

ENSP: Établissements de soins de santé

1996 - 1997

Questionnaire

français

Table de matières

QUESTIONS SUR LES POLITIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT	3
QUESTIONNAIRE POUR LES RÉSIDENTS	5
A. INFORMATION SUR LE RÉSIDENT CHOISI	5
B. ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL.....	7
C. ÉTAT DE SANTÉ	7
<i>Vision.....</i>	<i>7</i>
<i>Ouïe</i>	<i>8</i>
<i>Élocution</i>	<i>8</i>
<i>Mobilité</i>	<i>9</i>
<i>Agilité</i>	<i>10</i>
<i>Mains et doigts</i>	<i>10</i>
<i>Sentiments.....</i>	<i>11</i>
<i>Mémoire.....</i>	<i>11</i>
<i>Pensée.....</i>	<i>11</i>
<i>Douleur et malaises.....</i>	<i>12</i>
D. PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES	12
E. LIMITATION DES ACTIVITÉS	15
<i>Équilibre.....</i>	<i>17</i>
F. USAGE DU TABAC.....	18
G. CONSOMMATION D'ALCOOL	19
H. SOUTIEN SOCIAL	20
I. RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	24
<i>Pays de naissance / Année d'immigration.....</i>	<i>24</i>
<i>Appartenance ethnique.....</i>	<i>24</i>
<i>Langue.....</i>	<i>25</i>
<i>Race</i>	<i>25</i>
<i>Niveau de scolarité.....</i>	<i>26</i>
<i>Revenu</i>	<i>26</i>
J. PERSONNES À CONTACTER	27
<i>Première personne.....</i>	<i>27</i>
<i>Deuxième personne</i>	<i>28</i>
K. CONSENTEMENTS	29
<i>Consommation de médicaments et utilisation des soins de santé.....</i>	<i>29</i>
<i>Numéro provincial d'assurance - santé.....</i>	<i>29</i>
<i>Consentement au partage de l'information</i>	<i>30</i>
L. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS	30
M. UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ	31
N. TAILLE ET POIDS.....	33
O. NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE DE LA PROVINCE	34

ENSP: Établissements de soins de santé 1996 - 1997
Questions sur les politiques de l'établissement

ENSP Formulaire 5

INST-Q1
IPI6_1 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant l'usage du tabac par les résidents?**

(Lisez la liste. 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
IPI6_2 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la politique de l'établissement concernant la consommation d'alcool par les résidents?**

(Lisez la liste. 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
IPI6_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?

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

- IPI6_4A
IPI6_4B
IPI6_4C
IPI6_4D
IPI6_4E
IPI6_4F
- 1 **Activités physiques en groupe, par exemple classes d'exercices, danse, natation**
 - 2 **Cours d'artisanat ou de musique**
 - 3 **Activités sociales, par exemple jeux de cartes, bingo**
 - 4 **Services religieux**
 - 5 **Activités personnalisées (personne-à-personne)**
 - 6 **Autre - Précisez (26 caract.)**

INST-Q5
IPI6_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
IPI6_6 **Des directives préalables (testaments biologiques) sont-elles établies pour chaque résident, avant leur admission?**

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

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

INST-Q7
IPI6_FS

Code de réponse de l'établissement

- 1 **Accepte de participer**
- 2 **Refuse**
- 3 **Aucun contact**
- 4 **Autre** (précisez dans les notes)

ENSP: Établissements de soins de santé 1996 - 1997
Questionnaire pour les résidents

ENSP Formulaire 6

A. Information sur le résident choisi

La première série de questions permettra d'obtenir d'importants renseignements de base sur les personnes interviewées.

DM-Q1 Source de l'information
(Ne cochez qu'une seule réponse.)

DHI6_1

- 1 Sans procuration - Résident choisi
- 2 Par procuration - Membre de la famille
- 3 Par procuration - Personnel, bénévoles de l'établissement, etc.

DM-Q2 Nom du résident choisi
(Confirmez le nom du répondant indiqué sur l'étiquette et corrigez au besoin.)

- 1 Même que sur l'étiquette
 - 2 ----- Prénom et initiale (26 caract.)
 - 3 ----- Nom de famille (26 caract.)
- (recoder à 26 caract. lors du traitement des données)*

DM-Q3 Indiquez ou demandez le sexe de (. . .).
(Confirmez le sexe du répondant indiqué sur l'étiquette et corrigez au besoin.)

