

1994-95 Enquête nationale sur la santé de la population

Yukon et Territoires du Nord-Ouest

Questionnaire

Pour information seulement

POUR INFORMATION SEULEMENT

Variables du dossier du ménage

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Beau-père ou belle-mère | <input type="checkbox"/> | Parent par alliance |
| <input type="checkbox"/> | Parent de famille d'accueil | <input type="checkbox"/> | Autre personne apparentée |
| <input type="checkbox"/> | Enfant biologique | <input type="checkbox"/> | Personne non apparentée |
| <input type="checkbox"/> | Enfant du conjoint | <input type="checkbox"/> | Époux/épouse |
| <input type="checkbox"/> | Enfant en famille d'accueil | <input type="checkbox"/> | Enfant adoptif |
| <input type="checkbox"/> | Soeur/frère | <input type="checkbox"/> | Parent adoptif |
| <input type="checkbox"/> | Grand-parent | <input type="checkbox"/> | Partenaire du même sexe |
| <input type="checkbox"/> | Petit-fils/petite-fille | <input type="checkbox"/> | Soi-même |

Logement

D1 **HHL D_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)?

- Oui
 Non

D2B **N/A** Ce logement nécessite-t-il des réparations?
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Oui, des réparations mineures (carreaux de plancher manquants ou détachés, briques descellées, bardeaux arrachés, marches, rampes ou revêtement extérieur défectueux, etc.)
 Oui, des réparations majeures (plomberie ou installations électriques défectueuses, réparations à la charpente des murs, des planchers ou du plafond, etc.)
 Non, seulement un entretien régulier (peinture, nettoyage du système de chauffage, etc.)

D2C **N/A** Ce logement comprend-il les installations suivantes?

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Eau courante (chaude et froide) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Bain ou douche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Toilettes intérieures | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

D3 **HHL D_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".)

nombre de chambres (2 chiffres)

D6 **HHL D_Q6** Choisissez le genre de logement (Selon les observations de l'interviewer ou posez la question s'il s'agit d'une interview téléphonique.)

- Maison individuelle
 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
 Maison double
 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
 Maison en rangée
 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
 Duplex (un au-dessus de l'autre)
 suite (logement distinct comportant sa propre entrée)
 Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
 Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
 Maison mobile
 Hôtel, maison de chambre/pension, camp (de bûcheron, de construction)
 Institution
 Autre (précisez _____)

D7 Source de l'information, c'est-à-dire la personne ayant fourni les renseignements.
HHLD_Q7 _____ numéro d'identité
Rempli par : _____

D8 Inscrivez la langue d'interview.

HHLD_Q8 _____ Anglais
_____ Français
_____ Autre (précisez _____)

Revenu

U1 Si l'on pense au revenu total du ménage, quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?
INCOM-Q1 (Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- _____ Salaires et traitements
- _____ Revenu d'un travail autonome
- _____ Dividendes et intérêts sur obligations, dépôts, épargne, actions, fonds commun de placement, etc.
- _____ Prestations d'assurance-chômage
- _____ Indemnités d'accident du travail
- _____ Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec
- _____ Prestations d'un régime de retraite, rentes
- _____ Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti
- _____ Crédit d'impôt pour enfants
- _____ Allocations municipales, territoriales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être
- _____ Pension alimentaire aux enfants
- _____ Pension alimentaire au conjoint(e)
- _____ Autre revenu (revenus gouvernementaux, revenu de location, bourse d'études, etc.)
- _____ Aucun (Passez à la section Administration)

Si l'y a plus d'une source, posez la question U2. Sinon, passez à U3.

U2 Quelle était la principale source de revenu de votre ménage?
INCOM-Q2 (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

U3 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 ...

- De moins de \$20,000?
 - De moins de \$10,000?
 - De moins de \$5,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$5,000 et plus? (Passez à la section Administration)
 - De \$10,000 et plus?
 - De moins de \$15,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$15,000 et plus? (Passez à la section Administration)
- De \$20,000 et plus?
 - De moins de \$40,000?
 - De moins de \$30,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$30,000 et plus? (Passez à la section Administration)
 - De \$40,000 et plus?
 - De moins de \$50,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$50,000 à moins de \$60,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$60,000 à moins de \$80,000? (Passez à la section Administration)
 - De \$80,000 et plus? (Passez à la section Administration)
- Aucun revenu

Administration

REPLI PAR :

NOM : _____

IDENTITÉ : _____

Questions sur la santé

Rempli au nom de : _____ No d'identité |_|_|

Age : |_|_|_| Sexe : ___ Masculin ___ Féminin

H06-P1

Qui fournit l'information pour ce formulaire?

Rempli par : _____

No d'identité |_|_|

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

A1 En général, diriez-vous que votre santé est ...
GENHLT-Q1 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Excellente?
- Très bonne?
- Bonne?
- Passable?
- Mauvaise?

(Si le sexe = féminin et l'âge >= 15 ans et l'âge <= 49 ans, posez la question A2. Sinon, passez à la section Taille et poids.)

A2 Pour l'analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non.
GENHLT-Q2 Êtes-vous enceinte?

