

Enquête nationale sur la santé de la population

**Volet établissements de soins de santé
Cycle 5 (2002-2003)**

Questionnaire

Pour information seulement

Pour information seulement

Table des matières

	Page
Formulaire de contrôle pour l'établissement	1
Questionnaire pour le répondant.....	3
A. État du répondant de l'enquête longitudinale	4
Répondants vivant dans un établissement.....	6
B. Consentement du plus proche parent.....	6
C. Information sur le répondant choisi.....	7
D. État de santé général.....	8
E. État de santé.....	8
Vision	8
Ouïe	9
Élocution	9
Mobilité	10
Agilité	11
Mains et doigts.....	11
Sentiments.....	11
Mémoire.....	12
Pensée.....	12
Douleur et malaises	12
G. Limitation des activités.....	15
H. Équilibre.....	17
I. Usage du tabac.....	18
J. Consommation d'alcool	19
K. Soutien social	20
L. Renseignements socio-démographiques	24
Revenu	24
M. Personnes à contacter.....	25
Première personne	25
Deuxième personne.....	26
N. Consentements.....	27
O. Consommation de médicaments	28
P. Utilisation des soins de santé	29
Commentaires.....	31
Répondants vivant dans un ménage.....	32
CC. Information sur le répondant choisi.....	32
DD. État de santé général.....	32
EE. État de santé.....	33
Vision	33
Ouïe	33
Élocution	34
Mobilité	34
Agilité	35

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

Formulaire de contrôle pour l'établissement

INST-Q1
IPI2_1

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant l'usage du tabac par les résidents?

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

INST-Q2
IPI2_2

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant la consommation d'alcool par les résidents?

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

INST-Q3
IPI2_3

Des activités sont-elles organisées régulièrement pour les résidents?

- 1 Oui
- 2 Non Passez à INST-Q5

INST-Q4

Lesquelles des activités suivantes sont organisées pour les résidents:
(Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

IPI2_4A

1 **activités physiques en groupe, par exemple classes d'exercices, danse, natation?**

IPI2_4B

2 **cours d'artisanat ou de musique?**

IPI2_4C

3 **activités sociales, par exemple jeux de cartes, bingo?**

IPI2_4D

4 **services religieux?**

IPI2_4E

5 **activités personnalisées (personne-à-personne)?**

IPI2_4F

6 **autre - Précisez _____ (26 caract.)**

INST-Q5
IPI2_5

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

- 1 Oui
- 2 Non

INST-Q6
IPI2_6

Des directives préalables (testaments biologiques) sont-elles établies pour chaque résident, avant leur admission?

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

INST-Q7
IPI2_FS

Code de réponse de l'établissement

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

Pour information seulement

A. État du répondant de l'enquête longitudinale

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

AMI2_1

- 1 Oui
- 2 Non Passez à A3

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

AMI2_2

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

A3. Où est ... ?

AMI2_3

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

AMI2_DOD__ (2 caract.) (01 – 31)

Jour

AMI2_MOD__ (2 caract.) (01 – 12)

Mois

AMI2_YOD____ (4 caract.) (1900 – 2003)

Année

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

AMI2_DCY1 Ville _____ (25 caract.)

AMI2_DPR2 Code provincial __ (2 caract.) (BC, AB, SK, MN, ON, QU, NB, NS, PE, NF, NT, NU, YK ou US)

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

Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.

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

IPI2_NAM

----- (50 caract.)

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

IPI2_ADD 1. **Rue / R.R.**

----- (50 caract.)

IPI2_APT 2. **Appartement**

----- (15 caract.)

IPI2_CTY 3. **Ville**

----- (25 caract.)

IPI2_PC 4. **Code postal**

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

IPI2_PR 5. **Code provincial**

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

IPI2_TEL 6. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**

----- (10 caract.)

A8. Intervieweur :

AMI2_A8

Si le répondant vit maintenant
dans un établissement

1

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

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

2

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

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

3

Complétez Question 1 - Endroit et la Question 2 –
Numéroséquentiel sur la page couverture et
TERMINEZ l'interview.

Répondants vivant dans un établissement

B. Consentement du plus proche parent

- B0. Intervieweur :
AMI2_B0 Si le répondant complète ce questionnaire (sans procuration) 1) Passez à la Section C - Information sur le répondant choisi et complétez le questionnaire avec le répondant
- Si le plus proche parent accepte de compléter le questionnaire 2) Passez à la Section C - Information sur le répondant choisi et complétez le questionnaire concernant le répondant avec le plus proche parent
- Si le plus proche parent n'accepte pas de compléter le questionnaire 3) Continuez avec B1

B1. **Acceptez-vous que l'établissement désigne une personne pour répondre aux questions de l'Enquête nationale sur la santé de la population concernant . . . , et que l'information recueillie soit fournie à Statistique Canada?**
AMI2_PER

- 1 Oui
2 Non
- Entrez le code de réponse final «REFUS» à la Question 4 sur la page couverture du questionnaire et TERMINEZ l'interview.

