me dire si vous êtes **TOUT À FAIT D'ACCORD, D'ACCORD, NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD, EN DÉSACCORD ou ENTIÈREMENT EN DÉSACCORD** avec chacun des énoncés suivants :

ESTEEM-Q1 R au 1<sup>er</sup> énoncé, (Passez à la section suivante).

- |                 |    |   |
|-----------------|----|---|
| <i>PY_4_E1A</i> | a) | <b>vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.</b>                    |
| <i>PY_4_E1B</i> | b) | <b>vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres</b>       |
| <i>PY_4_E1C</i> | c) | <b>vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.</b> |
| <i>PY_4_E1D</i> | d) | <b>vous avez une attitude positive face à vous-même.</b>                            |
| <i>PY_4_E1E</i> | e) | <b>dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.</b>                        |
| <i>PY_4_E1F</i> | f) | <b>tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e).</b>  |

(Âge > 12 et interview sans procuration seulement.)

MAST-Q1 R au 1<sup>er</sup> énoncé, (Passez à la section suivante).

- |                 |    |  |
|-----------------|----|--|
| <i>PY_4_M1A</i> | a) | <b>vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.</b>   |
| <i>PY_4_M1B</i> | b) | <b>vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.</b>                   |
| <i>PY_4_M1C</i> | c) | <b>vous ne pouvez pas faire grand chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.</b> |
| <i>PY_4_M1D</i> | d) | <b>vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.</b>                          |
| <i>PY_4_M1E</i> | e) | <b>vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.</b>                               |
| <i>PY_4_M1F</i> | f) | <b>ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même.</b>                                     |
| <i>PY_4_M1G</i> | g) | <b>vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.</b>                            |

**Sentiment de cohésion**

(Âge > = 18 ans et interview sans procuration seulement.)

SCOH-INT **Voici une série de questions qui portent sur différents aspects de la vie. À chaque question, vous pouvez répondre par un numéro allant de 1 à 7. Prenez le temps de penser à chaque question avant de répondre.**

SCOH-Q1  
PY\_4\_H1 **Dans cette première question, 1 signifie «très rarement ou jamais» et 7 signifie «très souvent». Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas vous préoccuper vraiment de ce qui se passe autour de vous?**

- 1 Très rarement ou jamais
  - 2
  - 3 |
  - 4 |
  - 5 |
  - 6
  - 7 Très souvent
- NSP, R (Passés à la section suivante)

SCOH-Q2  
PY\_4\_H2 **Dans cette question, 1 signifie que «ça ne s'est jamais produit» et 7 signifie que «ça s'est toujours produit». Dans le passé, combien de fois avez-vous été surpris(e) par le comportement de personnes que vous croyiez bien connaître?**

- 1 Ça ne s'est jamais produit
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Ça s'est toujours produit

SCOH-Q3  
PY\_4\_H3 **Dans cette question, 1 signifie que «ça ne s'est jamais produit» et 7 signifie que «ça s'est toujours produit». Combien de fois les gens sur qui vous comptiez vous ont-ils déçu(e)?**

- 1 Ça ne s'est jamais produit
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Ça s'est toujours produit

SCOH-Q4 **Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois avez-vous le sentiment d'être traité(e) injustement?**  
PY\_4\_H4

- 1 Très souvent
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q5 **Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois avez-vous le sentiment de vous trouver dans une situation non-familière et de ne pas savoir quoi faire?**  
PY\_4\_H5

- 1 Très souvent
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q6 **Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des idées ou des sentiments très confus?**  
PY\_4\_H6

- 1 Très souvent
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q7 **Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir?**  
PY\_4\_H7

- 1 Très souvent
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q8  
PY\_4\_H8

Dans cette question, 1 signifie «très rarement ou jamais» et 7 signifie «très souvent». Nombre de personnes - même celles qui ont du caractère - se considèrent parfois comme des perdants dans certaines situations. Combien de fois vous êtes-vous senti(e) ainsi dans le passé?

- 1 Très rarement ou jamais
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très souvent

SCOH-Q9  
PY\_4\_H9

Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois avez-vous le sentiment que ce que vous faites chaque jour a peu d'importance?

- 1 Très souvent
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q10  
PY\_4\_H10

Dans cette question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous croyez ne pas pouvoir contrôler?

- 1 Très souvent
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 Très rarement ou jamais

SCOH-Q11  
PY\_4\_H11

Dans cette question, 1 signifie «aucun but ou objectif précis» et 7 signifie «des buts et des objectifs très précis». Jusqu'ici, avez-vous eu des «buts et des objectifs très précis» pour votre vie ou «aucun but ou objectif»?

- 1 Aucun but ou objectif précis
- 2
- 3 |
- 4 |
- 5 |
- 6
- 7 Buts et objectifs très précis

SCOH-Q12

PY\_4\_H12

Dans cette question, 1 signifie que vous «surestimez ou sous-estimez l'importance» d'un événement et 7 signifie que vous «savez juger de l'importance» de cet événement. Lorsqu'un événement se produit, vous croyez généralement que vous surestimez ou sous-estimez son importance ou que vous savez juger de l'importance de cet événement?

- 1 Vous en surestimez ou sous-estimez l'importance  
2  
3  
4  
5  
6  
7 Vous savez en juger l'importance

SCOH-Q13

PY\_4\_H13

Dans cette question, 1 signifie que c'est une «grande source de plaisir et de satisfaction» et 7 signifie que c'est une «source de souffrance et d'ennui». Vos activités quotidiennes sont-elles une source de plaisir et de satisfaction ou une source de souffrance et d'ennui?

- 1 Une grande source de plaisir et de satisfaction  
2  
3  
4  
5  
6  
7 Une source de souffrance et d'ennui

### État de santé

HSTAT-INT

Les questions suivantes concernent l'état de santé en général. Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes sur de courtes périodes de temps. Elles portent sur 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

HSTAT-Q1

HSC4\_1

**Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**

- Oui (Passez à HSTAT-Q4)  
 Non  
NSP, R (Passez à HSTAT-Q6)

HSTAT-Q2

HSC4\_2

**Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**

- Oui (Passez à HSTAT-Q4)  
 Non

HSTAT-Q3 **Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit?**

HSC4\_3

- Oui
- Non (Passez à HSTAT-Q6)
- NSP, R (Passez à HSTAT-Q6)

HSTAT-Q4 **Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact?**

HSC4\_4

- Oui (Passez à HSTAT-Q6)
- Non
- NSP, R (Passez à HSTAT-Q6)

HSTAT-Q5 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue avec des lunettes ou des verres de contact?**

HSC4\_5

- Oui
- Non

**Ouïe**

HSTAT-Q6 **Habituellement, êtes-vous capable de suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?**

HSC4\_6

- Oui (Passez à HSTAT-Q10)
- Non
- NSP, R (Passez à HSTAT-Q10)

HSTAT-Q7 **Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes avec l'aide d'une prothèse auditive?**