- Oui
- Non (Passez à la section Taille et poids)

A3 Prévoyez-vous avoir recours aux services d'un médecin, d'une sage-femme ou des deux?
GENHLT-Q3 (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

B1 Combien mesurez-vous sans chaussures?

HTWT-Q1 _____ pieds _____ pouces OU _____ centimètres

B2 Combien pesez-vous?

HTWT-Q2 _____ livres OU _____ kilogrammes

Mesures préventives de santé

(Si interview par procuration, passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines)

C1 Quand un professionnel de la santé a-t-il pris votre tension artérielle pour la dernière fois?
PHP-Q1 (Ne lisez pas la liste. Cochez 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

Si le sexe = masculin ou féminin et l'âge < 15, passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines.

Si le sexe = féminin et l'âge >= 15 ans et l'âge < 35 ans, passez à C3.

Si le sexe = féminin et l'âge >= 35 ans, passez à C2.

C2 Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie des seins?

PHP-Q2

- Oui
- Non (Passez à C3)

C2a À quand remonte la dernière fois?

PHP-Q2A

(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

C2b Pour quelle raison avez-vous passé votre dernière mammographie?

PHP-Q2B

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

- Trouble au sein
- Examen de routine, pas de problème particulier
- Autre (précisez _____)

C3 Avez-vous déjà passé un test PAP?

PHP-Q3

- Oui
- Non (Passez à la section Incapacité au cours des deux dernières semaines)

C3a À quand remonte la dernière fois?

PHP-Q3A

(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

Incapacité au cours des deux dernières semaines

D-INT Les premières questions portent sur votre état de santé au cours des 14 derniers jours.

Il y a deux semaines : Jour de semaine _____ Date _____ Mois _____

D1 Il est important que vous vous reportiez à la période de 14 jours qui a débuté il y a deux semaines et qui a pris fin hier, c'est-à-dire du JOUR, JJ, MM à JJ, MM. Durant cette période, est-ce que vous avez été alité(e) à cause d'une maladie ou d'une blessure, ou est-ce que vous avez passé une nuit comme patient(e) dans un hôpital?

TWOWK-Q1

- Oui
- Non (Passez à D3)

D2 Combien de jours avez-vous été alité(e) toute une journée ou presque?

TWOWK-Q2

— Jours
(Inscrivez <0> si cela a duré moins d'une journée.)
(Si 14 jours --- passez à D5)

D3 (Sans compter les jours passés au lit, le cas échéant) Durant ces 14 jours, y a-t-il eu des jours où il a fallu que vous vous limitiez dans vos activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure?

TWOWK-Q3

— Oui
— Non (Passez à D5)

D4 Pendant combien de jours a-t-il fallu que vous vous limitiez dans vos activités pour toute une journée ou presque?

TWOWK-Q4

— Jours
(Inscrivez <99> si cela a duré moins d'une journée.)

D5 Avez-vous un médecin de famille?

TWOWK-Q5

— Oui
— Non

Utilisation des soins de santé

E-INT Les questions suivantes portent sur les consultations avec les professionnels de la santé durant les 12 derniers mois, c'est-à-dire de MM/JJ 1993 à MM/JJ 1994 .

Période : Mois 93 _____ Mois 94 _____

E1 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence?

UTIL-Q1

— Oui
— Non (Passez à E2)

E1a Combien de nuits au cours des 12 derniers mois ont été passées dans un de ces établissements?

UTIL-Q1A

— nuits

E2 (Sans compter les séjours dans un établissement de santé, le cas échéant) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté par téléphone un [précisez la catégorie, de a à j] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? Combien de fois?

UTIL-Q2

- a) Médecin de famille ou médecin omnipraticien
- b) Spécialiste de la vue (p. ex., ophtalmologiste ou optométriste)
- c) Autre médecin ou spécialiste (par 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 dans a), c) ou d), demandez E3.)

E3
UTIL-Q3 Où a eu lieu la plus récente consultation?
(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 _____)

E4
UTIL-Q4 Il arrive que les gens se tournent vers la médecine douce. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez 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 E6)

E5
UTIL-Q5 Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté?
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- massothérapeute
- acupuncteur
- homéopathe ou naturopathe
- enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander
- relaxologue
- enseignant des techniques de rétroaction biologique
- "roller"
- herboriste
- réflexologue
- guérisseur spirituel
- guérisseur religieux
- groupe d'entraide (AA, groupe de thérapie anticancéreuse)
- autre (précisez _____)

E6
UTIL-Q6 Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu un moment où vous avez eu besoin de conseils ou de soins de santé mais ne les avez pas obtenus?

- Oui
- Non (Si âgé(e) de < 18 ans, passez à la section Limitation des activités. Sinon passez à E-Int.)

E7
UTIL-Q7 Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi ces soins ou conseils n'ont pas été obtenus?

E8
UTIL-Q8 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 _____)

E-Int Si âgé(e) de moins de 18 ans, passez à la section Limitation d'activités.

E9
UTIL-Q9 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 vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non (Passez à la section Limitation des activités)

E10
UTIL-Q10 Quel genre de services avez-vous reçu?
(Précisez _____)

Limitation des activités

F-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.