B2. **Statistique Canada et votre ministère de la santé aimeraient que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête. Cela inclurait le jumelage de renseignements provenant de l'enquête à votre utilisation passée et courante des services de santé, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecins. Ces renseignements jumelés demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.**
AMI2_LNK

Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
2 Non

B3. **Statistique Canada aimerait que vous nous donniez la permission de partager l'information recueillie lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé et Santé Canada. Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.**
AMI2_SHA

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

- 1 Oui }
2 Non } Remerciez le répondant et contactez l'établissement

C. Information sur le répondant choisi

C1. Intervieweur :
DHI2_1 Qui complète le questionnaire?
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

DHI2_2 1 Même que sur l'étiquette

OU

DHI2_FN 2 **Prénom et initiale**
----- (25 caract.)

DHI2_LN 3 **Nom de famille**
----- (25 caract.)

C3. **Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . .)?**
DHI2_MAR (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

C4. **Votre (l' / le / la) époux / épouse / conjoint(e) (de . . .) vit-il / elle également dans cet établissement?**
DHI2_7

- 1 Oui
- 2 Non

C5. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) votre (sa) propre chambre?**
DHI2_8

- 1 Oui
- 2 Non

C6. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) le téléphone dans votre (sa) chambre?**
DHI2_9

- 1 Oui
- 2 Non

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

DHI2_MOA ___ (2 caract.) (01 – 12)
Mois

DHI2_YOA ____ (4 caract.) (1900 – 2003)
Année

D. État de santé général

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

D1. **En général, diriez-vous que votre (la) santé (de . . .) est :**
GHI2_1 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

E. État de santé

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

Vision

E1. **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**
HSI2_1

- 1 Oui Passez à E4
- 2 Non

E2. **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**
HSI2_2

- 1 Oui Passez à E4
- 2 Non

E3. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) capable de voir quoi que ce soit?**
HSI2_3

- 1 Oui
- 2 Non Passez à E6 - Ouïe

E4. **Voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) sans lunettes ou verres de contact?**
HSI2_4

- 1 Oui Passez à E6 - Ouïe
- 2 Non

E5. **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) avec des lunettes ou des verres de contact?**
HSI2_5

- 1 Oui
- 2 Non

Ouïe

E6. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?**
HSI2_6

- 1 Oui Passez à E11 - Élocution
- 2 Non

E7. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe d'au moins 3 autres personnes, avec l'aide d'une prothèse auditive?**
HSI2_7

- 1 Oui Passez à E9
- 2 Non

E8. **Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) entendre quoi que ce soit?**
HSI2_8

- 1 Oui
- 2 Non Passez à E11 - Élocution

E9. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, sans vous (se) servir d'une prothèse auditive?**
HSI2_9

- 1 Oui Passez à E11 - Élocution
- 2 Non

E10. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, avec l'aide d'une prothèse auditive?**
HSI2_10

- 1 Oui
- 2 Non

Élocution

E11. **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) dans votre (sa) langue avec des inconnus?**
HSI2_11

- 1 Oui Passez à E15 - Mobilité
- 2 Non

E12. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des inconnus?**
HSI2_12

- 1 Oui
- 2 Non

E13. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?**
HSI2_13

- 1 Oui Passez à E15 - Mobilité
- 2 Non

E14. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) partiellement compris(e) lorsque vous parlez (lorsqu'il / elle parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?**
HSI2_14

- 1 Oui
- 2 Non

Mobilité

E15. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher sans difficulté et sans vous (se) servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?**
HSI2_15

- 1 Oui Passez à E22 - Agilité
- 2 Non

E16. **Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher?**
HSI2_16

- 1 Oui
- 2 Non Passez à E19

E17. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles, pour marcher?**
HSI2_17

- 1 Oui
- 2 Non

E18. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**
HSI2_18

- 1 Oui
- 2 Non

E19. **Utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant pour vous (se) déplacer?**
HSI2_19

- 1 Oui
- 2 Non Passez à E22 - Agilité

E20. **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**
HSI2_20 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

E21. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour vous (se) déplacer en fauteuil roulant?**
HSI2_21

- 1 Oui
- 2 Non

Agilité

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

HSI2_22

- 1 Oui
- 2 Non

Mains et doigts

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

HSI2_23

- 1 Oui Passez à E27 - Sentiments
- 2 Non

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

HSI2_24

- 1 Oui
- 2 Non Passez à E26

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

HSI2_25 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

HSI2_26

- 1 Oui
- 2 Non

Sentiments

E27. **Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant habituellement :**

HSI2_27 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

Mémoire

E28. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à vous (se) souvenir des choses? Êtes-vous (Est-il / elle) :**
HSI2_28 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

E29. **S'agit-il d'un problème de mémoire à court terme, à long terme ou des deux? (Par mémoire à court terme, on entend la capacité de se souvenir d'hier et d'aujourd'hui. Par mémoire à long terme, on entend la capacité de se souvenir de faits qui ont eu lieu l'année dernière ou plusieurs années auparavant.)**
HSI2_29 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

Pensée

E30. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours? Êtes-vous (Est-il / elle) :**
HSI2_30 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 ... capable de penser clairement et de régler des problèmes?
- 2 ... éprouve un peu de difficulté?
- 3 ... éprouve une certaine difficulté?
- 4 ... éprouve beaucoup de difficulté?
- 5 ... incapable de penser ou de régler des problèmes?