DHI6_SEX

- 1 Même que sur l'étiquette
 - 2 Homme
 - 3 Femme
- (homme recoder à 1 et femme recoder à 2 lors de la saisie des données)*

DM-Q4 **Quelle est votre (la) date de naissance (de . . .)?**
(Confirmez la date de naissance du répondant indiquée sur l'étiquette et corrigez au besoin.)

DHI6_DOB
DHI6_MOB
DHI6_YOB

- 1 Même que sur l'étiquette *Passez à DM-Q6*
- 2 -- -- 1 -- -- *Passez à DM-Q6*
Jour mois année
- 3 Ne sait pas

DM-Q5 **Quel est votre (l') âge (de . . .)?** *(En années)*
(Si l'âge est inconnu, demandez l'âge approximatif.)

DHI6_AGE

- 1 --- Ans (3 caract.)
- 7 Ne sait pas

DM-Q6

DHI6_MAR

Quel est votre (l') état matrimonial actuel (de . . .)?
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Marié(e)
- 2 Union libre
- 3 Vit avec un(e) conjoint(e)
- 4 Célibataire (*jamais marié(e)*) *Passez à DM-Q8*
- 5 Veuf ou veuve *Passez à DM-Q8*
- 6 Séparé(e) *Passez à DM-Q8*
- 7 Divorcé(e) *Passez à DM-Q8*
- 97 Ne sait pas *Passez à DM-Q8*

DM-Q7

DHI6_7

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

- 1 Oui
- 2 Non

DM-Q8

DHI6_8

Êtes-vous (. . . est-il / elle) seul(e) dans votre (sa) chambre?

- 1 Oui
- 2 Non

DM-Q9

DHI6_9

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

- 1 Oui
- 2 Non

DM-Q10

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.)

DHI6_MOA

DHI6_YOA

- 1 __ **1** __ __
 Mois Année
- 7 Ne sait pas

DM-Q11

DHI6_11

Où viviez-vous (vivait . . .) avant d'être admis(e) dans cet établissement? Viviez-vous (. . . vivait-il / elle):
(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 **Dans votre (sa) propre maison?**
- 2 **La maison d'un membre de la famille?**
- 3 **La maison d'une personne non apparentée?**
- 4 **Une résidence pour personnes âgées?**
- 5 **Un foyer de soins infirmiers?**
- 6 **Un hôpital?**
- 7 **Une maison de convalescence?**
- 8 **Un foyer de groupe?**
- 9 **Un hôtel ou une maison de chambres?**
- 10 Autre - *Précisez (26 caract.)*
- 97 Ne sait pas

B. 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.

GH-Q1 **En général, diriez-vous que votre (la) santé (de . . .) est:**
GHI6_1 *(Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)*

- 1 **Excellente?**
- 2 **Très bonne?**
- 3 **Bonne?**
- 4 **Passable?**
- 5 **Mauvaise?**
- 7 Ne sait pas

C. 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 sur 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 (à . . .), mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

Vision

HS-Q1 **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**
HSI6_1

- 1 Oui *Passez à HS-Q4*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q2 **Habituellement, voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**
HSI6_2

- 1 Oui *Passez à HS-Q4*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q3 **Êtes-vous (. . . est-il / elle) capable de voir quoi que ce soit?**
HSI6_3

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HS-Q6*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q6*

HS-Q4 **Voyez-vous (. . . voit-il / elle) assez bien pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue (de la pièce) sans lunettes ou verres de contact?**
HSI6_4

- 1 Oui *Passez à HS-Q6*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q6*

HS-Q5
HSI6_5 **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?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Ouïe

HS-Q6
HSI6_6 **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?**

- 1 Oui *Passez à HS-Q11*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q11*

HS-Q7
HSI6_7 **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?**

- 1 Oui *Passez à HS-Q9*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q8
HSI6_8 **Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) entendre quoi que ce soit?**

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HS-Q11*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q11*

HS-Q9
HSI6_9 **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?**

- 1 Oui *Passez à HS-Q11*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q11*

HS-Q10
HSI6_10 **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) tenir une conversation avec une autre personne, dans une pièce silencieuse, avec l'aide d'une prothèse auditive?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Élocution

HS-Q11
HSI6_11 **Habituellement, êtes-vous (est-il / elle) parfaitement compris(e) lorsque (qu'il / elle) vous parlez (parle) dans votre langue avec des inconnus?**

- 1 Oui *Passez à HS-Q15*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q15*

HS-Q12
HSI6_12 Êtes-vous (. . . est-il / elle) *partiellement* compris(e) lorsque (qu'il / elle) vous parlez (parle) à des inconnus?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q13
HSI6_13 Êtes-vous (. . . est-il / elle) *parfaitement* compris(e) lorsque (qu'il / elle) vous parlez (parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?