F1
RESTR_Q1 À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez

a) à la maison?

- Oui
- Non

b) à l'école?

- Oui
- Non
- Sans objet

c) au travail?

- Oui
- Non
- Sans objet

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

Oui
 Non

e) dans le soin des enfants?

Oui
 Non
 Sans objet

F2 Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée?

RESTR_Q2

Oui
 Non

(Pour toute réponse affirmative à la question F1a) - d) ou F2, posez la question F3. Autrement, passez à la question F6.)

F3 Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous soyez limité(e) dans vos activités ou causant cette incapacité ou cet handicap?

RESTR_Q3

RESTR_Q4

F5 Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?

RESTR_Q5

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

- blessure - à la maison
- blessure - sports ou loisirs
- blessure - véhicule à moteur
- blessure - au travail
- blessure - motoneige, VTT
- blessure - sur les terres/dans la forêt
- présent dès la naissance
- milieu de travail
- maladie
- processus de vieillissement normal
- violences physiques ou psychologiques
- autre (précisez _____)

F6 La prochaine question concerne l'aide reçue. Même si elle ne s'applique pas à vous il est nécessaire de poser la même question à tout le monde. À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide à ...

RESTR_Q6

(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- préparer les repas?
- faire les courses?
- accomplir les tâches ménagères quotidiennes?
- faire de gros travaux d'entretien par exemple laver les murs, travaux dans la cour?
- vous donner certains soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger?
- vous déplacer dans la maison?
- aucune des réponses ci-dessus.

Problèmes de santé chroniques

G-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.

G1
CHRON-Q1 Un professionnel de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous certains des problèmes de santé de longue durée suivants? (par exemple allergies, migraines, arthrite, etc.)
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- (a) allergies alimentaires?
- (b) autres allergies?
- (c) asthme? (si oui posez cc1 et cc2)
- (d) arthrite ou rhumatisme?
- (e) maux de dos excluant l'arthrite?
- (f) hypertension (tension artérielle élevée)?
- (g) migraines?
- (h) bronchite chronique ou emphysème?
- (i) sinusite?
- (j) diabète?
- (k) épilepsie?
- (l) maladie cardiaque?
- (m) cancer? (si oui posez mm)
- (n) ulcères à l'estomac ou à l'intestin?
- (o) troubles dûs à un accident cardio-vasculaire?
- (p) incontinence urinaire?
- (q) acné exigeant un traitement sur ordonnance?
(Posez cette question si âge < 30)

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

- (r) maladie d'Alzheimer ou autre sénilité?
- (s) cataracte(s)?
- (t) glaucome?
- (u) tout autre problème de santé chronique?
(précisez _____)
- (v) aucun

G1cc1 Avez-vous fait une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois?
CHRON-Q1cc1

- Oui
- Non

G1cc2 Avez-vous présenté une respiration sifflante au cours des 12 derniers mois?
CHRON-Q1cc2

- Oui
- Non

G1mm De quel(s) type(s) de cancer s'agit-il, par exemple de la peau, du poumon, du côlon?
CHRON-Q1mm

Usage du tabac

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

H1 Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison?

SMOK-Q1

- Oui
 Non

H2 Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

SMOK-Q2

- Tous les jours
 À l'occasion (c'est-à-dire, pas tous les jours) (Passez à H5)
 Jamais (Passez à H4a)

H3 À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?

SMOK-Q3

- Âge

H4 Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

SMOK-Q4

- Nombre de cigarettes

(Passez à la section Consommation d'alcool)

H4a Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?

SMOK-Q4A

- Oui
 Non (Passez à la section Consommation d'alcool)

H5 Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

SMOK-Q5

- Oui
 Non (Passez à la section Consommation d'alcool)

H6 À quel âge avez-vous commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?

SMOK-Q6

- Âge

H7 Habituellement, combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour?

SMOK-Q7

- Nombre de cigarettes

H8 À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?

SMOK-Q8

- Âge

Consommation d'alcool

L'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.

Période : Mois 93 ___ Mois 94 ___

I1 **ALCO-Q1** Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire du JJ/MM/93 au JJ/MM/94, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?

- ___ Oui
- ___ Non (Passez à I5B)

I2 **ALCO-Q2** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? (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

I2B **N/A** Les jours où vous avez bu, combien de consommations prenez-vous habituellement?

I3 **ALCO-Q3** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?

___ Nombre de fois

(Si interview par procuration, passez à I5.)

I4 **ALCO-Q4** Au cours des 12 derniers mois, quel est le plus grand nombre de verres que vous ayez bu à une même occasion?

___ Nombre de verres

I5 **ALCO-Q5** Au cours de la semaine écoulée, c'est-à-dire du dernier [nommez le jour de la semaine] jusqu'à hier, avez-vous bu de la bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?

- ___ Oui
- ___ Non (Passez à la section Activités physiques)

I5A **ALCO-Q5A** En remontant à partir d'hier, combien de verres avez-vous bu:

- ___ lundi?
- ___ mardi?
- ___ mercredi?
- ___ jeudi?
- ___ vendredi?
- ___ samedi?
- ___ dimanche?