HSC4\_7

- Oui (Passez à HSTAT-Q8)
- Non

HSTAT-Q7a **Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?**

HSC4\_7A

- Oui
- Non (Passez à HSTAT-Q10)
- NSP, R (Passez à HSTAT-Q10)

HSTAT-Q8 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse sans vous servir d'une prothèse auditive?**

HSC4\_8

- Oui (Passez à HSTAT-Q10)
- Non
- R (Passez à HSTAT-Q10)

HSTAT-Q9 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse avec l'aide d'une prothèse auditive?**

HSC4\_9

- Oui
- Non

**Élocution**

HSTAT-Q10 **Habituellement, êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez dans votre langue avec des inconnus?**  
*HSC4\_10*

- Oui (Passez à HSTAT-Q14)  
 Non  
 R (Passez à HSTAT-Q14)

HSTAT-Q11 **Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus?**  
*HSC4\_11*

- Oui  
 Non

HSTAT-Q12 **Êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?**  
*HSC4\_12*

- Oui (Passez à HSTAT-Q14)  
 Non  
 R (Passez à HSTAT-Q14)

HSTAT-Q13 **Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?**  
*HSC4\_13*

- Oui  
 Non

**Mobilité**

HSTAT-Q14 **Habituellement, pouvez-vous marcher dans le quartier *sans* difficulté et *sans* vous servir d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles?**  
*HSC4\_14*

- Oui (Passez à HSTAT-Q21)  
 Non  
 NSP, R (Passez à HSTAT-Q21)

HSTAT-Q15 **Pouvez-vous marcher?**  
*HSC4\_15*

- Oui  
 Non (Passez à HSTAT-Q18)  
 NSP, R (Passez à HSTAT-Q18)

HSTAT-Q16 **Avez-vous besoin d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?**  
*HSC4\_16*

- Oui  
 Non

HSTAT-Q17 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**  
*HSC4\_17*

- Oui  
 Non

HSTAT-Q18 **Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer?**

HSC4\_18

- Oui  
 Non (Passez à HSTAT-Q21)  
NSP, R (Passez à HSTAT-Q21)

HSTAT-Q19 **À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?**

HSC4\_19

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Toujours**  
 **Souvent**  
 **Parfois**  
 **Jamais**

HSTAT-Q20 **Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer en fauteuil roulant?**

HSC4\_20

- Oui  
 Non

**Mains et doigts**

HSTAT-Q21 **Habituellement, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets notamment un crayon ou des ciseaux?**

HSC4\_21

- Oui (Passez à HSTAT-Q25)  
 Non  
NSP, R (Passez à HSTAT-Q25)

HSTAT-Q22 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne?**

HSC4\_22

- Oui  
 Non (Passez à HSTAT-Q24)  
NSP, R (Passez à HSTAT-Q24)

HSTAT-Q23 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**

HSC4\_23

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

HSTAT-Q24 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin d'équipement spécial, comme d'un appareil pour vous aider à vous habiller?**

HSC4\_24

- Oui  
 Non

HSTAT-Q25 **Vous décririez-vous comme étant habituellement:**  
*HSC4\_25* (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- heureux(se) et intéressé(e) à vivre?
- plutôt heureux(se)?
- plutôt malheureux(se)?
- malheureux(se) et peu intéressé(e) à vivre?
- si malheureux(se) que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?

### Mémoire

HSTAT-Q26 **Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à vous souvenir des choses.**  
*HSC4\_26* (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.) Êtes-vous:

- capable de vous souvenir de la plupart des choses?
- plutôt porté(e) à oublier des choses?
- très porté(e) à oublier des choses?
- incapable de vous rappeler de quoi que ce soit?

### Pensée

HSTAT-Q27 **Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours :**  
*HSC4\_27* (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- capable de penser clairement et de régler des problèmes
- éprouve un peu de difficulté
- éprouve une certaine difficulté
- éprouve beaucoup de difficulté
- incapable de penser ou de régler des problèmes

### Douleurs et malaises

HSTAT-Q28 **Habituellement, êtes-vous exempte de douleurs ou de malaises?**  
*HSC4\_28*

- Oui (Passez à la section suivante)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

HSTAT-Q29 **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement?**  
*HSC4\_29*

- Faible
- Moyenne
- Forte

HSTAT-Q30 **Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)  
HSC4\_30

- Aucune
- Quelques-unes
- Plusieurs
- La plupart

### Consommation de médicaments

DRUG-INT **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant l'utilisation de médicaments, sur ordonnance ou non, et d'autres produits pour la santé.**

DRUG-Q1 **Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants?**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTE les réponses appropriées)

- DGC4\_1A **Analgésiques tels que l'Aspirine ou Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires)**
- DGC4\_1B **Tranquillisants tels que le Valium**
- DGC4\_1C **Pilules pour maigrir**
- DGC4\_1D **Anti-dépressifs**
- DGC4\_1E **Codéine, Demerol ou morphine**
- DGC4\_1F **Médicaments contre les allergies tels que «Sinutab»**
- DGC4\_1G **Médicaments contre l'asthme**
- DGC4\_1H **Médicaments contre la toux ou le rhume**
- DGC4\_1I **Pénicilline ou autres antibiotiques**
- DGC4\_1J **Médicaments pour le coeur**
- DGC4\_1K **Médicaments pour la tension artérielle**
- DGC4\_1L **Diurétiques**
- DGC4\_1M **Stéroïdes**
- DGC4\_1N **Insuline**
- DGC4\_1O **Pilules pour contrôler le diabète**
- DGC4\_1P **Somnifères**
- DGC4\_1Q **Médicaments contre les maux d'estomac**
- DGC4\_1R **Laxatifs**
- DGC4\_1T **Hormones pour la ménopause et le vieillissement (féminin, age >=30)**
- DGC4\_1S **Pilules anticonceptionnelles (féminin, age >=12 & age <=49)**
- DGC4\_1V **Tous autres médicaments (Précisez)**
- DGC4\_NQN **Aucun de ces médicaments**

DRUG-C1 Si des médicaments sont indiqués à DRUG-Q1, passez à DRUG-Q2. Autrement, passez à DRUG-Q4.

DRUG-Q2 **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de pilules ou de médicaments différents avez-vous pris dans ces deux journées?**  
DGC4\_2

- Nombre de médicaments différents  
NSP, R (Passez à DRUG-Q-4)

Si le nombre = 0, passez à DRUG-Q4.

Chaque fois que le nombre > 0, posez la question DRUG-Q3 ... jusqu'à concurrence de 12 médicaments différents.

DRUG-Q3  
DGC4\_3nC

**Quel est le nom exact du médicament que vous avez pris?** (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)

---

NSP, R de nommer un médicament (Passez à la section suivante)

DRUG-Q4  
DGC4\_4

**De nombreuses personnes utilisent des produits pour la santé comme des pommades, des vitamines, des herbes, des minéraux, des tisanes ou des boissons à base de protéines pour prévenir la maladie ou pour maintenir ou améliorer leur santé. Utilisez-vous (utilise-t-il(elle)) des produits de ce genre?**

- Oui  
 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

DRUG-Q5  
DGC4\_5nn

**Quel est le nom exact du produit dont il s'agit?** (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.) (Jusqu'à concurrence de 12 produits.)