- 1 Oui *Passez à HS-Q15*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q15*

HS-Q14
HSI6_14 Êtes-vous (. . . est-il / elle) *partiellement* compris(e) lorsque (qu'il / elle) vous parlez (parle) à des personnes qui vous (le / la) connaissent bien?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Mobilité

HS-Q15
HSI6_15 *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?

- 1 Oui *Passez à HS-Q22*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q22*

HS-Q16
HSI6_16 Pouvez-vous (. . . peut-il / elle) marcher?

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HS-Q19*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q19*

HS-Q17
HSI6_17 Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles, pour marcher?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q18
HSI6_18 Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

HS-Q19 **Utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant pour vous (se) déplacer?**

HSI6_19

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HS-Q22*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q22*

HS-Q20 **À quelle fréquence utilisez-vous (. . . utilise-t-il / elle) un fauteuil roulant?**

HSI6_20

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

- 1 **Toujours**
- 2 **Souvent**
- 3 **Parfois**
- 4 **Jamais**
- 7 Ne sait pas

HS-Q21 **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour vous (se) déplacer en fauteuil roulant?**

HSI6_21

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Agilité

HS-Q22 **Est-il physiquement difficile pour vous (. . .) de vous (se) couper les ongles d'orteils?**

HSI6_22

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Mains et doigts

HS-Q23 **Habituellement, pouvez-vous (. . . peut-il / elle) saisir et manipuler des petits objets, notamment un crayon ou des ciseaux?**

HSI6_23

- 1 Oui *Passez à HS-Q27*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q27*

HS-Q24 **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?**

HSI6_24

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à HS-Q26*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q26*

HS-Q25 **Avez-vous (. . . a-t-il / elle) besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir:**

HSI6_25

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

- 1 **Certaines tâches?**
- 2 **La plupart des tâches?**
- 3 **Presque toutes les tâches?**
- 4 **Toutes les tâches?**
- 7 Ne sait pas

HS-Q26
HSI6_26

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?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Sentiments

HS-Q27
HSI6_27

Vous décririez-vous (Décririez-vous . . .) comme étant *habituellement*:
(Lisez la liste. 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?**
- 7 Ne sait pas

Mémoire

HS-Q28
HSI6_28

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

- 1 **Capable de vous (se) souvenir de la plupart des choses** *Passez à HS-Q30*
- 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 HS-Q30*
- 7 Ne sait pas *Passez à HS-Q30*

HS-Q29
HSI6_29

S'agit-il d'un problème de mémoire à court terme, à long terme ou des deux? (Par mémoire à court terme, on entend 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.)
(Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- 1 Court terme seulement
- 2 Long terme seulement
- 3 Court terme et long terme
- 7 Ne sait pas

Pensée

HS-Q30
HSI6_30

Comment décririez-vous votre (la) capacité *habituelle* (de . . .) à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours. Êtes-vous (Est-il / elle):
(Lisez la liste. 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**
- 7 Ne sait pas

Douleur et malaises

HS-Q31 **Habituellement, êtes-vous (. . . est-il / elle) sans douleurs ou malaises?**

HSI6_31

- | | | |
|---|-------------|------------------------------|
| 1 | Oui | <i>Passez à la section D</i> |
| 2 | Non | |
| 7 | Ne sait pas | <i>Passez à la section D</i> |

HS-Q32 **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous (qu'il / elle) ressentez (ressent) généralement?**

HSI6_32

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

- | | |
|---|----------------|
| 1 | Faible |
| 2 | Moyenne |
| 3 | Forte |
| 7 | Ne sait pas |

HS-Q33 **Combien d'activités vos (ses) douleurs ou vos (ses) malaises vous (l') empêchent-ils de faire?**

HSI6_33

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

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Aucune |
| 2 | Quelques-unes |
| 3 | Plusieurs |
| 4 | La plupart |
| 7 | Ne sait pas |

D. 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.

CC-Q1 **Un professionnel de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous (. . .) certains des problèmes de santé de longue durée suivants?**

(Lisez la liste.)