(Passez à la section Activités physiques)

I5B Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?
ALCO-Q5B
 Oui
 Non (Passez à la section Activités physiques)

I5C Avez-vous déjà bu sur une base régulière?
N/A
 Oui
 Non

I5D Les jours où vous avez bu, combien de consommations prenez-vous habituellement?
N/A
 consommations (si la réponse est 12 ou plus, passez à I7)

I6 Avez-vous déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?
ALCO-Q6
 Oui
 Non (Passez à la section Activités physiques)

I7 Pourquoi avez-vous réduit votre consommation d'alcool ou arrêté de boire complètement?
ALCO-Q7
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- Régime
- Entraînement sportif
- Grossesse
- Maturité
- Buva trop/un problème d'alcool
- Nuisait au travail, aux études ou aux possibilités d'emploi
- Nuisait à la vie familiale ou à la vie personnelle
- Nuisait à votre santé physique
- Nuisait aux relations avec les amis ou à la vie sociale
- Nuisait à la situation financière
- Nuisait à la perception de la vie, au bonheur
- Sous l'influence de la famille ou d'amis
- Autre (Précisez _____)

Activités physiques

(Si interview par procuration, passez à la section Blessures)

J-IN Fa 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.

Période : Mois 94 Mois 94

J1 Au cours des 3 derniers mois, c'est-à-dire de ... à ..., vous êtes-vous livré(e) aux activités
PHYS-Q1 suivantes?
(Lisez la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Marche pour faire de l'exercice. | <input type="checkbox"/> | Ski de fond |
| <input type="checkbox"/> | Jardinage ou travaux à l'extérieur | <input type="checkbox"/> | Quilles |
| <input type="checkbox"/> | Natation | <input type="checkbox"/> | Base-ball ou balle molle |
| <input type="checkbox"/> | Bicyclette | <input type="checkbox"/> | Tennis |
| <input type="checkbox"/> | Danse moderne ou danse sociale | <input type="checkbox"/> | Poids et haltères |
| <input type="checkbox"/> | Exercices à la maison | <input type="checkbox"/> | Pêche/chasse |
| <input type="checkbox"/> | Hockey sur glace | <input type="checkbox"/> | Volley-ball |
| <input type="checkbox"/> | Patinage | <input type="checkbox"/> | Yoga ou tai-chi |
| <input type="checkbox"/> | Ski alpin/snowboard | <input type="checkbox"/> | Curling |
| <input type="checkbox"/> | Jogging ou course | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) |
| <input type="checkbox"/> | Golf | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) |
| <input type="checkbox"/> | Exercices dirigés ou aérobic | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) |
| | | <input type="checkbox"/> | Aucune activité physique (Passez à J-INTb) |

(Chaque fois que la réponse est «Oui» à J1, posez la question J2 et J3.)

J2

PHYS-Q2

Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous fait du (de la) ___ ?

Nombre de fois

J3 Combien de temps avez-vous habituellement consacré à cette activité à chaque occasion?
PHYS-Q3 (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

J-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.

J4a 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?
PHYS-Q4A (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

J4b 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?
PHYS-Q4B (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

(Si l'on a répondu «bicyclette» comme activité à J1 ou une réponse autre que «n'en fait pas» à J4b, passez à la question J5. Sinon, passez à J6.)

J5 Quand vous faites du vélo, à quelle fréquence portez-vous un casque?
PHYS-Q5 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Toujours
- La plupart du temps
- Rarement
- Jamais

J6 Si l'on pense au 3 derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail?
PHYS-Q6 (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

K-INT Voici quelques questions concernant des blessures subies au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire de MM/JJ 93 à MM/JJ 94. 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.

Période: Mois 93 ____ Mois 94 ____

K1 Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous vous êtes blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales?

INJ-Q1

- Oui
 Non (Passez à la section Sentiment de cohésion)

K2 Combien de fois vous êtes-vous blessé(e)?

INJ-Q2

fois

K3 Si l'on prend la blessure la plus grave, quel genre de blessure avez-vous subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.

INJ-Q3

(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 _____)

K4 Quelle partie du corps a été atteinte?

INJ-Q4

(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.)

K5 Où cela s'est-il produit?

INJ-Q5

(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)
- sur les terres/dans la forêt
- autre (précisez _____)

K6

INJ-Q6

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
- intoxication accidentelle par l'alcool
- blessure accidentelle causée par une arme à feu
- autre (précisez _____)

K7

INJ-Q7

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

- Oui
- Non

K8

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)

- abandon de l'activité
- agir plus prudemment
- formation en techniques de sécurité
- surveillance accrue de l'enfant
- utilisation de dispositifs de protection (ex. casque de cycliste, sangles de retenue dans l'automobile, etc.)
- modification de l'environnement physique (ex. enlever des tapis, serrer les médicament dans un endroit sécuritaire, installer des portes de sécurité, etc.)
- autre (précisez _____)
- aucune précaution


Sentiment de cohésion

(Si l'âge est < 18 ans ou interview par procuration, passez à la section État de santé.)

L-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.