Douleur et malaises

E31. **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) sans douleurs ou malaises?**
HSI2_31

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

E32. **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**
HSI2_32 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Faible
- 2 Moyenne
- 3 Forte

E33. **Combien d'activités vos (ses) douleurs ou vos (ses) malaises vous (l') empêchent-ils de faire?**
HSI2_33 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

F. Problèmes de santé chroniques

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

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

CCI2_1A a) **Arthrite ou rhumatisme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1B b) **Tension artérielle élevée (hypertension)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1C c) **Asthme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1D d) **Bronchite chronique ou emphysème**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1E e) **Diabète**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1F f) **Épilepsie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1G g) **Une maladie cardiaque**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1H h) **Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1I i) **Paralyse, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1J j) **Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1K k) **Difficulté à contrôler les intestins**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1L l) **Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1M m) **Ostéoporose ou fragilité osseuse**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1N n) **Cataracte(s)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1O o) **Glaucome**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1P p) **Ulcères à l'estomac ou à l'intestin**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1Q q) **Insuffisance rénale ou maladie du rein**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1R r) **Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1S s) **Problème de la thyroïde**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1T t) **Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1U u) **Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1W v) **Cancer**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1V w) **Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé**

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

G. Limitation des activités

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

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

RAI2_1A a) **... à l'intérieur de la résidence ou de l'établissement?**

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_1B b) ... à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement, par exemple des voyages, des activités récréatives ou des loisirs?

- 1 Oui
- 2 Non

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

RAI2_2

- 1 Oui
- 2 Non

Intervieweur :

Si «OUI» à au moins une des questions G1a, G1b, ou G2 Passez à G3

Autrement Passez à G8

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

RAI2_3C

RAI2F3

RAI2CIC1

RAI2G12A

RAI2G25A

----- (25 caract.)

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

RAI2_4

(Ne cochez que la cause PRINCIPALE.)

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

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

RAI2_5

- 1 Oui
- 2 Non Passez à G8

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

RAI2_5C

RAI2F5

RAI2CIC2

RAI2G12B

RAI2G25B

----- (25 caract.)

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

RAI2_6

(Ne cochez que la cause PRINCIPALE.)

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

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

RAI2_7A a) ... à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7B b) ... à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7C c) ... à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la résidence ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7D d) ... à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7E e) ... à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?

- 1 Oui
- 2 Non

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

RAI2_8

- 1 Oui
- 2 Non

H. Équilibre

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

FLI2_1

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

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

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

H3. **N'oubliez pas, nous parlons des chutes qui se sont produites au cours des 12 derniers mois. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) subi des blessures à la suite de cette chute / de l'une ou l'autre de ces chutes?**
FLI2_3

- 1 Oui
- 2 Non Passez à H5

H4. **Quelle est la blessure la plus grave que vous (. . .) ayez (ait) subie à la suite de cette chute?**
FLI2_4

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

(Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

- FLI2_5A** 1 Étourdissement / évanouissement
- FLI2_5B** 2 Maladie
- FLI2_5C** 3 Faiblesse / fragilité
- FLI2_5D** 4 Trouble de l'équilibre
- FLI2_5E** 5 Tombé(e) endormi(e)
- FLI2_5F** 6 Réaction aux médicament
- FLI2_5G** 7 Trouble de la vision
- FLI2_5H** 8 Trébuché(e) sur un objet ou cogné(e) contre un objet
- FLI2_5I** 9 Mauvaise appréciation de la distance
- FLI2_5J** 10 Autre raison - Précisez _____ (26 caract.)

I. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

I1. **Actuellement, fumez-vous (. . . fume-t-il / elle) des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**
SMI2_1

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

I2. **À quel âge avez-vous (. . . a-t-il / elle) commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**
SMI2_2

- ___ Ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

I3. **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous (. . . fume-t-il / elle) chaque jour?**
SMI2_3

- ___ Cigarettes (3 caract.) (001 –099)
 - 997 Ne sait pas
- } Passez à la Section J - Consommation d'alcool

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

SMI2_4

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

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

SMI2_5

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

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

SMI2_6

- | | |
|-----|-----------------------------|
| --- | Ans (3 caract.) (001 – 130) |
| 997 | Ne sait pas |

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

SMI2_7

- | | |
|-----|-----------------------------|
| --- | Ans (3 caract.) (001 – 130) |
| 997 | Ne sait pas |

J. Consommation d'alcool

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

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

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

ALI2_1

- | | | |
|---|-----|-------------|
| 1 | Oui | Passez à J3 |
| 2 | Non | |

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

ALI2_3

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

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

ALI2_2

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

J4. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**
ALI2_4

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

K. Soutien social

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

K1. **Êtes-vous (. . . est-il / elle) membre d'un groupe quelconque ou participez-vous (participe-t-il / elle) à des activités de groupe À L'INTÉRIEUR de cet établissement, par exemple un club social, un groupe de loisirs, ou des services ou rencontres à caractère religieux?**
SSI2_1

- 1 Oui
- 2 Non Passez à K3

K2. **Combien de fois avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes (S'il / si elle est) membre de plus d'un groupe, pensez à celui dans lequel vous êtes (il / elle est) le plus actif(ve).**
SSI2_2
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

K3. **Participez-vous (. . . participe-t-il / elle) à des activités personnalisées avec un bénévole, un thérapeute ou autre membre du personnel?**
SSI2_3A

- 1 Oui
- 2 Non Passez à K5

K4. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) participé à ces activités personnalisées?**
SSI2_3B
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

K5. **Avec combien de membres de la famille vous sentez-vous (. . . se sent-il / elle) proche?**
SSI2_4

__ Membres de la famille proches (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00 et Passez à K7.

K6. **Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous (. . . a-t-il / elle) vu l'un ou l'autre de ces membres de la famille?**
SS/2_5
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

K7. **J'aimerais maintenant poser quelques questions sur les amis proches. Par amis proches on entend des gens avec lesquels vous êtes (il / elle est) à l'aise, avec lesquels vous pouvez (il / elle peut) parler de vos (ses) affaires personnelles ou sur lesquels vous pouvez (il / elle peut) vous (se) fier pour obtenir de l'aide. Sans compter les personnes apparentées (de . . .) ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous (compte-t-il / elle) vivant À L'INTÉRIEUR de l'établissement?**
SS/2_6

-- Amis proches À L'INTÉRIEUR de l'établissement (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00.

K8. **Sans compter les personnes apparentées ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous (compte-t-il / elle) vivant À L'EXTÉRIEUR de l'établissement?**
SS/2_7

-- Amis proches À L'EXTÉRIEUR de l'établissement (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00 et Passez à K9i.

K9. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) vu vos (ses) amis proches vivant À L'EXTÉRIEUR de cet établissement? C'est-à-dire à quelle fréquence vous (lui) ont-ils rendu visite ou leur avez-vous (a-t-il / elle) rendu visite?**
SS/2_8
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

K9i. Intervieweur :

Si K5=00 ET K8=00 Passez à K11.

K10. **Parmi vos (les) parents ou amis (de . . .) vivant À L'EXTÉRIEUR de cet établissement, qui voyez-vous (a-t-il / elle vu) le plus souvent au cours des 12 dernier mois?**
SSI/2_9 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Époux(se) / Conjoint(e)
- 2 Fille / Bru
- 3 Fils / Gendre
- 4 Parents / Beaux-parents
- 5 Frère / Sœur
- 6 Petit-fils / Petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Voisin(e)
- 10 Autre - Précisez _____ (26 caract.)

K11. **Avec combien de membres du personnel de cet établissement avez-vous (. . . a-t-il / elle) des rapports étroits, c'est-à-dire avec lesquels vous vous (il / elle se) sentez (sent) à l'aise ou vous (il / elle) pouvez (peut) discuter de questions personnelles?**
SSI/2_10

__ Membres du personnel (2 caract.) (00 – 99)

Si Aucun Inscrivez 00.

K12. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) quitté l'établissement pour participer à des activités sociales ou récréatives, telles que des sorties, des visites ou des voyages? N'incluez pas les déplacements effectués pour obtenir des soins médicaux ou des traitements.**
SSI/2_11 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

SSI/2_12A a) **... avez-vous (. . . a-t-il / elle) visité des amis ou des membres de la famille?**

- 1 Oui
- 2 Non

SSI/2_12B b) **... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) magasiner?**

- 1 Oui
- 2 Non

SSI/2_12C c) **... avez-vous (. . . a-t-il / elle) assisté à des événements sociaux ou des services religieux?**

- 1 Oui
- 2 Non

SSI/2_12D d) **... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) à la bibliothèque?**

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12E e) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au cinéma?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12F f) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un salon de beauté?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12G g) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) suivi des cours d'artisanat ou de musique?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12H h) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) dans un centre communautaire (p. ex., club de bridge, club de l'âge d'or)?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12I i) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades à pied?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12K j) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait des promenades en auto?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12L k) ... êtes-vous (. . . est-il / elle) allé(e) au restaurant pour dîner ou souper?

- 1 Oui
- 2 Non

SSI2_12J l) ... avez-vous (. . . a-t-il / elle) fait autre chose?

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

K14. SSI2_14 Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) modifier votre (son) horaire, p. ex., choisir l'heure à laquelle vous vous couchez (il / elle se couche) vous vous levez (il / elle se lève) ou vous prenez (il / elle prend) les repas? Diriez-vous que votre (l') horaire quotidien (de . . .) est : (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

K15. **À quelle fréquence parlez-vous (. . . parle-t-il / elle) au téléphone avec un ami ou un membre de la famille?**
SSI2_13 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

L. Renseignements socio-démographiques

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

Revenu

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

- INI2_1A 1 Sécurité de la vieillesse
- INI2_1B 2 Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
- INI2_1C 3 Supplément de revenu garanti
- INI2_1D 4 Prestations - régime de retraite, rentes
- INI2_1E 5 Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc.
- INI2_1F 6 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- INI2_1G 7 Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome
- INI2_1H 8 Autre revenu (p. ex., indemnités d'accident du travail, assurance-emploi, revenu de location, bourses d'études, autres paiements du gouvernement, pension alimentaire au conjoint(e), pension alimentaire aux enfants, etc.)
- INI2_1I 9 Aucune }
Ne sait pas } Passez à la Section M - Personnes à contacter

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

INI2_2

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

M. Personnes à contacter

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

Première personne

- M1. **Prénom**
 CII2_1A ----- (25 caract.)
- M2. **Nom de famille**
 CII2_1B ----- (25 caract.)
- M3. **Rue / R.R.**
 CII2_2A ----- (50 caract.)
- M4. **Appartement**
 CII2_2B ----- (15 caract.)
- M5. **Ville**
 CII2_3 ----- (25 caract.)
- M6. **Code postal**
 CII2_4 ----- (6 caract.)
- M7. **Code provincial**
 CII2_4P -- (2 caract.)
- M8. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**
 CII2_5 ----- (10 caract.)

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

CI/2_6 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Époux(se) / Conjoint(e)
- 2 Fille / Bru
- 3 Fils / Gendre
- 4 Parents / Beaux-parents
- 5 Frère / Sœur
- 6 Petit-fils / Petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez_____ (26 caract.)

Deuxième personne

M10. **Prénom**

CI/2_7A _____ (25 caract.)

M11. **Nom de famille**

CI/2_7B _____ (25 caract.)

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

CI/2_8A _____ (50 caract.)

M13. **Appartement**

CI/2_8B _____ (15 caract.)

M14. **Ville**

CI/2_9 _____ (25 caract.)

M15. **Code postal**

CI/2_10 _____ (6 caract.)

M16. **Code provincial**

CI/2_10P __ (2 caract.)

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

CI/2_11 _____ (10 caract.)

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

CI/2_12 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Époux(se) / Conjoint(e)
- 2 Fille / Bru
- 3 Fils / Gendre
- 4 Parents / Beaux-parents
- 5 Frère / Sœur
- 6 Petit-fils / Petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez_____ (26 caract.)

N. Consentements

AMI2_NO

Intervieweur :

Si vous interviewez le RÉPONDANT ou «une personne interposée qui lui est apparentée»

1\

Posez les questions N1, N2, et N3

Si vous interviewez «un membre du personnel ou une personne interposée qui n'est pas apparentée» au répondant

2\

Rapportez-vous à la Section B – Consentement du plus proche parent pour compléter N1 (=B1), N2 (=B2) et N3 (=B3)

N1.

AMI2_PER

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

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

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

Nous donnez-vous votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non

N2.

AMI2_LNK

Statistique Canada et votre ministère de la santé aimeraient que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête. Cela inclurait le jumelage de renseignements provenant de l'enquête à votre utilisation passée et courante des services de santé, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecins. Ces renseignements jumelés demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.

Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non

N3.

AMI2_SHA

Statistique Canada aimerait que vous nous donniez la permission de partager l'information recueillie lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé et Santé Canada.

Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.

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

- 1 Oui
- 2 Non

Intervieweur :

Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.

Si on a répondu «oui» à N1 Prenez rendez-vous avec un membre du personnel pour recueillir les données sur la consommation de médicaments et l'utilisation des soins de santé (Sections O et P).

O. Consommation de médicaments

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

O1. **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de médicaments différents, sur ordonnance ou non, a-t-il / elle pris durant ces deux journées?**
DG12_2

__ Médicaments différents (2 caract.) (01 – 12)

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

O2. **Quel est le nom exact du (des) médicament(s) que . . . a pris au cours des deux derniers jours?** (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)
à (Indiquez tout au plus 12 médicaments.)
DG12C3A
DG12C3L

DG12F3A a) _____ (25 caract.)

DG12F3B b) _____ (25 caract.)

DG12F3C c) _____ (25 caract.)

DG12F3D d) _____ (25 caract.)

DG12F3E e) _____ (25 caract.)

DG12F3F f) _____ (25 caract.)

DG12F3G g) _____ (25 caract.)

DG12F3H h) _____ (25 caract.)

DG12F3I i) _____ (25 caract.)

DG12F3J j) _____ (25 caract.)

DG12F3K k) _____ (25 caract.)

DG12F3L l) _____ (25 caract.)

P. Utilisation des soins de santé

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

HCI2_1A a) ... omnipraticien?

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

HCI2_1B b) ... spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?

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

HCI2_1C c) ... autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?

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

HCI2_1D d) ... infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?

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

HCI2_1E e) ... physiothérapeute?

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

HCI2_1F f) ... orthophoniste ou audiologiste?

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

HCI2_1G g) ... ergothérapeute?

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

HCI2_1H h) ... thérapeute en inhalothérapie?

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

HCI2_1I i) ... dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?

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

HCI2_1J j) ... psychologue?

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

HCI2_1K k) ... travailleur social ou conseiller?

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

P2. HCI2_2 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que . . . a été temporairement transféré(e) dans un centre de soins actif (de courte durée) pour une période de moins de 21 jours?

- 1 Oui
- 2 Non

Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.

Répondants vivant dans un ménage

CC. Information sur le répondant choisi

CC1. Intervieweur : Qui complète le questionnaire?
DHI2_1 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

DHI2_2 1 Même que sur l'étiquette

OU

DHI2_FN 2 **Prénom et initiale**
----- (25 caract.)

DHI2_LN 3 **Nom de famille**
----- (25 caract.)

CC3. **Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . .)?**
DHI2_MAR (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

DD. État de santé général

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

DD1. **En général, diriez-vous que votre (la) santé (de . . .) est :**
GHI2_1 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

EE. État de santé

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

Vision

EE1. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal **sans** lunettes
HSI2_1 ou verres de contact?

- 1 Oui Passez à EE4
- 2 Non

EE2. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal **avec** des
HSI2_2 lunettes ou des verres de contact?

- 1 Oui Passez à EE4
- 2 Non

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

HSI2_3

- 1 Oui
- 2 Non Passez à EE6 - Ouïe

EE4. **Voyez-vous** (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre
HSI2_4 côté de la rue (de la pièce) **sans** lunettes ou verres de contact?

- 1 Oui Passez à EE6 - Ouïe
- 2 Non

EE5. **Habituellement**, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami ou une
HSI2_5 amie de l'autre côté de la rue (de la pièce) **avec** des lunettes ou des verres de contact?

- 1 Oui
- 2 Non

Ouïe

EE6. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe
HSI2_6 d'au moins 3 autres personnes, **sans** vous (se) servir d'une prothèse auditive?

- 1 Oui Passez à EE11 - Élocution
- 2 Non

EE7. **Habituellement**, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) suivre une conversation dans un groupe
HSI2_7 d'au moins 3 autres personnes, **avec** l'aide d'une prothèse auditive?

- 1 Oui Passez à EE9
- 2 Non

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

HSI2_8

- 1 Oui
- 2 Non Passez à EE11 – Élocution

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

HSI2_9

- 1 Oui Passez à EE11 - Élocution
- 2 Non

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

HSI2_10

- 1 Oui
- 2 Non

Élocution

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

HSI2_11

- 1 Oui Passez à EE15 - Mobilité
- 2 Non

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

HSI2_12

- 1 Oui
- 2 Non

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

HSI2_13

- 1 Oui Passez à EE15 - Mobilité
- 2 Non

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

HSI2_14

- 1 Oui
- 2 Non

Mobilité

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

HSI2_15

- 1 Oui Passez à EE22 - Agilité
- 2 Non

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

HSI2_16

- 1 Oui
- 2 Non Passez à EE19

EE17. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles, pour marcher?**
HSI2_17

- 1 Oui
- 2 Non

EE18. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**
HSI2_18

- 1 Oui
- 2 Non

EE19. **Utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant pour vous (se) déplacer?**
HSI2_19

- 1 Oui
- 2 Non Passez à EE22 - Agilité

EE20. **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**
HSI2_20 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

EE21. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour vous (se) déplacer en fauteuil roulant?**
HSI2_21

- 1 Oui
- 2 Non

Agilité

EE22. **Est-il physiquement difficile pour vous (. . .) de vous (se) couper les ongles d'orteils?**
HSI2_22

- 1 Oui
- 2 Non

Mains et doigts

E23. **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?**
HSI2_23

- 1 Oui Passez à EE27 - Sentiments
- 2 Non

EE24. **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne?**
HSI2_24

- 1 Oui
- 2 Non Passez à EE26

EE25. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**
HSI2_25 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

EE26. **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'équipement spécial, comme un appareil pour vous (l') aider à vous (s') habiller?**
HSI2_26

- 1 Oui
- 2 Non

Sentiments

EE27. **Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant habituellement :**
HSI2_27 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

Mémoire

EE28. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à vous (se) souvenir des choses? Êtes-vous (Est-il / elle) :**
HSI2_28 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

EE29. **S'agit-il d'un problème de mémoire à court terme, à long terme ou des deux? (Par mémoire à court terme, on entend la capacité de se souvenir d'hier et d'aujourd'hui. Par mémoire à long terme, on entend la capacité de se souvenir de faits qui ont eu lieu l'année dernière ou plusieurs années auparavant.)**
HSI2_29 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

Pensée

EE30. **Comment décririez-vous votre (la) capacité habituelle (de . . .) à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours. Êtes-vous (Est-il / elle) :**
HSI2_30 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 ... capable de penser clairement et de régler des problèmes?
- 2 ... éprouve un peu de difficulté?
- 3 ... éprouve une certaine difficulté?
- 4 ... éprouve beaucoup de difficulté?
- 5 ... incapable de penser ou de régler des problèmes?

Douleur et malaises

EE31. **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) sans douleurs ou malaises?**
HSI2_31

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

EE32. **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**
HSI2_32 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

EE33. **Combien d'activités vos (ses) douleurs ou vos (ses) malaises vous (l') empêchent-ils de faire?**
HSI2_33 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

FF. Problèmes de santé chroniques

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

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

CCI2_1A a) **Arthrite ou rhumatisme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1B b) **Tension artérielle élevée (hypertension)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1C c) **Asthme**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1D d) **Bronchite chronique ou emphysème**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1E e) **Diabète**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1F f) **Épilepsie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1G g) **Une maladie cardiaque**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1H h) **Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (comme paralysie ou troubles d'élocution)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1I i) **Paralysie, partielle ou totale, ne résultant pas d'un accident vasculaire cérébral**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1J j) **Incontinence urinaire, c'est-à-dire difficulté à contrôler la vessie**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1K k) Difficulté à contrôler les intestins

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1L l) Maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (sénilité)

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1M m) Ostéoporose ou fragilité osseuse

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1N n) Cataracte(s)

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1O o) Glaucome

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1P p) Ulcères à l'estomac ou à l'intestin

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1Q q) Insuffisance rénale ou maladie du rein

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1R r) Troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1S s) Problème de la thyroïde

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1T t) **Retard de développement (p. ex., autisme, syndrome de Down, arriération mentale)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1U u) **Schizophrénie, dépression, psychose ou autres maladies mentales**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1W v) **Cancer**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI2_1V w) **Tout autre problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé**

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

GG. Limitation des activités

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

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

RAI2_1A a) **... à la maison?**

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_1B b) **... dans des activités comme les voyages, les activités récréatives ou les loisirs?**

- 1 Oui
- 2 Non

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

RAI2_2

- 1 Oui
- 2 Non

Intervieweur :

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

Passez à GG3.

Autrement

Passez à GG8.

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

RAI2_3C

RAI2F3 (Précisez UN SEUL problème de santé.)

RAI2CIC1

RAI2G12A

RAI2G25A _____ (25 caract.)

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

RAI2_4 (Ne cochez que la cause PRINCIPALE.)

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

GG5. **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) un autre problème de santé qui vous (le / la) limite dans vos (ses) activités ou cause une incapacité ou un handicap de longue durée?**

RAI2_5

- 1 Oui
- 2 Non Passez à GG8

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

RAI2_5C (Précisez le DEUXIÈME problème de santé.)

RAI2F5

RAI2CIC2

RAI2G12B

RAI2G25B _____ (25 caract.)

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

RAI2_6 (Ne cochez que la cause PRINCIPALE.)

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

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

RAI2_7A a) **... à vous (se) donner des soins personnels comme vous (se) laver, vous (s') habiller ou manger?**

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7B b) ... à vous (se) déplacer À L'INTÉRIEUR de la maison ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7C c) ... à vous (se) déplacer À L'EXTÉRIEUR de la maison ou de l'établissement?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7D d) ... à vous (se) mettre au lit et à vous (s') en sortir?

- 1 Oui
- 2 Non

RAI2_7E e) ... à vous (s') asseoir dans un fauteuil ou dans un fauteuil roulant et à vous (s') en lever?

- 1 Oui
- 2 Non

GG9. **RAI2_8** Êtes-vous (. . . est-il / elle) habituellement confiné(e) à un lit ou à un fauteuil pour la majeure partie de la journée, en raison de votre (son) état de santé?

- 1 Oui
- 2 Non

HH. Équilibre

HH1. **FLI2_1** Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?

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

HH2. **FLI2_2** Combien de fois êtes-vous (. . . est-il / elle) tombé(e)?
(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

HH3. **FLI2_3** N'oubliez pas, nous parlons des chutes qui se sont produites au cours des 12 derniers mois. Avez-vous (. . . a-t-il / elle) subi des blessures à la suite de cette chute / de l'une ou l'autre de ces chutes?

- 1 Oui
 - 2 Non
- Passez à HH5

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

FLI2_4

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

(Cochez TOUTES les réponses appropriées.)

FLI2_5A

1 Étourdissement / Évanouissement

FLI2_5B

2 Maladie

FLI2_5C

3 Faiblesse / Fragilité

FLI2_5D

4 Trouble de l'équilibre

FLI2_5E

5 Tombé(e) endormi(e)

FLI2_5F

6 Réaction aux médicaments

FLI2_5G

7 Trouble de la vision

FLI2_5H

8 Trébuché(e) sur un objet ou cogné(e) contre un objet

FLI2_5I

9 Mauvaise appréciation de la distance

FLI2_5J

10 Autre raison - Précisez_____ (26 caract.)

II. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

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

SMI2_1

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

SMI2_2

- ___ Ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

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

SMI2_3

- ___ Cigarettes (3 caract.) (001 – 099) } Passez à la Section JJ - Consommation d'alcool
- 997 Ne sait pas

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

SMI2_4

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

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

SMI2_5

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

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

SMI2_6

- ___ Ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

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

SMI2_7

- ___ Ans (3 caract.) (001 – 130)
- 997 Ne sait pas

JJ. Consommation d'alcool

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

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

JJ1. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (. . . a-t-il / elle) bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**
ALI2_1

- 1 Oui Passez à JJ3
- 2 Non

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

ALI2_3

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

JJ3. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous (. . . a-t-il / elle) consommé des boissons alcoolisées?**