CCI6_1A

a) **Arthrite ou rhumatisme**

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 7 | Ne sait pas |

CCI6_1B

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

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 7 | Ne sait pas |

CCI6_1C

c) **Asthme**

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 7 | Ne sait pas |

CCI6_1D

d) Bronchite chronique ou emphysème

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1E

e) Diabète

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1F

f) Épilepsie

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1G

g) Une maladie cardiaque

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1H

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1I

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1J

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1K

k) Difficulté à contrôler les intestins

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1L

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1M

m) **Ostéoporose ou fragilité osseuse**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1N

n) **Cataracte(s)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1O

o) **Glaucome**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1P

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1Q

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1R

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1S

s) **Problème de la thyroïde**

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1T

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_1U

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

CCI6_IV

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

- 1 Oui - *Précisez (25 caract.)*
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

E. 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.

RA-Q1 **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):**

RAI6_1A

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RAI6_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
- 7 Ne sait pas

RA-Q2

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

RAI6_2

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

Si «OUI» à au moins une des questions RA-Q1A, RA-Q1B, ou RA-Q2, passez à RA-Q3; sinon passez à RA-Q7.

RA-Q3

Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous soyez (qu'il / elle soit) limité(e) dans vos (ses) activités ou causant cette incapacité ou ce handicap)?

(Précisez un seul problème de santé)

RAI6_3C

RAI6CIC1

RAI6G12A

RAI6G25A

RAI6GC7A

1 _____ (25 caract.)

7 Ne sait pas *Passez à RA-Q7*

(Recoder à 25 caract. lors du traitement des données)

RA-Q4

RAI6_4

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

(Lisez la liste. 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.)
- 97 Ne sait pas

RA-Q5

RAI6_5

RAI6CIC2

RAI6G12B

RAI6G25B

RAI6GC7B

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?

- 1 Oui - Précisez (25 caract.)
- 2 Non *Passez à RA-Q7*
- 7 Ne sait pas *Passez à RA-Q7*

RA-Q6

RAI6_6

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

(Lisez la liste. 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 Autres - Précisez (25 chars.)
- 97 Ne sait pas

RA-Q7

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:

RAI6_7A

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RAI6_7B

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RAI6_7C

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RAI6_7D

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RAI6_7E

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

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

RA-Q8

RAI6_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
- 7 Ne sait pas

Équilibre

FL-Q1

FLI6_1

Êtes-vous (... est-il / elle) tombé(e) au cours des 12 derniers mois?

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à la section F*
- 7 Ne sait pas *Passez à la section F*

FL-Q2

FLI6_2

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

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

- 1 1 chute
- 2 2 chutes
- 3 3-5 chutes
- 4 6 chutes ou plus
- 7 Ne sait pas

FLI6_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 la chute / de l'une ou l'autre de ces chutes?

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à FL-Q5*
- 7 Ne sait pas *Passez à FL-Q5*

FL-Q4

FLI6_4

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

(Ne lisez pas la liste. 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
- 6 Autre blessure - Précisez (26 caract.)
- 7 Ne sait pas

FL-Q5

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

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

FLI6_5A	1	Étourdissement / évanouissement
FLI6_5B	2	Maladie
FLI6_5C	3	Faiblesse / fragilité
FLI6_5D	4	Trouble de l'équilibre
FLI6_5E	5	Tombé(e) endormi(e)
FLI6_5F	6	Réaction aux médicaments
FLI6_5G	7	Trouble de vision
FLI6_5H	8	Trébuché sur un objet ou cogné(e) contre un objet
FLI6_5I	9	Mauvaise appréciation de la distance
FLI6_5J	10	Autre raison - Précisez (26 caract.)
	97	Ne sait pas

F. Usage du tabac

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

SM-Q1

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

SMI6_1

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

1	Tous les jours	
2	À l'occasion	Passez à SM-Q5
3	Jamais	Passez à SM-Q4
7	Ne sait pas	Passez à SM-Q4

SM-Q2

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

SMI6_2

1	___ ans (3 caract.)
7	Ne sait pas

SM-Q3

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

SMI6_3

1	__ cigarettes (2 caract.)	Passez à la section G
7	Ne sait pas	Passez à la section G

SM-Q4

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

SMI6_4

1	Oui	
2	Non	Passez à la section G
7	Ne sait pas	Passez à la section G

SM-Q5

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

SMI6_5

1	Oui	
2	Non	Passez à la section G
7	Ne sait pas	Passez à la section G

H. Soutien social

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

SS-Q1
SSI6_1 **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?**

- 1 Oui
- 2 Non *Passez à SS-Q3*
- 7 Ne sait pas *Passez à SS-Q3*

SS-Q2
SSI6_2 **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 (S'il / Si elle) êtes (est) membre de plus d'un groupe, pensez à celui dans lequel vous (il / elle) êtes (est) le plus actif(ve)?**
(Lisez la liste. 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**
- 7 Ne sait pas

SS-Q3
SSI6_3 **Participez-vous (. . . participe-t-il / elle) à des activités personnalisées avec un bénévole, un thérapeute ou autre membre du personnel, au moins une fois par mois?**

- 1 Oui
- 2 Non

SS-Q4
SSI6_4 **Avec combien de membres de la famille vous sentez-vous (. . . se sent-il / elle) proche?**

- 1 -- membres de la famille proches (2 caract.)
- 2 Aucun *Passez à SS-Q6*
- 7 Ne sait pas *Passez à SS-Q6*

SS-Q5
SSI6_5 **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?**

(Lisez la liste. 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**
- 8 Ne sait pas

SS-Q6

SSI6_6

Par amis proches on entend des gens avec lesquels vous (il / elle) êtes (est) à l'aise, avec lesquels vous (il / elle) pouvez (peut) parler de vos (ses) affaires personnelles ou sur lesquels vous (il / elle) pouvez (peut) vous (se) fier pour obtenir de l'aide.

Sans compter vos (les) parents (de . . .) ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous (compte-t-il / elle) vivant À L'INTÉRIEUR de l'établissement?

- 1 -- amis proches À L'INTÉRIEUR de l'établissement (2 caract.)
- 2 Aucun
- 7 Ne sait pas

SS-Q7

SSI6_7

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

- 1 -- amis proches À L'EXTÉRIEUR de l'établissement
- 2 Aucun *Passez à SS-Q9*
- 7 Ne sait pas *Passez à SS-Q9*

SS-Q8

SSI6_8

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 l'établissement? C'est-à-dire à quelle fréquence vous (lui) ont-ils rendu visite ou leur avez-vous (a-t-il / elle) rendu visite?

(Lisez la liste. 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**
- 7 Ne sait pas

SS-Q9

SSI6_9

Parmi vos (les) parents ou amis (de . . .) vivant À L'EXTÉRIEUR de l'établissement, qui voyez-vous (voit-il / elle) le plus souvent?

(Ne lisez pas la liste. 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.)*
- 97 Ne sait pas

SSI6_12E e) ... êtes-vous (... est-il / elle) allé(e) au cinéma?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

SSI6_12F f) ... êtes-vous (... est-il / elle) allé(e) dans un salon de beauté?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

SSI6_12G g) ... avez-vous (... a-t-il / elle) suivi des cours d'artisanat ou de musique?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

SSI6_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
- 7 Ne sait pas

SSI6_12I i) ... avez-vous (... a-t-il / elle) fait des promenades?

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

SSI6_12J j) ... avez-vous (... a-t-il / elle) fait autre chose? Précisez (25 caract.)

- 1 Oui
- 2 Non
- 7 Ne sait pas

SS-O13
SSI6_13 À quelle fréquence parlez-vous (... parle-t-il / elle) au téléphone avec un ami ou un membre de la famille?

(Lisez la liste. 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**
- 7 Ne sait pas

I. Renseignements socio-démographiques

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

Pays de naissance / Année d'immigration

SD-Q1 **Dans quel pays êtes-vous (. . . est-il / elle) né(e)?**
SDI6_1 (Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule réponse.)

- | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Canada | <i>Passez à SD-Q3</i> |
| 2 | Autriche | |
| 3 | Chine | |
| 4 | France | |
| 5 | Allemagne | |
| 6 | Grèce | |
| 7 | Hongrie | |
| 8 | Inde | |
| 9 | Italie | |
| 10 | Pays-Bas (Hollande) | |
| 11 | Pologne | |
| 12 | Portugal | |
| 13 | Russie | |
| 14 | Ukraine | |
| 15 | Royaume-Uni (incluant l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles et l'Irlande du nord) | |
| 16 | États-Unis | |
| 17 | Autre - Précisez (26 caract.) | |
| 97 | Ne sait pas | |

SD-Q2 **En quelle année êtes-vous (. . . est-il / elle) venu(e) la première fois au Canada pour rester?**