L1
SCO-H-Q1 Dans cette première question, 1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais». 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 souvent
2
3
4
5
6
7 Très rarement ou jamais




L2
SCO-H-Q2 Dans cette question, 1 signifie que «ça s'est toujours produit» et 7 signifie que «ça ne s'est jamais produit». Dans le passé, combien de fois avez-vous été surpris(e) par le comportement de personnes que vous croyiez bien connaître?

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




L3
SCO-H-Q3 Dans cette question, 1 signifie que «ça s'est toujours produit» et 7 signifie que «ça ne s'est jamais produit». Combien de fois les gens sur qui vous comptiez vous ont-ils déçu(e)?

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




L4
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?

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




L5
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?

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




L6
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?

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




L7
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?

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




L8
SCOH-Q8 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




L9
SCOH-Q9 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




L10
SCOH-Q10 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




L11
SCOH-Q11 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



L12 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
- 

L13 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

M-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

M1 *HSTAT-Q1* Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal *sans* lunettes ou verres de contact?

- Oui (Passez à M4)
 Non

M2 *HSTAT-Q2* Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal *avec* des lunettes ou des verres de contact?

- Oui (Passez à M4)
 Non

M3 *HSTAT-Q3* Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit?

- Oui
 Non (Passez à M6)

M4
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?

Oui (Passez à M6)
 Non

M5
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?

Oui
 Non

Ouïe

M6
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?

Oui (Passez à M10)
 Non

M7
HSTAT-Q7 *Habituellement*, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins quatre personnes *avec l'aide* d'une prothèse auditive?

Oui (Passez à M8)
 Non

M7a
HSTAT-Q7A Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?

Oui
 Non (Passez à M10)

M8
HSTAT-Q8 *Habituellement*, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *sans* vous servir d'une prothèse auditive?

Oui (Passez à M10)
 Non

M9
HSTAT-Q9 *Habituellement*, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *avec l'aide* d'une prothèse auditive?

Oui
 Non

Élocution

M10
HSTAT-Q10 *Habituellement*, êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez dans votre langue avec des inconnus?

Oui (Passez à M14)
 Non

M11 Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus?
HSTAT-Q11

Oui
 Non

M12 Êtes-vous *parfaitement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?
HSTAT-Q12

Oui (Passez à M14)
 Non

M13 Êtes-vous *partiellement* compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?
HSTAT-Q13

Oui
 Non

Mobilité

M14 *Habituellement*, pouvez-vous marcher dans le quartier *sans* difficulté et *sans* vous servir d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles?
HSTAT-Q14

Oui (Passez à M21)
 Non

M15 Pouvez-vous marcher?
HSTAT-Q15

Oui
 Non (Passez à M18)

M16 Avez-vous besoin d'un appareil comme une orthèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?
HSTAT-Q16

Oui
 Non

M17 Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?
HSTAT-Q17

Oui
 Non

M18 Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer?
HSTAT-Q18

Oui
 Non (Passez à M21)

M19 À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?
HSTAT-Q19 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

M20 Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer en fauteuil roulant?
HSTAT-Q20

Oui

Non

Mains et doigts

M21 *HSTAT-Q21* *Habituellement*, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets notamment un crayon ou des ciseaux?

Oui (Passez à M25)
 Non

M22 *HSTAT-Q22* En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne?

Oui
 Non (Passez à M24)

M23 *HSTAT-Q23* Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

M24 *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?

Oui
 Non

Sentiments

M25 *HSTAT-Q25* Vous décririez-vous comme étant habituellement:

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

M26 *HSTAT-Q26* Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à vous souvenir des choses. Êtes-vous:
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

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? (interview par procuration uniquement)

Pensée

M27 *HSTAT-Q27* Comment décririez-vous votre capacité *habituelle* à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours? (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 (interview par procuration uniquement)

Douleurs et malaises

M28 *Habituellement*, êtes-vous exempte de douleurs ou de malaises?

HSTAT-Q28

- Oui (Passez à la section Consommation de médicaments)
- Non

M29 Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement?
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

HSTAT-Q29

- faible
- moyenne
- forte

M30 Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

HSTAT-Q30

- aucune
- quelques-unes
- plusieurs
- la plupart

Consommation de médicaments

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

N1 Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants?
(Lisez la liste. Cochez toute les réponses appropriées)

DRUG-Q1

- Analgésiques tels que l'aspirine ou tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires)
- Tranquillisants tels que le Valium
- Pilules pour maigrir
- Anti-dépressifs
- Codéine, Demerol ou morphine
- Médicaments contre les allergies tels que «Sinutab»
- Médicaments contre l'asthme
- Médicaments contre la toux ou le rhume
- Pénicilline ou autres antibiotiques
- Médicaments pour le coeur
- Médicaments pour la tension artérielle
- Diurétiques
- Stéroïdes
- Insuline
- Pilules pour contrôler le diabète
- Somnifères
- Médicaments contre les maux d'estomac
- Laxatifs

- Hormones pour la ménopause et le vieillissement (féminin, âge >=30)
- Pilules anticonceptionnelles (féminin, âge <=49)
- Tous autres médicaments (Précisez _____)
- Aucun de ces médicaments

(Si des médicaments sont indiqués à N1, passez à N2. Autrement, passez à N4.)