---

### **Santé mentale**

(Interview sans procuration seulement.)

MHLTH-INTa **J'aimerais maintenant poser quelques questions concernant le bien-être mental et émotif. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e)...**

MHLTH-Q1a **... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

MHC4\_1A

- Tout le temps**  
 **La plupart du temps**  
 **Parfois**  
 **Pas souvent**  
 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1b **... nerveux(se)?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

MHC4\_1B

- Tout le temps**  
 **La plupart du temps**  
 **Parfois**  
 **Pas souvent**  
 **Jamais**  
NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1c **...agité(e) ou ne tenant pas en place?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)  
*MHC4\_1C*

- Tout le temps**
  - La plupart du temps**
  - Parfois**
  - Pas souvent**
  - Jamais**
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1d **... désespéré(e)?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)  
*MHC4\_1D*

- Tout le temps**
  - La plupart du temps**
  - Parfois**
  - Pas souvent**
  - Jamais**
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1e **...bon(ne) à rien?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)  
*MHC4\_1E*

- Tout le temps**
  - La plupart du temps**
  - Parfois**
  - Pas souvent**
  - Jamais**
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1f **Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)  
*MHC4\_1F*

- Tout le temps**
  - La plupart du temps**
  - Parfois**
  - Pas souvent**
  - Jamais**
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-C1g Si toutes les réponses de a) -f) sont «jamais» passez à MHLTH-Q1k.

MHLTH-Q1g **Nous venons de parler de sentiments qui ont été éprouvés ou d'expériences qui ont été vécues à différentes fréquences au cours du dernier mois. Si vous les considérez tous ensemble, est-ce que vous avez au cours du dernier mois éprouvé ces sentiments *plus souvent* qu'à l'habitude, *moins souvent* qu'à l'habitude ou *sensiblement à la même fréquence* qu'à l'habitude?**  
*MHC4\_1G*  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Plus souvent
- Moins souvent (Passez à MHLTH-Q1i)
- Sensiblement à la même fréquence (Passez à MHLTH-1j)
- N'a jamais ressenti ces sentiments (Passez à MHLTH-Q1k)
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1h **Est-ce *beaucoup plus, plutôt plus ou un peu plus* que d'habitude?**  
*MHC4\_1H*  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Beaucoup plus
- Plutôt plus
- Un peu plus
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

(Passez à MHLTH-Q1j)

MHLTH-Q1i **Est-ce *beaucoup moins, plutôt moins ou un peu moins* que d'habitude?**  
*MHC4\_1I*  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Beaucoup moins
- Plutôt moins
- Un peu moins
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q1k)

MHLTH-Q1j **Dans quelle mesure ces sentiments perturbent-ils votre vie ou vos activités de tous les jours?**  
*MHC4\_1J*  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Beaucoup**
- Assez**
- Un peu**
- Pas du tout**

MHLTH-Q1k **Au cours des 12 derniers mois<sup>2</sup>, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale?**  
*MHC4\_1K*

- Oui
- Non (Passez à MHLTH-Q2)
- NSP, R (Passez à MHLTH-Q2)

MHLTH-Q1l **Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)?**  
*MHC4\_1L*

- Fois

MHLTH-Q2 **Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimée pour une période de deux semaines consécutives ou plus?**  
MHC4\_2

- Oui
- Non (Passez à MHLTH-Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q3 **Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux deux semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquels ces sentiments ont été plus forts. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments dureraient-ils habituellement?**  
MHC4\_3  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Toute la journée**
- Presque toute la journée**
- Environ la moitié de la journée** (Passez à MHLTH-Q16)
- Moins de la moitié de la journée** (Passez à MHLTH-Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q4 **Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les deux semaines?**  
MHC4\_4  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Tous les jours**
- Presque tous les jours**
- Moins souvent** (Passez à MHLTH-Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q5 **Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure?**  
MHC4\_5

- Oui (PHRASE CLÉ = PERDRE L'INTÉRÊT)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q6 **Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?**

MHC4\_6

- Oui (PHRASE CLÉ = FATIGUE)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q7 **Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids?**  
MHC4\_7  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Pris du poids (PHRASE CLÉ = GAIN DE POIDS)
- Perdu du poids (PHRASE CLÉ = PERTE DE POIDS)
- Gardé le même poids (Passez à MHLTH-Q9)
- Suivait un régime (Passez à MHLTH-Q9)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q8 **Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?**

MHC4\_8LB  
MHC4\_8KG

- Livres OU Kilogrammes

MHLTH-Q9 **Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?**  
MHC4\_9

Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)  
 Non (Passez à MHLTH-Q11)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q10 **Combien de fois cela s'est-il produit?**  
MHC4\_10  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

Chaque nuit  
 Presque chaque nuit  
 Moins souvent  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q11 **Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?**  
MHC4\_11

Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q12 **Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?**  
MHC4\_12

Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q13 **Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?**  
MHC4\_13

Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-C14 Si on a répondu «Oui» à la Q5, Q6, Q9, Q11, Q12 ou Q13, ou «Pris du poids» ou «Perdu du poids» à la Q7, passez à MHLTH-Q14.  
Autrement, passez à la section suivante.  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q14 **Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant deux semaines consécutives, vous vous êtes senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e), et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS). Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?**  
MHC4\_14

Semaines (Si > 51 semaines, passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q15 **Pensez à la dernière période pendant laquelle vous avez éprouvé ces sentiments pendant au moins 2 semaines consécutives. En quel mois était-ce?**

MHC4\_15

- |                          |         |                          |           |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Janvier | <input type="checkbox"/> | Juillet   |
| <input type="checkbox"/> | Février | <input type="checkbox"/> | Août      |
| <input type="checkbox"/> | Mars    | <input type="checkbox"/> | Septembre |
| <input type="checkbox"/> | Avril   | <input type="checkbox"/> | Octobre   |
| <input type="checkbox"/> | Mai     | <input type="checkbox"/> | Novembre  |
| <input type="checkbox"/> | Juin    | <input type="checkbox"/> | Décembre  |

(Passez à la section suivante)

MHLTH-Q16 **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou toute autre chose?**

MHC4\_16

- Oui  
 Non (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q17 **Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de deux semaines au cours des 12 derniers mois pendant lesquelles vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps cette perte d'intérêt durait-elle généralement?**

MHC4\_17

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Toute la journée**  
 **Presque toute la journée**  
 **Environ la moitié de la journée** (Passez à la section suivante)  
 **Moins de la moitié de la journée** (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q18 **Combien de fois vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines?**

MHC4\_18

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE réponse.)