- SDI6_2*
- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | 1 _ _ _ année (4 caract.) |
| 6 | Citoyen canadien de naissance |
| 7 | Ne sait pas |

Appartenance ethnique

SD-Q3 **À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos (les) ancêtres (de . . .) appartenaient-ils? (Par exemple: français, écossais, chinois, etc.)**

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

- | | | | | | |
|----------------|----|-----------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|----------------|
| <i>SDI6_3A</i> | 1 | Canadien | 11 | Juif | <i>SDI6_3K</i> |
| <i>SDI6_3B</i> | 2 | Français | 12 | Polonais | <i>SDI6_3L</i> |
| <i>SDI6_3C</i> | 3 | Anglais | 13 | Portugais | <i>SDI6_3M</i> |
| <i>SDI6_3D</i> | 4 | Allemand | 14 | Suédois | <i>SDI6_3N</i> |
| <i>SDI6_3E</i> | 5 | Écossais | 15 | Russe | <i>SDI6_3O</i> |
| <i>SDI6_3F</i> | 6 | Irlandais | 16 | Asiatique du Sud | <i>SDI6_3P</i> |
| <i>SDI6_3G</i> | 7 | Italien | 17 | Noir | <i>SDI6_3Q</i> |
| <i>SDI6_3H</i> | 8 | Ukrainien | 18 | Indien d'Amérique du Nord | <i>SDI6_3R</i> |
| <i>SDI6_3I</i> | 9 | Hollandais (néerlandais) | 19 | Métis | <i>SDI6_3S</i> |
| <i>SDI6_3J</i> | 10 | Chinois | 20 | Inuit / Esquimau | <i>SDI6_3T</i> |
| <i>SDI6_3U</i> | 21 | Autre(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) - Précisez (26 caract.) | | | |
| | 97 | Ne sait pas | | | |

Langue

SD-Q4

Quelle est la première langue que vous (. . .) avez (a) apprise à la maison dans votre (son) enfance et que vous (qu'il / elle) comprenez (comprend) encore. (*Si vous (. . .) ne comprenez (comprend) plus la première langue apprise, indiquez la deuxième langue apprise.*)
(*Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.*)

SDI6_4A	1	Anglais	10	Italien	SDI6_4J
SDI6_4B	2	Français	11	Polonais	SDI6_4K
SDI6_4C	3	Chinois	12	Portugais	SDI6_4L
SDI6_4D	4	Cri	13	Pendjabi	SDI6_4M
SDI6_4E	5	Hollandais	14	Espagnol	SDI6_4N
SDI6_4F	6	Finnois	15	Suédois	SDI6_4O
SDI6_4G	7	Allemand	16	Russe	SDI6_4P
SDI6_4H	8	Grec	17	Ukrainien	SDI6_4Q
SDI6_4I	9	Hongrois			
SDI6_4R	18	Autre - Précisez (26 caract.)			
	97	Ne sait pas			

SD-Q5

Quelles langues pouvez-vous (. . . peut-il / elle) parler ou comprendre actuellement?
(*Ne lisez pas la liste. Cochez tous les réponses appropriés.*)

SDI6_5A	1	Anglais
SDI6_5B	2	Français
SDI6_5C	3	Autre
SDI6_5D	4	Ne peut pas parler ou ne peut pas comprendre la langue parlée
	7	Ne sait pas

Race

SD-Q6

Comment décririez-vous, au meilleur de vos connaissances, votre (la) race ou votre (la) couleur (de . . .)?
(*Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les réponses appropriées.*)

SDI6_6A	1	Blanc(he)
SDI6_6B	2	Chinois(e)
SDI6_6C	3	Asiatique du sud (p. ex. les Indes orientales, le Pakistan, le Pendjab et Sri-lanka)
SDI6_6D	4	Noir(e)
SDI6_6E	5	Autochtones d'Amérique du Nord (indien(ne) d'Amérique du Nord, métis(se), inuit / esquimau(de))
SDI6_6F	6	Arabe / asiatique de l'ouest (p. ex. arménien(ne), égyptien(ne), iranien(ne), libanais(e), marocain(e))
SDI6_6G	7	Philippin(ne)
SDI6_6H	8	Asiatique du sud-est (p. ex. cambodgien(ne), indonésien(ne), laotien(ne), vietnamien(ne))
	9	Latino-américain(e)
SDI6_6I	10	Japonais(e)
SDI6_6J	11	Coréen(ne)
SDI6_6K	12	Autre - Précisez (26 caract.)
SDI6_6L	97	Ne sait pas

Niveau de scolarité

ED-Q1

EDI6_1

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous (. . .) avez (a) atteint?

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

- a) Aucune scolarité
- b) Études primaires seulement
- c) Études partielles - dans une école secondaire (aucun certificat)
- d) Diplôme ou certificat - d'études secondaires ou l'équivalent
- e) Études partielles - dans une école de métiers, formation technique, ou de formation professionnelle, ou un collège commercial
- f) Études partielles - dans un collège communautaire, au CÉGEP ou une école de sciences infirmières, ou à l'université
- g) Diplôme ou certificat - d'une école de métiers, formation technique, ou de formation professionnelle, ou d'un collège commercial
- h) Diplôme ou certificat - d'un collège communautaire, d'un CÉGEP ou d'une école de sciences infirmières
- i) Diplôme ou certificat - université ou école normale (p. ex. B.A., M.Sc., D.V.M., Ph.D.)
- j) Autre - *Précisez (26 caract.)*
- 97 Ne sait pas

Revenu

IN-Q1

Si l'on pense à votre (au) revenu personnel (de . . .), quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?

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

INI6_1A

INI6_1B

INI6_1C

INI6_1D

INI6_1E

INI6_1F

INI6_1G

INI6_1H

INI6_1I

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

INC-Q2

INI6_2

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:

(Lisez la liste. 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 \$ et plus?**
- 97 Ne sait pas

J. 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 rejoindre, nous aimerions avoir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux amis ou parents avec qui nous pourrions communiquer. Nous ne communiquerions avec ces personnes que pour prendre contact avec vous (. .).

Première personne

CI-Q1 **Nom**
CII6_1A Prénom _____ (33 caract.)
CII6_1B Nom de famille _____ (33 caract.)

CI-Q2 **Adresse**
CII6_2A Rue adresse _____ (33 caract.)
CII6_2B Appartement _____ (33 caract.)

CI-Q3 **Ville** _____ (33 caract.)
CII6_3

CI-Q4 **Code Postal** _____ (6 caract.)
CII6_4

CI-Q5 **N° de téléphone** (____) _____ (10 caract.)
CII6_5 (incluant l'indicatif régional)

CI-Q6 **Quel est le lien entre cette personne et vous (. .)?**
CII6_6 (Ne lisez pas la liste. 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 Autre - Précisez (26 caract.)

Deuxième personne

CI-Q7 **Nom**
CII6_7A Prénom _____ (33 caract.)
CII6_7B Nom de famille _____ (33 caract.)

CI-Q8 **Adresse**
CII6_8A Rue adresse _____ (33 caract.)
CII6_8B Appartement _____ (33 caract.)

CI-Q9 **Ville** _____ (33 caract.)
CII6_9

CI-Q10 **Code Postal** _____ (6 caract.)
CII6_10

CI-Q11 **N° de téléphone** (____)_____ (10 caract.)
CII6_11 (incluant l'indicatif régional)

CI-Q12 **Quel est le lien entre cette personne et vous (. . .)?**
CII6_12 (Ne lisez pas la liste. 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 Autre - Précisez (26 caract.)

K. Consentements

Si vous interviewez un résident ou une personne interposée qui lui est apparentée, posez les questions de la présente section.

Si vous interviewez une personne interposée qui n'est pas apparentée au résident, rapportez-vous au formulaire de consentement pour remplir la section.

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

Consommation de médicaments et utilisation des soins de santé

AM-Q1
AMI6_PER Nous aimerions d'abord connaître le nombre et le nom des médicaments que vous (qu'il / elle) prenez (prend), sur ordonnance ou non.

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

Troisièmement, nous aimerions noter votre (la) taille et votre (le) poids (de . . .).

Nous donnez-vous votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non (Cochez «Refus» aux sections L, M, et N.)

Numéro provincial d'assurance - santé

HN-Q1
AMI6_LNK Nous aimerions votre permission afin de jumeler les données recueillies durant cette interview avec des renseignements obtenus auprès de ministères provinciaux de la santé.

Ces renseignements porteraient entre autres sur l'utilisation passée et courante des services, par exemple les consultations dans des hôpitaux, des cliniques et des bureaux de médecin, ou d'autres services offerts par la province.

Ces renseignements serviront uniquement à des fins statistiques.

Nous donnez-vous votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non (Cochez «Refus» à la section O. Passez à AS-Q1.)

HN-Q2
AMI6_HN1 En ayant un numéro provincial d'assurance - maladie, nous pourrions plus facilement jumeler nos données à ces renseignements.

Nous donnez-vous votre permission d'obtenir le numéro d'assurance-maladie?

- 1 Oui
- 2 Non (Cochez «Refus» à la section O.)

Consentement au partage de l'information

AS-Q1 **Afin d'éviter les chevauchements, Statistique Canada a l'intention de partager les données**
AMI6_SHR **recueillies grâce à ce sondage avec les ministères provinciaux de la santé et avec Santé Canada.**

Ces organismes ont accepté de garder les données confidentielles et de les utiliser uniquement à des fins statistiques.

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

- 1 Oui
- 2 Non

(Remerciez le répondant ou leur proche parent. Fin de l'interview.)

(Si on a répondu «Oui» à AM-Q1, HN-Q1 ou HN-Q2, prenez rendez-vous avec un membre du personnel pour compléter l'interview.)

L. 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, ses consultations avec des professionnels de la santé, ainsi que son poids et sa taille.

Le fait d'avoir le nom du membre du personnel qui nous a fourni ces renseignements nous permettra d'obtenir plus tard des précisions à ce sujet, si nécessaire. Votre nom ne sera pas divulgué.

DR-Q1 **Nom du membre du personnel qui fournit ces renseignements.**

----- (26 caract.)

PRÉNOM

----- (26 caract.)

NOM DE FAMILLE

DR-Q2 **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Combien de médicaments différents, sur ordonnance ou**
DGI6_2 **non, a-t-il(elle) pris durant ces deux journées?**

- 1 -- Médicaments différents (2 caract.)
- 2 Aucun *Passez à la section M*
- 97 Ne sait pas *Passez à la section M*
- 98 Refus *Passez à la section M*

DR-Q3

Quel est le nom exact du (des) médicament(s) que . . . a pris au cours des deux derniers jours?
(Indiquez tout au plus 12 médicaments.)

- | | | | |
|---------|----|-------|--------------|
| DGI6_3A | a) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3B | b) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3C | c) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3D | d) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3E | e) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3F | f) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3G | g) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3H | h) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3I | i) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3J | j) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3K | k) | ----- | (36 caract.) |
| DGI6_3L | l) | ----- | (36 caract.) |
| | 8 | Refus | |

M. Utilisation des soins de santé

HC-Q1

J'aimerais savoir à quelle fréquence durant les 12 derniers mois . . . a consulté ou contacté les professionnels de soins de santé suivants pour ses troubles physiques, émotifs ou mentaux:
(Listez la liste.)

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_1B

b) **Spécialiste de la vue comme 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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_1C

c) **Autre médecin (par exemple, gériatre, chirurgien, 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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_1I

i) Dentiste, denturothérapeute ou hygiéniste dentaire?

- 3 **Au moins une fois par mois**
- 4 **Moins d'une fois par mois**
- 5 **Jamais**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HCI6_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**
- 7 Ne sait pas
- 8 Refuse

HC-Q2

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

HCI6_2

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Refus

N. Taille et poids

HW-Q1

Combien mesure . . . sans souliers?

HWI6_1A

1 _ pieds (1 caract.)

HWI6_1B

2 _ _ pouces (2 caract.)

HWI6_1C

3 _ _ _ centimètres (3 caract.)

7 Ne sait pas

8 Refus

HW-Q2

Combien pèse . . . ?

HWI6_2A

1 _ _ _ livres (3 caract.)

HWI6_2B

2 _ _ _ kilogrammes (4 caract.)

7 Ne sait pas

8 Refus

(Si «NON» à la question HN-Q1 ou HN-Q2, remerciez le répondant et terminez l'interview.)

O. Numéro d'assurance-maladie de la province

Vérifiez sur l'étiquette si le numéro d'assurance-maladie a été obtenu en 1994. Si le numéro d'assurance-maladie est indiquée, confirmez le numéro et corrigez-le si nécessaire. Autrement, posez la question HN-Q3.

Nous avons également la permission de (du) . . . (proche parent de . . .) afin de recueillir son numéro provincial d'assurance-maladie.

HN-Q3

Quel est le numéro d'assurance-maladie de . . . ?

HNI6_1

(N'utiliser ni d'espaces ni de tirets.)

- 1 Môme que sur l'étiquette
- 2 ----- (15 caract.)
- 8 Refus