N2 **DRUG-Q2** Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de pilules ou de médicaments différents avez-vous pris dans ces deux journées?

_____ Nombre de médicaments différents

(Si le nombre = 0, passez à N4. Dans tous les autres cas, posez la question N3 ... jusqu'à concurrence de 12 produits.)

N3 **DRUG-Q3** 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.) (p. ex. Tylenol extra fort)

N4 **DRUG-Q4** 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 des produits de ce genre?

- Oui
- Non (Passez à la section Santé mentale)

N5 **DRUG-Q5** 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

(Si interview par procuration, passez à la section Soutien social)

O-INTa J'aimerais maintenant poser quelques questions concernant le bien-être mental et émotif. Au cours du dernier mois, c'est-à-dire de JJ/MM à JJ/MM, combien de fois vous êtes-vous senti(e)...

Période : Mois 94 _____ Mois 94 _____

O1a **MHLTH-Q1A** ... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

O1b **MHLTH-Q1B** ... nerveux(se)?
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

O1c ... agité(e) ou ne tenant pas en place?
MHLTH-Q1C (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

O1d ... désespéré(e)?
MHLTH-Q1D (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

O1e ... bon(ne) à rien?
MHLTH-Q1E (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

O1f Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?
MHLTH-Q1F (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- tout le temps
- la plupart du temps
- parfois
- pas souvent
- jamais

(Si toutes les réponses de a) -f) sont «jamais» passez à O1k.)

O1g 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?
MHLTH-Q1G (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- Plus souvent
- Moins souvent (Passez à O1i)
- Sensiblement à la même fréquence (Passez à O1j)
- N'a jamais ressenti ces sentiments (Passez à O1k)

O1h Est-ce *beaucoup* plus, *plutôt* plus ou *un peu* plus que d'habitude?
MHLTH-Q1H (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- beaucoup plus
- plutôt plus
- un peu plus

(Passez à O1j)

O1i Est-ce *beaucoup* moins, *plutôt* moins ou *un peu* moins que d'habitude?
MHLTH-Q1I (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- beaucoup moins
- plutôt moins
- un peu moins

O1j Dans quelle mesure ces sentiments perturbent-ils votre vie ou vos activités de tous les jours?
MHLTH-Q1J (Lisez la liste. Ne cochez qu'une réponse.)

- beaucoup
- assez
- un peu
- pas du tout

Période : Mois 93 Mois 94

O1k Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire du DD/MM/93 au DD/MM/94, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale?
MHLTH-Q1K

- Oui
- Non (Passez à O2)

O1 Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)?
MHLTH-Q1L

- fois

O2 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimée pour une période de deux semaines consécutives ou plus?
MHLTH-Q2

- Oui
- Non (Passez à O16)

O3 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 duraient-ils habituellement:
MHLTH-Q3 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Toute la journée
- Presque toute la journée
- Environ la moitié de la journée (Passez à O16)
- Moins de la moitié de la journée (Passez à O16)

O4 Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les deux semaines?
MHLTH-Q4 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- tous les jours
- presque tous les jours
- moins souvent (Passez à O16)

O5 Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure?

MHLTH-Q5

- Oui (PHRASE CLÉ = PERDRE L'INTÉRÊT)
- Non

O6 Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?

MHLTH-Q6

- Oui (PHRASE CLÉ = FATIGUE)
- Non

O7 Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids?

MHLTH-Q7

(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 O9)
- Suivait un régime (Passez à O9)

O8 Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?

MHLTH-Q8

- livres ou kilogrammes

O9 Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?

MHLTH-Q9

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)
- Non (Passez à O11)

O10 Combien de fois cela s'est-il produit?

MHLTH-Q10

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

- Chaque nuit
- Presque chaque nuit
- Moins souvent

O11 Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?

MHLTH-Q11

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)
- Non

O12 Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?

MHLTH-Q12

- Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)
- Non

O13 Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?

MHLTH-Q13

- Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)
 Non

(Si on a répondu «oui» à la question O5, O6, O9, O11, O12 ou O13, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à la question O7, passez à O14. Autrement, passez à la section Soutien social.)

O14 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?

MHLTH-Q14

- semaines (Si > 51 semaines, passez à la section Soutien social)

O15 Pensez à la dernière période pendant laquelle vous avez éprouvé ces sentiments pendant au moins 2 semaines consécutives. En quel mois était-ce?

MHLTH-Q15

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <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 Soutien social)

O16 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?

MHLTH-Q16

- Oui
 Non (Passez à la section Soutien social)

O17 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?

MHLTH-Q17

(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 Soutien social)
 Moins de la moitié de la journée (Passez à la section Soutien social)

O18 Combien de fois vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines?

MHLTH-Q18

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

- Tous les jours
 Presque tous les jours
 Moins souvent (Passez à la section Soutien social)

O19 Pendant ces deux semaines, éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?