- Tous les jours**  
 **Presque tous les jours**  
 **Moins souvent** (Passez à la section suivante)  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q19 **Pendant ces deux semaines, éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?**

MHC4\_19

- Oui (PHRASE CLÉ = SENTIMENT DE FATIGUE)  
 Non  
 NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q20 **Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids?**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

MHC4\_20

- Pris du poids (PHRASE CLÉ = GAIN DE POIDS)
- Perdu du poids (PHRASE CLÉ = PERTE DE POIDS)
- Gardé le même poids (Passez à MHLTH-Q22)
- Suivait un régime (Passez à MHLTH-Q22)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q21 **Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?**

MHC4\_21L

MHC4\_21K

- Livres OU Kilogrammes

MHLTH-Q22 **Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?**

MHC4\_22

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)
- Non (Passez à MHLTH-Q24)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q23 **Combien de fois cela s'est-il produit?**

MHC4\_23

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Chaque nuit
- Presque chaque nuit
- Moins souvent
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q24 **Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?**

MHC4\_24

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q25 **Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?**

MHC4\_25

- Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q26 **Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?**

MHC4\_26

- Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)
- Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-C27 Si on a répondu «Oui» à la Q19, Q22, Q24, Q25 ou Q26, ou «Pris du poids» ou «Perdu du poids» à la Q20, passez à MHLTH-Q27.

Autrement, passez à la section suivante.  
NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q27  
MHC4\_27

**Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant deux semaines consécutives, vous avez perdu presque tout intérêt pour la plupart des choses, et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS). Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?**

\_\_\_ Semaines (Si > 51 semaines, passez à la section suivante)  
\_\_\_ NSP, R (Passez à la section suivante)

MHLTH-Q28  
MHC4\_28

**Pensez aux deux semaines consécutives pendant lesquelles vous avez éprouvé ces sentiments. En quel mois était-ce?**

___	Janvier	___	Juillet
___	Février	___	Août
___	Mars	___	Septembre
___	Avril	___	Octobre
___	Mai	___	Novembre
___	Juin	___	Décembre

### **Soutien social**

(Interview sans procuration seulement.)

SOCSUP-INT

**Maintenant, voici quelques questions concernant votre relation avec différents groupes et le soutien dispensé par la famille et les amis.**

SOCSUP-Q1  
SSC4\_1

**Êtes-vous membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif comme une association scolaire, un groupe confessionnel, un centre communautaire, une association ethnique, un club social, un regroupement de citoyens ou une société fraternelle?**

\_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non (Passez à SOCSUP-Q2a)  
\_\_\_ NSP, R (Passez à SOCSUP-Q2a)

SOCSUP-Q2  
SSC4\_2

**Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un organisme, pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif(ve).**

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

\_\_\_ **Au moins une fois par semaine**  
\_\_\_ **Au moins une fois par mois**  
\_\_\_ **Au moins 3 ou 4 fois par année**  
\_\_\_ **Au moins une fois par année**  
\_\_\_ **Jamais**

SOCSUP-Q2a **Au cours des 12 derniers mois, en excluant les occasions spéciales (comme les mariages, funérailles ou baptêmes), combien de fois avez-vous assisté à un service religieux ou une cérémonie du culte?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

SSC4\_2A

- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au moins 3 ou 4 fois par année
- Au moins une fois par année
- Jamais

SOCSUP-Q3 **Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels?**

SSC4\_3

- Oui
- Non

SOCSUP-Q4 **Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?**

SSC4\_4

- Oui
- Non

SOCSUP-Q5 **Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?**

SSC4\_5

- Oui
- Non

SOCSUP-Q6 **Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?**

SSC4\_6

- Oui
- Non

SOCSUP-Q7 **Les prochaines questions concernent vos rapports au cours des 12 derniers mois avec les personnes qui *ne vivent pas* avec vous, soit en personne, par téléphone, ou par lettre. Si vous avez eu des rapports avec plus d'une personne dans une catégorie, comme plusieurs soeurs, pensez à la personne avec laquelle vous avez eu le plus souvent des rapports. À quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec [remplir avec les catégories suivantes]?**

SSC4\_7A

SSC4\_7B

SSC4\_7C

SSC4\_7D

SSC4\_7E

SSC4\_7F

SSC4\_7G

SSC4\_7H

- Vos parents ou beaux-parents
- Vos grands-parents
- Vos filles ou belles-filles
- Vos fils ou beaux-fils
- Vos frères ou soeurs
- Vos autres parents (y compris par alliance)
- Vos amis proches
- Vos voisins

**Les choix de réponse sont:**

(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- n'en a pas
- tous les jours
- au moins une fois par semaine
- 2 ou 3 fois par mois
- une fois par mois
- quelques fois dans l'année
- une fois dans l'année
- jamais

**Numéro provincial d'assurance-maladie**

H06-HLTH#

AM64\_LNK

Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies durant cette interview avec des renseignements obtenus auprès de 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 cabinets de médecin, ou d'autres services offerts par la province. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques. Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- Oui
- Non (Passez à H06-SHARE)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

H06-HLTH#1

HNC4\_nn

En ayant un numéro provincial d'assurance-maladie, nous pourrions plus facilement jumeler nos données à ces renseignements. Quel est votre numéro d'assurance-maladie?

\_\_\_\_\_

**Consentement au partage de l'information**

H06-SHARE

AM64\_SHA

Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager les données recueillies grâce à ce sondage avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et Emploi et Immigration Canada. Ces organismes ont acceptés de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques. Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?

- Qui
- Non

H06-TEL

AM64\_TEL

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

- Au téléphone
- Face à face
- Les deux (Précisez la raison)

H06-CTEXT    Est-ce que le répondant était seul quand vous avez posé les questions de la composante  
*AM64\_ALO*    santé?

\_\_\_    Oui (Passez à H06-P2.)  
\_\_\_    Non

H06-CTEXT1    Pensez-vous que les réponses ont été biaisées parce qu'une autre personne était là?  
*AM64\_AFF*

\_\_\_    Oui (Précisez)  
\_\_\_    Non

H06-P2    Indiquez la langue d'interview.

*AM64\_LNG*

Anglais	Persan (Farsi)
Français	Polonais
Arabe	Portugais
Chinois	Pendjabi
Cri	Espagnol
Allemand	Tagal (Philippin)
Grec	Ukrainien
Hongrois	Vietnamien
Italien	Autre (Précisez ___)
Coréen	

### **Les questions pour le Manitoba**

(L'âge >=18 et interview sans procuration.)

SPR6-INTA    **Les questions suivantes sont posées pour votre gouvernement provincial. On cherche à savoir comment vous réagissez à certaines situations et comment vous vous comportez avec les autres.**

SPR6-INTB    **Certaines personnes se fient plus à leur côté intellectuel ou rationnel lorsqu'elles sont en relations avec les gens. D'autres personnes, par contre, font plus appel à leur côté émotif. Les questions qui suivent portent sur le côté qui domine chez vous dans vos relations avec les gens.**

**Veillez répondre par «Oui» ou «Non» à chacune des questions. Si vous n'êtes pas certain(e) de votre réponse, fiez-vous à votre première idée.**

SPR6-Q1    **Est-ce que vous essayez toujours de faire ce qui est raisonnable ou logique?**

*RTP4\_1*

\_\_\_    Oui  
\_\_\_    Non

SPR6-Q2    **Est-ce que vous essayez toujours de comprendre les gens et leur comportement, afin d'éviter d'agir émotionnellement?**

*RTP4\_2*

\_\_\_    Oui  
\_\_\_    Non

SPR6-Q3 **Est-ce que vous essayez toujours d'agir de façon rationnelle dans vos relations avec les autres?**  
RTP4\_3

- Oui  
 Non

SPR6-Q4 **Est-ce que vous essayez de résoudre tous vos conflits avec les autres en faisant appel à l'intelligence et à la raison, en essayant le plus possible de ne pas montrer vos émotions?**  
RTP4\_4

- Oui  
 Non

SPR6-Q5 **Si quelqu'un vous blesse profondément, est-ce que vous essayez malgré tout de traiter cette personne de façon rationnelle et de comprendre son comportement?**  
RTP4\_5

- Oui  
 Non

SPR6-Q6 **Est-ce que vous réussissez à éviter la plupart des conflits avec les autres en faisant appel à la raison et à la logique, même si ce n'est pas ce que vous ressentez à ce moment-là?**  
RTP4\_6

- Oui  
 Non

SPR6-Q7 **Si quelqu'un fait quelque chose qui va à l'encontre de vos besoins et de vos désirs, essayez-vous malgré tout de comprendre cette personne?**  
RTP4\_7

- Oui  
 Non

SPR6-Q8 **Est-ce que, dans la plupart des situations de la vie vous vous comportez de façon si rationnelle que votre comportement est rarement dicté uniquement par vos émotions?**  
RTP4\_8

- Oui  
 Non

SPR6-Q9 **Est-ce que votre comportement est fréquemment influencé par vos émotions au point où il semblerait nuisible à vous et aux autres?**  
RTP4\_9

- Oui  
 Non

SPR6-Q10 **Est-ce que vous essayez de comprendre les autres même si vous ne les aimez pas?**  
RTP4\_10

- Oui  
 Non

SPR6-Q11 **Est-ce que votre côté rationnel vous empêche d'attaquer verbalement ou de critiquer les autres, même s'il y avait lieu de le faire?**

- Oui  
 Non

SPR6\_INTQ12 **Dans les prochaines questions, on vous demande de vous imaginer dans une situation bien particulière. Ce n'est pas important d'avoir vécu la situation. Prétendez simplement que vous êtes dans la situation décrite.**

SPR6-Q12 **Imaginez que vous ayez très peur du dentiste et que vous deviez vous y rendre. Parmi les mesures suivantes, lesquelles prendriez-vous pour maîtriser votre peur? (Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponse appropriées.)**

- Vous demanderiez au dentiste ce qu'il ou elle fait exactement.**  
 **Vous prendriez un tranquillisant ou un verre de boisson alcoolisée avant de partir.**  
 **Vous essayeriez de penser à d'autres choses, comme des souvenirs agréables.**  
 **Vous voudriez que le dentiste vous dise quand vous allez sentir de la douleur.**  
 **Vous essayeriez de dormir.**  
 **Vous surveilleriez tous les gestes du dentiste et écouteriez le son de la fraise (la roulette).**  
 **Vous surveilleriez l'eau qui sort de votre bouche pour voir si elle contient du sang.**  
 **Vous feriez des jeux dans votre tête?**  
 **Autre (Précisez)**

SPR6-INTQ13 **Imaginez que vous êtes un(e) vendeur(se) et que vous vous entendez bien avec vos collègues. Suite à une importante chute des ventes, des rumeurs circulent voulant que plusieurs personnes de votre service soient mises à pied. La décision concernant les mises à pied a été prise et sera annoncée dans quelques jours.**

SPR6-Q13 **Lesquels des réponses suivantes s'appliqueraient à votre cas? (Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponse appropriées.)**

- Vous en parleriez avec vos collègues pour voir s'ils savent ce que renferme l'évaluation que vous a faite le surveillant.**  
 **Vous reverriez la liste des fonctions de votre poste actuel et essayeriez de voir si vous les avez toutes accomplies**  
 **Vous regarderiez la télévision ou iriez au cinéma pour vous changer les idées.**  
 **Vous essaieriez de vous rappeler tous les désaccords et les disputes que vous auriez pu avoir avec votre surveillant et qui auraient pu nuire à l'opinion qu'il a de vous.**  
 **Vous ne penseriez plus du tout à l'idée d'être mis à pied.**  
 **Si le sujet survenait dans une conversation, vous diriez que vous préféreriez ne pas discuter de vos chances d'être mis à pied.**  
 **Vous essayeriez de penser quels employés de votre service ont pu recevoir une évaluation moindre que la vôtre de la part de votre surveillant.**  
 **Vous continueriez de faire votre travail comme si de rien n'était.**  
 **Autre (Précisez)**

### **Les questions pour l'Alberta**

(L'âge >=18 et interview sans procuration.)

SPR8-INT **Les questions suivantes sont posées pour votre gouvernement provincial. Elles concernent les demandes que vous éprouvez chaque jour.**

SPR8-Q1 **Comment évaluez-vous votre capacité de faire face aux exigences de la vie de tous les jours, par exemple aux responsabilités découlant de votre travail, de votre famille ou de votre travail bénévole?**  
*COP4\_1*  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

SPR8-Q2 **Si les exigences de votre vie quotidienne vous faisaient subir du stress, lesquelles des réponses suivantes s'appliqueraient à votre situation?**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponse appropriées.)

- COP4\_2A*  Vous essayeriez de ne pas penser à la situation et de vous tenir occupé(e) afin de ne pas y penser.
- COP4\_2B*  Vous essayeriez de voir la situation sous un jour nouveau afin de la rendre plus supportable.
- COP4\_2C*  Vous penseriez à des manières de changer la situation, feriez quelque chose pour résoudre le problème qui vous stresse.
- COP4\_2D*  Vous exprimeriez vos émotions afin de réduire la tension, l'anxiété ou la frustration que vous ressentez.
- COP4\_2E*  Vous admettriez à vous-même que la situation est stressante mais ne feriez rien d'autre.
- COP4\_2F*  Vous parleriez de la situation avec d'autres personnes.
- COP4\_2G*  Vous feriez quelque chose que vous aimez afin de vous détendre.
- COP4\_2H*  Vous prieriez ou cherchiez d'une autre manière un réconfort ou de la force dans la religion.
- COP4\_2I*  Vous feriez autre chose? (Précisez)

SPR8-Q3 **Comment évaluez-vous votre capacité à résoudre des problèmes inattendus ou difficiles, par exemple, des problèmes causés par une situation de crise familiale ou personnelle?**  
*COP4\_3*  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

SPR8-Q4 **Si un problème ou une situation inattendue vous faisaient subir du stress, lesquelles des réponses suivantes feriez-vous?**  
(Lisez la liste. Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- COP4\_4A*    \_\_\_    **Vous essayeriez de ne pas penser à la situation et de vous tenir occupé(e) afin de ne pas y penser.**
- COP4\_4B*    \_\_\_    **Vous essayeriez de voir la situation sous un jour nouveau afin de la rendre plus supportable.**
- COP4\_4C*    \_\_\_    **Vous penseriez à des manières de changer la situation, feriez quelque chose pour résoudre le problème qui vous stresse.**
- COP4\_4D*    \_\_\_    **Vous exprimeriez vos émotions afin de réduire la tension, l'anxiété ou la frustration que vous ressentez.**
- COP4\_4E*    \_\_\_    **Vous admettriez à vous-même que la situation est stressante mais ne feriez rien d'autre.**
- COP4\_4F*    \_\_\_    **Vous parleriez de la situation avec d'autres personnes.**
- COP4\_4G*    \_\_\_    **Vous feriez quelque chose que vous aimez afin de vous détendre.**
- COP4\_4H*    \_\_\_    **Vous prieriez ou chercheriez d'une autre manière un réconfort ou de la force dans la religion.**
- COP4\_4I*    \_\_\_    **Vous feriez autre chose (Précisez)**

**Notes:**

1. Les deux (2) dernières semaines prennent fin le jour précédant l'interview. Ainsi, si l'interview a lieu le 10 septembre 1993, les deux semaines de référence vont du 27 août 1993 au 9 septembre 1993.
2. Les douze derniers mois prennent fin le jour précédant l'interview. Ainsi, si l'interview a lieu le 10 septembre 1993, l'année de référence va du 10 septembre 1992 au 9 septembre 1993.
3. Les trois (3) derniers mois prennent fin le jour précédant l'interview. Ainsi, si l'interview a lieu le 10 septembre 1993, les trois mois de référence vont du 10 juin 1993 au 9 septembre 1993.
4. Le dernier mois prend fin le jour précédant l'interview. Ainsi, si l'interview a lieu le 10 septembre 1993, le mois de référence va du 10 août 1993 au 9 septembre 1993.

## Annexe A

### La Composante Santé pour les répondants âgés de 0 à 11 ans (Formulaire H06)

(Interview par procuration seulement, renseignements à recueillir pour le répondant  
sélectionné seulement et dont l'âge est <=11.)

**NOTA :**

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 visant les enfants de 0 à 11 ans ont été recueillies par l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Les données ont été tirées de l'ELNEJ et remises en forme afin de s'adapter au système de traitement de l'ENSP. Les noms des questions utilisées ici ont été attribués durant le traitement afin d'assurer l'uniformité avec celles de 1996. Lorsque la formulation des questions était similaire, ce sont celles de l'ENSP qui étaient retenues. Lorsque la formulation était suffisamment différente pour que les concepts à l'appui varient, ce sont les questions de l'ELNEJ qui étaient utilisées. Veuillez vous reporter à l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants : matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995, Cycle 1, n° 95-01F au catalogue pour obtenir l'ordre exact et le libellé des questions. Pour obtenir des renseignements complets sur le plan d'échantillonnage, veuillez vous reporter au *Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population, Rapports sur la santé 1995, vol. 7, n° 1.*

#### Santé générale pour enfants

KGH-Q1 **En général, diriez-vous que la santé de %FNAME% est :**  
GHC4\_1 (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

KGH-Q3 **%FNAME% a-t-il(elle) un problème chronique, de santé ou autre, qui limite  
complètement ou partiellement sa participation à l'école, au jeu ou à toute autre  
activité normale pour un enfant de son âge?**  
RAC4F1

- 1 Oui
- 2 Non

KGH-Q4 **Combien mesure-t-il(elle) sans chaussures?**

HWC4\_HT  
----- Pieds    ----- Pouces    OU    ----- Centimètres

KGH-Q5 **Combien pèse-t-il(elle)?**

\_\_\_\_\_(N'inscrivez que le nombre.) (MIN : 1) (MAX : 300)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

KGH-C5 INTERVIEWER : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

- HWC4\_3LB 1 Livres  
HWC4\_3KG 2 Kilogrammes

**Services de santé pour enfants**

KUT-INT Les questions suivantes portent sur les consultations avec un professionnel de la santé durant les 12 derniers mois, c'est-à-dire, la période commençant %F12MOSAGO% et se terminant hier.

KUT-Q1 Au cours des 12 derniers mois, %FNAME% a-t-il(elle) passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital?  
HCC4\_1

- 1 Oui  
2 Non

KUT-Q3 (Sans compter les séjours dans un établissement de santé) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone un(e) [lisez la catégorie] au sujet de la santé physique, émotionnelle ou mentale de %FNAME%?

		MIN	MAX
HCC4_2A	a) Médecin de famille ou un omnipraticien	0	366
HCC4_2A	b) Pédiatre	0	366
HCC4_2C	c) Un autre médecin (p. ex., un orthopédiste ou un spécialiste de la vue)	0	366
HCC4_2D	d) Infirmière pour recevoir des soins ou des conseils	0	366
HCC4_2E	e) Dentiste ou orthodontiste	0	366
HCC4_2I	f) Psychiatre ou psychologue	0	366
HCC4_2H	g) Spécialiste du bien-être ou de l'aide à l'enfance	0	366
HCC4_2OT	h) Toute autre personne de formation reconnue offrant des services thérapeutiques ou de conseil, par exemple un orthophoniste, un travailleur social	0	366

**Conditions chroniques pour enfants**

KCHR-C1 Si l'âge > 3, passez à KCHR-Q4.

KCHR-Q1 En ce qui concerne les maladies, à quelle fréquence %FNAME% souffre-t-il(elle) d'infections du nez ou de la gorge?  
CCK4\_1

(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Presque tout le temps  
2 Souvent  
3 De temps à autre  
4 Rarement  
5 Jamais

KCHR-Q2 **Depuis sa naissance, est ce qu'il(elle) a déjà eu une infection des oreilles (otite)?**

CCK4\_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KCHR-Q4)  
NSP, R (Passez à KCHR-Q4)

KCHR-Q3 **Combien de fois?**

CCK4\_3

(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Une fois
- 2 2 fois
- 3 3 fois
- 4 4 fois ou plus

KCHR-Q4 **Les questions suivantes portent sur l'asthme. Est-ce que ... a déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé?**

CCC4\_1C

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KCHR1-INT)  
NSP, R (Passez à KCHR1-INT)

KCHR-Q5 **Est-ce qu'il(elle) a eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois?**

CCC4\_C5

- 1 Oui
- 2 Non

KCHR-Q6 **Est-ce qu'il(elle) a eu une respiration bruyante ou sifflante à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois?**

CCC4\_C6

- 1 Oui
- 2 Non

KCHR1-INT **Dans les questions suivantes, on entend par «problème chronique» un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un spécialiste de la santé.**

KCHR1-Q1 **Est-ce que ... souffre d'aucun des problèmes chroniques suivants diagnostiqués par un spécialiste de la santé?**

CCK4\_1AB

CCC4\_1H

CCC4\_1L

CCC4\_1K

CCC4\_1V

CCC4\_1V

CCC4\_1V

CCC4\_1V

CCC4\_1V

CCC4\_1V

CCC4\_NON

- a) **Allergies?**
- b) **Bronchites?**
- c) **Maladie cardiaque?**
- d) **Épilepsie?**
- e) **Paralysie cérébrale?**
- f) **Maladie rénale?**
- g) **Incapacité mentale?**
- h) **Troubles d'apprentissage?** (à poser seulement si l'âge >=6)
- i) **Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux?** (à poser seulement si l'âge >=6)
- j) **Autres genres de problèmes chroniques?**
- k) **Aucun?**

## État de santé pour enfants

KHS-C1 Si l'âge < 4, passez à la section suivante.