ALI2_2

(Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

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

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

ALI2_4

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

LL. Renseignements socio-démographiques

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

Revenu

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

- INI2_1A 1 Sécurité de la vieillesse
- INI2_1B 2 Prestations - Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
- INI2_1C 3 Supplément de revenu garanti
- INI2_1D 4 Prestations - régime de retraite, rentes
- INI2_1E 5 Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts et épargnes, actions, fonds commun de placement, etc.
- INI2_1F 6 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- INI2_1G 7 Salaires et traitement ou revenu d'un travail autonome
- INI2_1H 8 Autre revenu (p. ex., indemnités d'accident du travail, assurance-emploi, revenu de location, bourses d'études, autres paiements du gouvernement, pension alimentaire au conjoint(e), pension alimentaire aux enfants, etc.)
- INI2_1I 9 Aucune
Ne sait pas } Passez à la Section MM - Personnes à contacter

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

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

MM. Personnes à contacter

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

Première personne

MM1. **Prénom**

CII2_1A ----- (25 caract.)

MM2. **Nom de famille**

CII2_1B ----- (25 caract.)

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

CII2_2A ----- (50 caract.)

MM4. **Appartement**

CII2_2B ----- (15 caract.)

MM5. **Ville**

CII2_3 ----- (25 caract.)

MM6. **Code postal**

CII2_4 ----- (6 caract.)

MM7. **Code provincial**

CII2_4P -- (2 caract.)

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

CII2_5 ----- (10 caract.)

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

CII2_6 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)

- 1 Époux(se) / Conjoint(e)
- 2 Fille / Bru
- 3 Fils / Gendre
- 4 Parents / Beaux-parents
- 5 Frère / Sœur
- 6 Petit-fils / Petite-fille
- 7 Autre membre de la famille
- 8 Ami(e)
- 9 Personnel de l'établissement
- 10 Autre – Précisez _____ (26 caract.)

Deuxième personne

- MM10. **Prénom**
 CII2_7A ----- (25 caract.)
- MM11. **Nom de famille**
 CII2_7B ----- (25 caract.)
- MM12. **Rue / R.R.**
 CII2_8A ----- (50 caract.)
- MM13. **Appartement**
 CII2_8B ----- (15 caract.)
- MM14. **Ville**
 CII2_9 ----- (25 caract.)
- MM15. **Code postal**
 CII2_10 ----- (6 caract.)
- MM16. **Code provincial**
 CII2_10P -- (2 caract.)
- MM17. **N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)**
 CII2_11 ----- (10 caract.)
- MM18. **Quel est le lien entre cette personne et vous (. . .)?**
 CII2_12 (Ne cochez qu'UNE seule réponse.)
- 1 Époux(se) / Conjoint(e)
 - 2 Fille / Bru
 - 3 Fils / Gendre
 - 4 Parents / Beaux-parents
 - 5 Frère / Sœur
 - 6 Petit-fils / Petite-fille
 - 7 Autre membre de la famille
 - 8 Ami(e)
 - 9 Personnel de l'établissement
 - 10 Autre – Précisez ----- (26 caract.)

OO. Consommation de médicaments

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

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

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

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

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

DGI2C3A à (Demandez à la personne de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.)
DGI2C3L (Indiquez tout au plus 12 médicaments.)

DGI2F3A a) _____ (25 caract.)

DGI2F3B b) _____ (25 caract.)

DGI2F3C c) _____ (25 caract.)

DGI2F3D d) _____ (25 caract.)

DGI2F3E e) _____ (25 caract.)

DGI2F3F f) _____ (25 caract.)

DGI2F3G g) _____ (25 caract.)

DGI2F3H h) _____ (25 caract.)

DGI2F3I i) _____ (25 caract.)

DGI2F3J j) _____ (25 caract.)

DGI2F3K k) _____ (25 caract.)

DGI2F3L l) _____ (25 caract.)

PP. Utilisation des soins de santé

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

HCI2_1A a) ... omnipraticien?

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

HCI2_1B b) ... spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?

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

HCI2_1C c) ... autre médecin (comme un gériatre, un chirurgien ou un psychiatre)?

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

HCI2_1D d) ... infirmière, pour recevoir des soins ou des conseils?

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

HCI2_1E e) ... physiothérapeute?

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

HCI2_1F f) ... orthophoniste ou audiologiste?

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

HCI2_1G g) ... ergothérapeute?

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

HCI2_1H h) ... thérapeute en inhalothérapie?

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

HCI2_1I i) ... dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?

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

HCI2_1J j) ... psychologue?

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

HCI2_1K k) ... travailleur social ou conseiller?

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

QQ. **Consentements**

QQ2.
AMI2_LNK Statistique Canada et votre ministère de la santé aimeraient que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête. Cela inclurait le jumelage de renseignements provenant de l'enquête à votre utilisation passée et courante des services de santé, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecins. Ces renseignements jumelés demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.

Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non

QQ3.
AMI2_SHA Statistique Canada aimerait que vous nous donniez la permission de partager l'information recueillie lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé et Santé Canada. Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.

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

- 1 Oui
- 2 Non

Intervieweur : Remerciez le répondant et TERMINEZ l'interview.