MHLTH-Q19

- Oui (PHRASE CLÉ = SENTIMENT DE FATIGUE)

Non

O20 Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids?
MHLTH-Q20 (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 O22)
 Suivait un régime (Passez à O22)

O21 Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?
MHLTH-Q21

livres ou kilogrammes

O22 Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?
MHLTH-Q22

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À TROUVER LE SOMMEIL)
 Non (Passez à O24)

O23 Combien de fois cela s'est-il produit?
MHLTH-Q23 (Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- Chaque nuit
 Presque chaque nuit
 Moins souvent

O24 Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer?
MHLTH-Q24

- Oui (PHRASE CLÉ = DIFFICULTÉ À VOUS CONCENTRER)
 Non

O25 Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?
MHLTH-Q25

- Oui (PHRASE CLÉ = VOUS SENTIR ABATTU)
 Non

O26 Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général?
MHLTH-Q26

- Oui (PHRASE CLÉ = SONGER À LA MORT)
 Non

(Si on a répondu «oui» à la question O19, O22, O24, O25 ou O26, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à la question O20, passez à O27. Autrement, passez à la section Soutien social.)

O27 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?
MHLTH-Q27

semaines (Si > 51 semaines, passez à la section Soutien social)

Q28 Pensez aux deux semaines consécutives pendant lesquelles vous avez éprouvé ces sentiments. En quel mois était-ce?

MHLTH-Q28

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|
| <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 |

Soutien social

(Si interview par procuration, passez à la section Numéro d'assurance-maladie territoriale)

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

P1 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?

SOCSUP-Q1

- Oui
 Non (Passez à P2a)

P2 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).

SOCSUP-Q2

(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

P2a Au cours des 12 derniers mois, en excluant les occasions spéciales (comme les mariages, funérailles, potlaches ou baptêmes), combien de fois avez-vous assisté à un service religieux ou une cérémonie du culte.

SOCSUP-Q2A

(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

P3 Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels?

SOCSUP-Q3

- Oui
 Non

P4 Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?

SOCSUP-Q4

- Oui
 Non

P5
SOCSUP-Q5 Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?

- Oui
 Non

P6
SOCSUP-Q6 Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

- Oui
 Non

P7
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].

- 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: (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse pour chaque catégorie.)

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

Numéro d'assurance-maladie territoriale

Q1
H06-HLTH# Nous aimerions que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies durant cette interview avec les données territoriales sur 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 le territoire. Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques. Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- Oui
 Non (Passez à la section Renseignements socio-démographiques)

Q2
H06-HLTH# En ayant un numéro de l'assurance-maladie territoriale, nous pourrions plus facilement jumeler nos données à ces renseignements. Quel est votre numéro d'assurance-maladie territoriale?

T.N-O. _____

Yukon _____

Renseignements socio-démographiques

R-INT J'aimerais maintenant vous poser des questions d'ordre général.

Pays de naissance/année d'immigration

R1 Dans quel pays ... est-il(elle) né(e)?
SOCIO-Q1 (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

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

R2a De quel pays ... êtes-vous/est-il(elle) citoyen?

N/A

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Canada, citoyen de naissance (Passez à Appartenance ethnique) |
| <input type="checkbox"/> | Canada, par naturalisation |
| <input type="checkbox"/> | Même que le pays de naissance |
| <input type="checkbox"/> | Autre pays |

R2b Êtes-vous/est-il(elle) ou avez-vous/a-t-il(elle) déjà été un immigrant reçu?

N/A

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |

R3 En quelle année ... a-t-il(elle) immigré au Canada pour la première fois?

SOCIO-Q3

Année (4 chiffres)

Appartenance ethnique

R4 À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres/les ancêtres de ... appartenaient-ils? (Par exemple, français, anglais, chinois.)

SOCIO-Q4

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

- | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Canadien | <input type="checkbox"/> | Chinois |
| <input type="checkbox"/> | Français | <input type="checkbox"/> | Juif |
| <input type="checkbox"/> | Anglais | <input type="checkbox"/> | Polonais |
| <input type="checkbox"/> | Allemand | <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud |
| <input type="checkbox"/> | Écossais | <input type="checkbox"/> | Noir |
| <input type="checkbox"/> | Irlandais | <input type="checkbox"/> | Indien de l'Amérique du Nord |

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Italien | <input type="checkbox"/> | Métis |
| <input type="checkbox"/> | Ukrainien | <input type="checkbox"/> | Inuit/Esquimau |
| <input type="checkbox"/> | Hollandais (Néerlandais) | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |

Langue

R5 **SOCIO-Q5** Dans quelles langues ... peut-il(elle) soutenir une conversation?
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Anglais |
| <input type="checkbox"/> | Français |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |

R6 **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.)

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Anglais |
| <input type="checkbox"/> | Français |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |

Race

R6B **N/A** Estimez-vous être membre/que ... est membre des Premières Nations, c'est-à-dire un Indien, un Métis ou un Inuit?