KHS-INT **Les questions suivantes concernent l'état de santé quotidien de %FNAME%. Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes sur de courtes périodes de temps. Elles portent sur les capacités habituelles d'une personne.**

KHS-INTA **Il se peut que vous pensiez que certaines de ces questions ne s'appliquent pas à %lui/elle%, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.**

### Vision

KHS-Q1 **Habituellement, peut-il(elle) voir clairement et sans distorsion des mots dans un livre sans porter de lunettes ou de verres de contact?**

HSC4\_1

- 1 Oui (Passez à KHS-Q4)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)

KHS-Q2 **Habituellement, peut-il(elle) voir clairement et sans distorsion des mots dans un livre en portant des lunettes ou des verres de contact?**

HSC4\_2

- 1 Oui (Passez à KHS-Q4)
- 2 Non
- 3 Ne porte pas de lunettes ou de verres de contact

KHS-Q3 **Est-il(elle) capable de voir quoi que ce soit?**

HSC4\_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KHS-Q6)  
NSP, R (Passez à KHS-Q6)

KHS-Q4 **Voit-il(elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact?**

HSC4\_4

- 1 Oui (Passez à KHS-Q6)
- 2 Non  
R (Passez à KHS-Q6)

KHS-Q5 **Habituellement, voit-il(elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue avec des lunettes ou des verres de contact?**

HSC4\_5

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne porte pas de lunettes ou de verres de contact

**Ouïe**

KHS-Q6

HSC4\_6

**Habituellement, %FNAME% peut-il(elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes sans se servir d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à KHS-IN2)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à KHS-IN2)

KHS-Q7

HSC4\_7

**Habituellement, peut-il(elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes avec l'aide d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à KHS-Q8)
- 2 Non
- 3 Ne porte pas de prothèse auditive

KHS-Q7A

HSC4\_7A

**Peut-il(elle) entendre quoi que ce soit?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KHS-IN2)  
NSP, R (Passez à KHS-IN2)

KHS-Q8

HSC4\_8

**Habituellement, peut-il(elle) tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse sans se servir d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui (Passez à KHS-IN2)
- 2 Non  
R (Passez à KHS-IN2)

KHS-Q9

HSC4\_9

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne porte pas de prothèse auditive

**Élocution**

KHS-IN2

**Les questions suivantes portent sur l'état de santé quotidien de %FNAME%. Elles visent plutôt les capacités de %FNAME% comparativement à celles d'autres enfants du même âge.**

KHS-Q10

HSC4\_10

**Habituellement, %FNAME% est-il(elle) parfaitement compris(e) lorsqu'il(elle) parle dans sa langue avec des inconnus?**

- 1 Oui (Passez à KHS-Q14)
- 2 Non  
R (Passez à KHS-Q14)

KHS-Q11  
HSC4\_11 **Est-il(elle) *partiellement* compris(e) lorsqu'il(elle) parle dans sa langue avec des inconnus?**

- 1 Oui
- 2 Non

KHS-Q12  
HSC4\_12 **Est-il(elle) *parfaitement* compris(e) lorsqu'il(elle) parle dans sa langue avec des personnes qu'il(elle) connaît bien?**

- 1 Oui (Passez à KHS-Q14)
- 2 Non (Passez à KHS-Q14)
- R (Passez à KHS-Q14)

KHS-Q13  
HSC4\_13 **Est-il(elle) *partiellement* compris(e) lorsqu'il(elle) parle dans sa langue avec des personnes qu'il(elle) connaît bien?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Mobilité**

KHS-Q14  
HSC4\_14 ***Habituellement*, peut-il(elle) marcher dans le quartier sans difficulté et sans se servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?**

- 1 Oui (Passez à KHS-Q21)
- 2 Non (Passez à KHS-Q21)
- NSP, R (Passez à KHS-Q21)

KHS-Q15  
HSC4\_15 **Peut-il(elle) marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KHS-Q18)
- NSP, R (Passez à KHS-Q18)

KHS-Q16  
HSC4\_16 **A-t-il(elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles pour marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non

KHS-Q17  
HSC4\_17 **A-t-il(elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non

KHS-Q18  
HSC4\_18 **A-t-il(elle) besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KHS-Q21)
- NSP, R (Passez à KHS-Q21)

KHS-Q19 **À quelle fréquence utilise-t-il(elle) un fauteuil roulant?**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

HSC4\_19

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

KHS-Q20 **A-t-il(elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour se déplacer en fauteuil roulant?**

HSC4\_20

- 1 Oui
- 2 Non

### **Mains et doigts**

KHS-Q21 **Habituellement, %FNAME% peut-il(elle) saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?**

HSC4\_21

- 1 Oui (Passez à KHS-Q25)
- 2 Non  
NSP, R (Passez à KHS-Q25)

KHS-Q22 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, a-t-il(elle) besoin de l'aide d'une autre personne?**

HSC4\_22

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à KHS-Q24)  
NSP, R (Passez à KHS-Q24)

KHS-Q23 **A-t-il(elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**  
(Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

HSC4\_23

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

KHS-Q24 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, a-t-il(elle) besoin d'équipement spécial, comme un appareil pour l'aider à s'habiller?**

HSC4\_24

- 1 Oui
- 2 Non

### Sentiments

KHS-Q25      **%FNAME% comme étant *habituellement* :**  
*HSC4\_25*      (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1      **heureux(se) et intéressé(e) à la vie?**
- 2      **plutôt heureux(se)?**
- 3      **plutôt malheureux(se)?**
- 4      **malheureux(se) et peu intéressé(e) à la vie?**
- 5      **si malheureux(se) que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?**

### Mémoire

KHS-Q26      **Comment décririez-vous sa capacité *habituelle* à se souvenir des choses? Est-il(elle) :**  
*HSC4\_26*      (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

### Pensée

KHS-Q27      **Comment décririez-vous sa capacité *habituelle* à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?**  
*HSC4\_27*      (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1      **Capable de penser clairement et de régler des problèmes**
- 2      **A un peu de difficulté**
- 3      **A une certaine difficulté**
- 4      **A beaucoup de difficulté**
- 5      **Incapable de penser ou de résoudre des problèmes**

### Douleurs et malaises

KHS-Q28      ***Habituellement*, %FNAME% est-il(elle) sans douleurs ou malaises?**  
*HSC4\_28*

- 1      **Oui      (Passez à la section suivante)**
- 2      **Non  
NSP, R (Passez à la section suivante)**

KHS-Q29      **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises qu'il(elle) ressent *généralement*?**  
*HSC4\_29*      (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

KHS-Q30 **Combien d'activités ses douleurs ou ses malaises l'empêchent-ils de faire?**  
*HSC4\_30* (Lisez la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 **Aucune**
- 2 **Quelques-unes**
- 3 **Un certain nombre**
- 4 **La plupart**

### **Blessures pour enfants**

KIN-INT **Les questions suivantes se rapportent à des blessures suffisamment graves pour exiger les soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste, par exemple, une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une blessure à la tête, un empoisonnement ou une entorse à la cheville.**

KIN-Q1 **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire, la période commençant %F12MOSAGO% et se terminant hier, a-t-il(elle) subi une blessure?**  
*IJC4\_1*

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à la section suivante)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

KIN-Q2 **Combien de fois s'est-il(elle) blessé(e)?**

*IJC4\_2*

- Fois (MIN : 1) (MAX : 30)  
NSP, R (Passez à la section suivante)

KIN-Q3 **Si l'on prend la blessure la plus grave, quel genre de blessure a-t-il(elle) subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |                  |    |   |
|------------------|----|---|
| <i>IJC4_3=2</i>  | 1  | Fracture  |
| <i>IJC4_3=3</i>  | 2  | Brûlure   |
| <i>IJC4_3=4</i>  | 3  | Luxation  |
| <i>IJC4_3=5</i>  | 4  | Entorse ou foulure  |
| <i>IJC4_3=6</i>  | 5  | Coupure, éraflure ou contusion  |
| <i>IJC4_3=8</i>  | 6  | Commotion cérébrale (Passez à KIN-Q5) (KIN-Q4=3 a été rempli lors du traitement.)   |
| <i>IJC4_3=9</i>  | 7  | Empoisonnement (par absorption d'une substance ou liquide) (Passez à KIN-Q5) (KIN-Q4=11 a été rempli lors du traitement.) |
| <i>IJC4_3=10</i> | 8  | Lésion interne (Passez à KIN-Q5) (KIN-Q4=11 a été rempli lors du traitement.)   |
| <i>IJC4_3=11</i> | 9  | Blessure aux dents (Passez à KIN-Q5) (KIN-Q4=2 a été rempli lors du traitement.)  |
| <i>IJC4_3=11</i> | 10 | Autre (Précisez)  |
| <i>IJC4_3=1</i>  | 11 | Blessures multiples (Passez à KIN-Q5)<br>NSP, R (Passez à la section suivante)  |

**KIN-Q4** **Quelle partie du corps a été atteinte?**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |                  |    |  |
|------------------|----|--|
| <i>IJC4_4=2</i>  | 1  | Yeux   |
| <i>IJC4_4=3</i>  | 2  | Visage ou cuir chevelu (sauf les yeux)   |
| <i>IJC4_4=3</i>  | 3  | Tête ou cou (sauf yeux, visage et cuir chevelu)  |
| <i>IJC4_4=6</i>  | 4  | Bras ou main   |
| <i>IJC4_4=8</i>  | 5  | Jambe ou pied  |
| <i>IJC4_4=9</i>  | 6  | Dos ou colonne vertébrale  |
| <i>IJC4_4=10</i> | 7  | Tronc (sauf le dos et la colonne vertébrale) (Y compris la poitrine, les organes internes, etc.) |
| <i>IJC4_4=5</i>  | 8  | Épaule   |
| <i>IJC4_4=7</i>  | 9  | Hanche   |
| <i>IJC4_4=1</i>  | 10 | Parties multiples  |
|                  | 11 | Systémique (catégorie créée lors du traitement)<br>NSP, R (Passez à la section suivante)         |

**KIN-Q5** **Où cela s'est-il produit? Par exemple, à la maison, dans la rue, etc.**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |                 |    |  |
|-----------------|----|--|
| <i>IJC4_5=1</i> | 1  | À l'intérieur - de sa maison/de l'appartement  |
| <i>IJC4_5=1</i> | 2  | À l'extérieur - de sa maison/de l'appartement, y compris le terrain, l'entrée, un parc de stationnement, ou les endroits communs d'une habitation (p. ex. les couloirs ou la salle de lessive) |
| <i>IJC4_5=1</i> | 3  | À l'intérieur ou près - d'une autre résidence privée   |
| <i>IJC4_5=5</i> | 4  | À l'intérieur - de l'école/de la garderie ou sur la propriété de l'école/de la garderie  |
| <i>IJC4_5=3</i> | 5  | À une installation sportive intérieure ou extérieure (sauf à l'école)  |
| <i>IJC4_5=5</i> | 6  | Dans un autre bâtiment public  |
| <i>IJC4_5=4</i> | 7  | Sur un trottoir/une rue/une autoroute dans son quartier  |
| <i>IJC4_5=4</i> | 8  | Sur tout autre trottoir/rue/autoroute  |
| <i>IJC4_5=3</i> | 9  | Dans un terrain de jeu/un parc (sauf à l'école)  |
| <i>IJC4_5=9</i> | 10 | Autre (Précisez)<br>NSP, R (Passez à la section suivante)  |

**KIN-Q6** **Qu'est-il arrivé? Par exemple, la blessure a-t-elle été causée par une chute, un accident d'automobile, une agression etc.?**  
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- |                  |    |  |
|------------------|----|--|
| <i>IJC4_6=1</i>  | 1  | Accident d'automobile - passager                                     |
| <i>IJC4_6=1</i>  | 2  | Accident d'automobile - piéton                                       |
| <i>IJC4_6=1</i>  | 3  | Accident d'automobile - cycliste                                     |
| <i>IJC4_6=15</i> | 4  | Autre accident de bicyclette   |
| <i>IJC4_6=2</i>  | 5  | Chute (sauf en faisant de la bicyclette ou un sport)                 |
| <i>IJC4_6=15</i> | 6  | Pratique d'un sport (sauf de la bicyclette)                          |
| <i>IJC4_6=5</i>  | 7  | Aggression   |
| <i>IJC4_6=11</i> | 8  | Brûlure par un liquide ou un aliment bouillant                       |
| <i>IJC4_6=14</i> | 9  | Empoisonnement - accidentel  |
| <i>IJC4_6=14</i> | 10 | Empoisonnement - volontaire  |
| <i>IJC4_6=15</i> | 11 | Autre blessure infligée à soi-même volontairement                    |
| <i>IJC4_6=8</i>  | 12 | Facteurs naturels/environnementaux (p. ex. morsure d'animal, piqûre) |
| <i>IJC4_6=3</i>  | 13 | Feu/Flammes ou émanations résultantes                                |
| <i>IJC4_6=9</i>  | 14 | Asphyxie par noyade  |
| <i>IJC4_6=15</i> | 15 | Autre (Précisez)   |