- | | | | | |
|--------------------------|-----|----------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui | S'agit-il d'un | <input type="checkbox"/> | Amérindien |
| <input type="checkbox"/> | Non | | <input type="checkbox"/> | Métis |
| | | | <input type="checkbox"/> | Inuit |

(Si oui, passez à la section Éducation)

R7 **SOCIO-Q7** Comment décriez-vous, aux mieux de vos connaissances, la race ou la couleur de ...?
(Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Blanc(he) (ex. Britannique, Français(e), Européen(ne), Amérique latine/Amérique du Sud avec ancêtres européens, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Noir(e) |
| <input type="checkbox"/> | Coréen(e) |
| <input type="checkbox"/> | Philippin(ne) |
| <input type="checkbox"/> | Japonais(e) |
| <input type="checkbox"/> | Chinois(e) |
| <input type="checkbox"/> | Autochtone d'Amérique du Nord
(Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis, Inuit) |
| <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud (ex. Indien(ne) de l'Inde ou de l'Ouganda, Pakistanais(e), Pendjabi(e), Tamil(e), etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud-Est (ex. Vietnamien(ne), Thaïlandais(e), Laotien(ne), etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Asiatique du Sud-Ouest ou Nord-Africain (ex. Arménien(ne), Syrien(ne), Marocain(e), etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Autre (précisez _____) |

Niveau de scolarité

S1
EDUC-Q1 En excluant la maternelle, combien d'années d'études primaires et secondaires ... a-t-il(elle) terminées avec succès?

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

- Aucune scolarité (passez à la section Population active)
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5 années | <input type="checkbox"/> 10 années |
| <input type="checkbox"/> 6 années | <input type="checkbox"/> 11 années |
| <input type="checkbox"/> 7 années | <input type="checkbox"/> 12 années |
| <input type="checkbox"/> 8 années | <input type="checkbox"/> 13 années |
| <input type="checkbox"/> 9 années | <input type="checkbox"/> Équivalence du diplôme d'études secondaires |

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

S2
EDUC-Q2 ... détient-il(elle) un certificat d'études secondaires?

- Oui
 Non

S3
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?

- Oui
 Non (Passez à S-Int5)

S4
EDUC-Q4 Quel est le plus haut niveau de scolarité que ... avez/a atteint?

(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 _____)

S-Int5 (Si âgé(e) \geq 65 ans, passez à la section Population active.)

S5
EDUC-Q5 Fréquent-il(elle) actuellement une école, un collège ou une université?

- Oui

Non (Passez à section Population active)

S6 ... est-il(elle) inscrit(e) comme étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel?

EDUC-Q6

à temps plein
 à temps partiel

Population active

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

T1 Qu'est-ce que ... considère comme étant sa principale activité en ce moment? (Par exemple, travail contre rémunération, soin de famille.)

LFS-Q1

(Lisez 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 _____)

T-12 Dans la prochaine section, nous allons poser des questions au sujet des emplois que ... a exercés au cours des 12 derniers mois. Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail à contrat, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré.

T2 Est-ce que ... a travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois?

LFS-Q2

Oui
 Non (Passez à T17B)

(Si T1 = retraité et T2 = non, passez à la section Administration.)

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

T3.n Pour qui ... a-t-il(elle) travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice au cours des 12 derniers mois?

LFS-Q3.n

T4.n Est-ce qu'il/elle occupait cet emploi il y a 1 an, c'est-à-dire JJ/MM/1993 sans aucune interruption de travail depuis ce temps?

LFS-Q4.n

Oui (Passez à T6.n)
 Non

T5.n Quand a-t-il(elle) commencé à travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFS-Q5.n

□□ □□ □□
jj mm aa

T6.n Est-ce qu'il/elle occupe cet emploi maintenant?

LFS-Q6.n

Oui (Passez à T11.n)
 Non

T7.n Quand a-t-il(elle) cessé de travailler à cet emploi ou à cette entreprise?

LFS-Q7.n

jj mm aa

T11.n Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a fait d'autre travail quelconque contre rémunération ou en vue d'un bénéfice?

LFS-Q11.n

Oui (Passez à T3.n si n < 6; autrement passez à T12)
 Non

T12 Quel était son emploi principal?

LFS-Q12

Inscrivez le numéro d'emploi de 1 à 6.

T12.1 Environ combien d'heures par semaine est-ce que ... travaillait habituellement à cet emploi?

LFS-Q8

heures

T12.2 Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures qu'il/elle travaille(ait) habituellement à cet emploi?

LFS-Q9

(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)
- Autre (Précisez _____)
- Quart brisé
- Sur appel
- Horaire irrégulier

T12.3 Est-ce que ... travaille(ait) habituellement les fins de semaine à cet emploi?

LFS-Q10

Oui
 Non

T13 En pensant à cet emploi/l'emploi principal, de quel genre d'entreprise, de service ou d'industrie s'agissait-il? (Par exemple, ferme, piégeage, entretien des routes, magasin de chaussures au détail, école secondaire.)

LFS-Q13

T14 Encore une 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.)

LFS-Q14

T15
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.)

T16
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?
(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

(Pour intervalles <= 6 jours, passez à la section Administration.)

T17B
LFS-Q17A
LFS-Q17B

Pour quelle raison est-ce que ... ne travaille/travaillait 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
- Pas d'offre de travail

Administration

REPLI PAR:

NOM : _____

IDENTITÉ: