

Enquête nationale sur la santé de la population

**Volet ménages
Cycle 7 (2006-2007)**

Questionnaire

Statistique Canada

Juin 2008



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

POUR INFORMATION SEULEMENT

Table des matières

	Page
Variables du dossier du ménage	1
La composante santé	3
État de santé général	3
Sommeil	4
Taille et poids	5
Image corporelle	8
Nutrition	9
Choix alimentaire	9
Suppléments alimentaires	10
Consommation de fruits et de légumes	11
Consommation de boissons gazeuses	13
Consommation de lait	13
Santé préventive	14
Utilisation des soins de santé	16
Soins de santé à domicile	20
Limitation des activités	21
Problèmes de santé chroniques	24
Allergies alimentaires	24
Autres allergies	24
Asthme	24
Fibromyalgie	25
Arthrite ou rhumatisme, excepté la fibromyalgie	26
Maux de dos	28
Hypertension	28
Migraines	29
Bronchite chronique ou emphyseme	30
Diabète	31
Épilepsie	32
Maladie cardiaque	33
Cancer	33
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	33
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	34
Incontinence urinaire	35
Troubles intestinaux	35
La maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale	36
Cataractes	36
Glaucome	36
Problème de la thyroïde	36
Autre problème de santé chronique	36
État de santé	37
Vision	37
Ouïe	38
Élocution	38
Mobilité	39
Mains et doigts	40
Sentiments	40
Mémoire	40

ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

Pensée	41
Douleurs et malaises	41
Activités physiques	41
Exposition aux rayons ultraviolets (UV)	44
Mouvements répétitifs	44
Blessures	45
Stress	48
Problèmes actuels	48
Facteurs de stress chez les enfants et les adultes («traumatismes»)	51
Stress au travail	51
Contrôle	54
Consommation de médicaments.....	55
Usage du tabac	59
Consommation d'alcool	65
Santé mentale	67
Soutien social (Questions relatives à l'Étude sur les issues médicales)	74
Langue.....	78
Niveau de scolarité	79
Population active	81
Lien au travail.....	81
Recherche de travail – dernières 4 semaines	81
Lien à l'emploi précédent.....	82
Description de l'emploi.....	83
Absence/Heures	84
Autre emploi.....	85
Semaines employées	86
Recherche de travail.....	86
Revenu	87
Insécurité alimentaire	90
Numéro provincial d'assurance-maladie et administration	91
Numéro provincial d'assurance-maladie	91
Administration	92

Variables du dossier du ménage

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

AM3B_TEL Genre de contact

- 1 Par téléphone
- 2 En face à face

Les données suivantes sont recueillies pour chaque membre du ménage :

Statut des membres

Prénom

Nom

Date de naissance (8 caractères)

Jour de naissance (2 caractères)

Mois de naissance (2 caractères)

Année de naissance (4 caractères)

DOB

MOB

YOB

DHCB_AGE

Âge (l'âge est calculé et confirmé avec le répondant)

SEX

Sexe

- 1 Masculin
- 2 Féminin

DHCB_MAR

État matrimonial

- 1 Marié(e)
- 2 En union libre
- 3 Veuf ou veuve
- 4 Séparé(e)
- 5 Divorcé(e)
- 6 Célibataire, jamais marié(e)

Liens unissant les membres du ménage

Époux/Épouse

Conjoint(e) de fait

Partenaire du même sexe

Père/Mère

Biologique

Beau-père/belle-mère

Adoptif(f/ve)

Fils/Fille

Biologique

[Du/de la] conjoint(e)

Adoptif

Parent de famille d'accueil

Enfant en famille d'accueil

Grand-parent

Petit-fils/petite-fille

Parent par alliance

Autre personne apparentée

Personne non apparentée

Frère/Soeur

Frère/Soeur

Demi-frère/soeur

Par alliance

Adoptif(f/ve)

De famille d'accueil

ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

DHCB_FID Identification de l'unité familiale

A à Z (Attribué par l'ordinateur.)

Vérification du ménage légal

Les données suivantes sont recueillies une fois par ménage :

DHCB_DWE Genre de logement

- 1 Maison individuelle
- 2 Maison double
- 3 Maison en rangée
- 4 Duplex
- 5 Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- 6 Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- 7 Établissement
- 8 Hôtel; maison de chambres / pension; camp
- 9 Maison mobile
- 10 Autre - Précisez

DHCB_OWNI Ce logement est-il la propriété d'un membre du ménage?

- 1 Oui
- 2 Non

DHCB_BED Combien de chambres à coucher y a-t-il dans ce logement?

INTERVIEWEUR : Inscrivez «0» s'il n'y a pas de chambre séparée et fermée.

|_| Chambers à coucher
(MIN : 0) (MAX : 20)

Source de l'information (c.-à-d., la personne ayant fourni les renseignements des questions sur la santé)

AM3B_PL INTERVIEWEUR : Choisissez la langue préférée du répondant.

- | | | | |
|----|------------|----|------------------|
| 1 | Anglais | 14 | Tamil |
| 2 | Français | 15 | Cri |
| 3 | Chinois | 16 | Afghan |
| 4 | Italien | 17 | Cantonais |
| 5 | Pendjabi | 18 | Hindi |
| 6 | Espagnol | 19 | Mandarin |
| 7 | Portugais | 20 | Persan |
| 8 | Polonais | 21 | Russe |
| 9 | Allemand | 22 | Ukrainien |
| 10 | Vietnamien | 23 | Ourdou |
| 11 | Arabe | 90 | Autre - Précisez |
| 12 | Tagalog | | |
| 13 | Grec | | |

La composante santé

(Renseignements à recueillir seulement auprès du répondant sélectionné.)
(Interview par procuration pour ceux de moins de 12 ans ou pour ceux incapables de répondre en raison de circonstances inhabituelles)

- Nota :
1. Les parties de la question qui sont en caractères **gras** sont lues au répondant, tandis que le texte en caractères normaux ne l'est pas. Les instructions de l'intervieweur sont précédées du mot « INTERVIEWEUR » et ne sont pas lues à voix haute.
 2. Le répondant a le choix de répondre soit par «un refus» (R), soit par «je ne sais pas» (NSP) pour chacune des questions qui lui sont posées. Les réponses sont indiquées dans ce document seulement lorsqu'elles ne conduisent pas à la question suivante.
 3. Afin de faciliter la lecture de ce document, la formulation des questions utilisées a trait à la collecte par personne, même si, de fait, la collecte s'est faite par procuration.

GR_N1 INTERVIEWEUR : Qui fournit l'information concernant le répondant sélectionné?

GR_C2 Si l'âge < 12 ou interview sans procuration, passez à GH_QINT.

GR_N2 INTERVIEWEUR : Inscrivez la raison pour laquelle la composante a été complétée par procuration.

(80 espaces)

État de santé général

GH_QINT **Cette partie de l'enquête porte sur différents aspects de votre santé. Je vous poserai des questions sur des sujets variés tels que l'activité physique, les relations sociales et l'état de santé. Par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessure mais aussi un bien-être physique, mental et social.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

GH_Q1 **Je vais commencer par quelques questions sur l'état de votre santé en général.**
GHCB_1 **En général, diriez-vous que votre santé est :**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

GH_C2 Si l'âge < 12, passez à GH_Q3.

GH_Q2
GHCB_2

En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées :

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... ne sont pas stressantes du tout?
- 2 ... ne sont pas très stressantes?
- 3 ... sont un peu stressantes?
- 4 ... sont assez stressantes?
- 5 ... sont extrêmement stressantes?

GH_Q3
GHCB_4

En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont :

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... excellentes?
- 2 ... très bonnes?
- 3 ... bonnes?
- 4 ... passables?
- 5 ... mauvaises?

GH_C4

Si interview par procuration, passez à la section suivante.

GH_Q4
GHCB_5

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général? Diriez-vous que vous êtes :

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... très satisfait(e)
- 2 ... satisfait(e)
- 3 ... ni satisfait ni insatisfait(e)
- 4 ... insatisfait(e)
- 5 ... très insatisfait(e)

Sommeil

SL_C1

Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

SL_Q1
SLCB_1

Habituellement, combien d'heures dormez-vous chaque nuit?

INTERVIEWEUR : Ne pas inclure les heures consacrées au repos.

- 1 Moins de 2 heures
 - 2 De 2 heures à moins de 3 heures
 - 3 De 3 heures à moins de 4 heures
 - 4 De 4 heures à moins de 5 heures
 - 5 De 5 heures à moins de 6 heures
 - 6 De 6 heures à moins de 7 heures
 - 7 De 7 heures à moins de 8 heures
 - 8 De 8 heures à moins de 9 heures
 - 9 De 9 heures à moins de 10 heures
 - 10 De 10 heures à moins de 11 heures
 - 11 De 11 heures à moins de 12 heures
 - 12 12 heures ou plus
- R (Passez à la section suivante)

SL_Q2
SLCB_2

À quelle fréquence avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi(e)?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Jamais**
- 2 **Rarement**
- 3 **Parfois**
- 4 **La plupart du temps**
- 5 **Tout le temps**

SL_Q3
SLCB_3

À quelle fréquence votre sommeil est-il réparateur?

- 1 **Jamais**
- 2 **Rarement**
- 3 **Parfois**
- 4 **La plupart du temps**
- 5 **Tout le temps**

SL_Q4
SLCB_4

À quelle fréquence avez-vous de la difficulté à rester éveillé(e) lorsque vous le désirez?

- 1 **Jamais**
- 2 **Rarement**
- 3 **Parfois**
- 4 **La plupart du temps**
- 5 **Tout le temps**

Taille et poids

HW_Q2
HWCB_2

Combien mesurez-vous sans chaussures?

- | | | |
|---|---|-------------------|
| 0 | Moins de 1' / 12" (moins de 29,2 cm) | (Passez à HW_Q3) |
| 1 | 1'0" à 1'11" / 12" à 23" (29,2 à 59,6 cm) | |
| 2 | 2'0" à 2'11" / 24" à 35" (59,7 à 90,1 cm) | (Passez à HW_Q2B) |
| 3 | 3'0" à 3'11" / 36" à 47" (90,2 à 120,6 cm) | (Passez à HW_Q2C) |
| 4 | 4'0" à 4'11" / 48" à 59" (120,7 à 151,0 cm) | (Passez à HW_Q2D) |
| 5 | 5'0" à 5'11" (151,1 à 181,5 cm) | (Passez à HW_Q2E) |
| 6 | 6'0" à 6'11" (181,6 à 212,0 cm) | (Passez à HW_Q2F) |
| 7 | 7'0" et plus (212,1 cm et plus) | (Passez à HW_Q3) |
| | NSP, R | (Passez à HW_Q3) |

HW_Q2A
HWCB_2A

INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

- 0 1'0" / 12" (29,2 à 31,7 cm)
- 1 1'1" / 13" (31,8 à 34,2 cm)
- 2 1'2" / 14" (34,3 à 36,7 cm)
- 3 1'3" / 15" (36,8 à 39,3 cm)
- 4 1'4" / 16" (39,4 à 41,8 cm)
- 5 1'5" / 17" (41,9 à 44,4 cm)
- 6 1'6" / 18" (44,5 à 46,9 cm)
- 7 1'7" / 19" (47,0 à 49,4 cm)
- 8 1'8" / 20" (49,5 à 52,0 cm)
- 9 1'9" / 21" (52,1 à 54,5 cm)
- 10 1'10" / 22" (54,6 à 57,1 cm)
- 11 1'11" / 23" (57,2 à 59,6 cm)

Passez à HW_Q3

HW_Q2B
HWCB_2B

INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

- 0 2'0" / 24" (59,7 à 62,1 cm)
- 1 2'1" / 25" (62,2 à 64,7 cm)
- 2 2'2" / 26" (64,8 à 67,2 cm)
- 3 2'3" / 27" (67,3 à 69,8 cm)
- 4 2'4" / 28" (69,9 à 72,3 cm)
- 5 2'5" / 29" (72,4 à 74,8 cm)
- 6 2'6" / 30" (74,9 à 77,4 cm)
- 7 2'7" / 31" (77,5 à 79,9 cm)
- 8 2'8" / 32" (80,0 à 82,5 cm)
- 9 2'9" / 33" (82,6 à 85,0 cm)
- 10 2'10" / 34" (85,1 à 87,5 cm)
- 11 2'11" / 35" (87,6 à 90,1 cm)

Passez à HW_Q3

HW_Q2C
HWCB_2C

INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

- 0 3'0" / 36" (90,2 à 92,6 cm)
- 1 3'1" / 37" (92,7 à 95,2 cm)
- 2 3'2" / 38" (95,3 à 97,7 cm)
- 3 3'3" / 39" (97,8 à 100,2 cm)
- 4 3'4" / 40" (100,3 à 102,8 cm)
- 5 3'5" / 41" (102,9 à 105,3 cm)
- 6 3'6" / 42" (105,4 à 107,9 cm)
- 7 3'7" / 43" (108,0 à 110,4 cm)
- 8 3'8" / 44" (110,5 à 112,9 cm)
- 9 3'9" / 45" (113,0 à 115,5 cm)
- 10 3'10" / 46" (115,6 à 118,0 cm)
- 11 3'11" / 47" (118,1 à 120,6 cm)

Passez à HW_Q3

HW_Q2D INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB_2D

- | | |
|----|--------------------------------|
| 0 | 4'0" / 48" (120,7 à 123,1 cm) |
| 1 | 4'1" / 49" (123,2 à 125,6 cm) |
| 2 | 4'2" / 50" (125,7 à 128,2 cm) |
| 3 | 4'3" / 51" (128,3 à 130,7 cm) |
| 4 | 4'4" / 52" (130,8 à 133,3 cm) |
| 5 | 4'5" / 53" (133,4 à 135,8 cm) |
| 6 | 4'6" / 54" (135,9 à 138,3 cm) |
| 7 | 4'7" / 55" (138,4 à 140,9 cm) |
| 8 | 4'8" / 56" (141,0 à 143,4 cm) |
| 9 | 4'9" / 57" (143,5 à 146,0 cm) |
| 10 | 4'10" / 58" (146,1 à 148,5 cm) |
| 11 | 4'11" / 59" (148,6 à 151,0 cm) |

Passez à HW_Q3

HW_Q2E INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB_2E

- | | |
|----|--------------------------|
| 0 | 5'0" (151,1 à 153,6 cm) |
| 1 | 5'1" (153,7 à 156,1 cm) |
| 2 | 5'2" (156,2 à 158,7 cm) |
| 3 | 5'3" (158,8 à 161,2 cm) |
| 4 | 5'4" (161,3 à 163,7 cm) |
| 5 | 5'5" (163,8 à 166,3 cm) |
| 6 | 5'6" (166,4 à 168,8 cm) |
| 7 | 5'7" (168,9 à 171,4 cm) |
| 8 | 5'8" (171,5 à 173,9 cm) |
| 9 | 5'9" (174,0 à 176,4 cm) |
| 10 | 5'10" (176,5 à 179,0 cm) |
| 11 | 5'11" (179,1 à 181,5 cm) |

Passez à HW_Q3

HW_Q2F INTERVIEWEUR : Sélectionnez la taille exacte.

HWCB_2F

- | | |
|----|--------------------------|
| 0 | 6'0" (181,6 à 184,1 cm) |
| 1 | 6'1" (184,2 à 186,6 cm) |
| 2 | 6'2" (186,7 à 189,1 cm) |
| 3 | 6'3" (189,2 à 191,7 cm) |
| 4 | 6'4" (191,8 à 194,2 cm) |
| 5 | 6'5" (194,3 à 196,8 cm) |
| 6 | 6'6" (196,9 à 199,3 cm) |
| 7 | 6'7" (199,4 à 201,8 cm) |
| 8 | 6'8" (201,9 à 204,4 cm) |
| 9 | 6'9" (204,5 à 206,9 cm) |
| 10 | 6'10" (207,0 à 209,5 cm) |
| 11 | 6'11" (209,6 à 212,0 cm) |

HWCB_HT ___Pieds___Pouces ou ___Centimètres

HW_Q3
HWCB_3 **Combien pesez-vous?**
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

|_|_| Poids
(MIN : 1) (MAX : 575)
NSP, R (Passez à la section suivante)

HW_N4 INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

HWCB_4
HWCB_3LB 1 Livres
HWCB_3KG 2 Kilogrammes
 (NSP, R n'est pas permis)

Image corporelle

BI_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante. Si la réponse à HW_Q3 n'est pas valide, passez à la section suivante.

BI_Q1
HWCB_5 **Considérez-vous que vous :**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

1 ... faites de l'embonpoint?
2 ... êtes trop maigre? (Passez à BI_Q3)
3 ... avez un poids correct? (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

BI_Q2 **Essayez-vous présentement de perdre du poids?**

HWCB_6
1 Oui
2 Non

Passez à BI_Q4

BI_Q3 **Essayez-vous présentement de prendre du poids?**

HWCB_7
1 Oui
2 Non

BI_Q4 **Combien aimeriez-vous peser?**
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre

|_|_| Poids
(MIN : 1) (MAX : 575)
NSP, R (Passez à la section suivante)

BI_N5 INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

HWCB_9
HWCB_8LB 1 Livres
HWCB_8KG 2 Kilogrammes
 (NSP, R n'est pas permis)

Nutrition

Choix alimentaire

Questions thématiques

NU_C1 Si interview par procuration ou âge < 15, passez à NU_C4A.

NU_QINT1 **Maintenant, quelques questions au sujet des aliments que vous mangez.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

NU_Q1A **Choisissez-vous certains aliments ou en évitez-vous d'autres :**

NU_B_1A ... parce que vous vous préoccupez de votre poids corporel?

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

NU_Q1B ... parce que vous vous préoccupez des maladies cardiaques?

NU_B_1C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q1C ... parce que vous vous préoccupez du cancer?

NU_B_1D

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q1D ... parce que vous vous préoccupez de l'ostéoporose (fragilité osseuse)?

NU_B_1E

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q2A **Choisissez-vous certains aliments à cause :**

NU_B_2A ... de leur faible teneur en gras?

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q2B ... de leur teneur en fibres?

NU_B_2B

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q2C ... de leur teneur en calcium?

NU_B_2C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q3A Évitez-vous certains aliments à cause :

NU_B_3A ... de leur teneur en gras?

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q3B ... du type de gras qu'ils contiennent?

NU_B_3B

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q3C ... de leur teneur en sel?

NU_B_3C

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q3D ... de leur teneur en cholestérol?

NU_B_3D

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

NU_Q3E ... de leur teneur en calories?

NU_B_3E

- 1 Oui (ou parfois)
- 2 Non

Suppléments alimentaires

Questions thématiques

NU_C4A Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

NU_QINT2 **Maintenant, quelques questions au sujet des suppléments alimentaires.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

NU_Q4A **Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des suppléments de vitamines**
NU_B_4A **ou de minéraux?**

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

NU_Q4B **En avez-vous pris au moins une fois par semaine?**

NU_B_4B

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à NU_Q4D)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

NU_Q4C **Au cours de la dernière semaine, combien de jours en avez-vous pris?**

NU_B_4C

|_| Jours
(MIN : 1) (MAX : 7)

Passez à la section suivante.

NU_Q4D **Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours en avez-vous pris?**

NU_B_4D

||_| Jours
(MIN : 1) (MAX : 21)

Consommation de fruits et de légumes

Questions thématiques

FV_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

FV_QINT **Les questions qui suivent se rapportent aux aliments que vous mangez ou buvez habituellement. Pensez à tous les aliments que vous mangez, soit comme repas ou comme collation, tant à la maison qu'à l'extérieur.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

FV_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, comme du jus**
FV_B_1A **d'orange, de pamplemousse ou de tomate? (Par exemple : une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)**

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0, NSP (Passez à FV_Q2A)
R (Passez à la section suivante)

FV_N1B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.
FV_B_1B

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q1A dépasse 20; avertissement après 5) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q1A dépasse 90; avertissement après 10) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q1A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q1A dépasse 12) |

FV_Q2A **Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?**

FV_B_2A INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à FV_Q3A)
NSP, R (Passez à FV_Q3A)

FV_N2B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.
FV_B_2B

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q2A dépasse 20; avertissement après 5) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q2A dépasse 90; avertissement après 10) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q2A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q2A dépasse 12) |

FV_Q3A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?**

FV_B_3A INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à FV_Q4A)
NSP, R (Passez à FV_Q4A)

FV_N3B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV_B_3B

- | | | |
|---|-------------|--|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 20; avertissement après 2) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 90; avertissement après 5) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q3A dépasse 200; avertissement après 5) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q3A dépasse 12) |

FV_Q4A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans**
FV_B_4A **compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?**

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_|_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à FV_Q5A)
NSP, R (Passez à FV_Q5A)

FV_N4B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV_B_4B

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 20; avertissement après 2) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 90; avertissement après 10) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q4A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q4A dépasse 12) |

FV_Q5A **À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?**

FV_B_5A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_|_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à FV_Q6A)
NSP, R (Passez à FV_Q6A)

FV_N5B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV_B_5B

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 20; avertissement après 2) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 90; avertissement après 10) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q5A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q5A dépasse 12) |

FV_Q6A **Sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, combien de portions**
FV_B_6A **d'autres légumes mangez-vous habituellement?**

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_|_| Portions
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

FV_N6B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

FV_B_6B

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | Par jour | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 20; avertissement après 5) |
| 2 | Par semaine | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 90; avertissement après 10) |
| 3 | Par mois | (vérification avec rejet si FV_Q6A dépasse 200; avertissement après 10) |
| 4 | Par année | (avertissement si FV_Q6A dépasse 12) |

Consommation de boissons gazeuses

Questions thématiques

SK_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

SK_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses « diète » ? (Par**
SK_B_1A **exemple : une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)**
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0, NSP (Passez à SK_Q2A)
R (Passez à la section suivante)

SK_N1B **INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.**
SK_B_1B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si SK_Q1A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si SK_Q1A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si SK_Q1A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si SK_Q1A dépasse 12)

SK_Q2A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses régulières?**
SK_B_2A **INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

SK_N2B **INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.**
SK_B_2B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si SK_Q2A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si SK_Q2A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si SK_Q2A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si SK_Q2A dépasse 12)

Consommation de lait

Questions thématiques

MK_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

MK_Q1A **À quelle fréquence buvez-vous habituellement du lait?**
MK_B_1A **INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 500)
0 (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

MK_N1B INTERVIEWEUR : Sélectionnez la période déclarante.

MK_B_1B

- 1 Par jour (vérification avec rejet si MK_Q1A dépasse 20; avertissement après 5)
- 2 Par semaine (vérification avec rejet si MK_Q1A dépasse 90; avertissement après 10)
- 3 Par mois (vérification avec rejet si MK_Q1A dépasse 200; avertissement après 10)
- 4 Par année (avertissement si MK_Q1A dépasse 12)

MK_Q2 **De quelle sorte de lait s'agit-il?**

MK_B_2 INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Lait entier**
- 2 **Lait 2%**
- 3 **Lait 1%**
- 4 **Lait écrémé**
- 5 Autre - Précisez

Santé préventive

PH_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante. Si le répondant a signalé lors d'une interview précédente qu'on a déjà pris sa tension artérielle, passez à PH_Q1B (PH_Q1 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH_Q1 **Avez-vous déjà fait prendre votre tension artérielle?**

PHCB_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH_C2)
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH_Q1B **À quand remonte la dernière fois que vous avez fait prendre votre tension artérielle?**

PHCB_1B

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 2 ans**
- 4 **De 2 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH_C2 Si de sexe masculin ou l'âge < 15, passez à la section suivante. Si l'âge < 18, passez à PH_C3. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà passé un test PAP, passez à PH_Q2B (PH_Q2 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH_Q2 **Avez-vous déjà passé un test PAP?**

PHCB_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH_C3)
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH_Q2B
PHCB_2B **À quand remonte la dernière fois que vous avez passé un test PAP?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 3 ans**
- 4 **De 3 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH_C3 Si l'âge < 35, passez à PH_C4. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà passé une mammographie, passez à PH_Q3B (PH_Q3 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH_Q3
PHCB_3 **Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH_C4)
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH_Q3B
PHCB_3B **À quand remonte la dernière fois que vous avez passé une mammographie?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Moins de 6 mois**
- 2 **De 6 mois à moins d'un an**
- 3 **D'un an à moins de 2 ans**
- 4 **De 2 ans à moins de 5 ans**
- 5 **5 ans ou plus**

PH_Q3C **Pourquoi avez-vous passé une mammographie?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.
Si la répondante dit «Le médecin l'a recommandé» demandez pour quelle raison.

- | | | |
|----------|---|---|
| PHCB_3CA | 1 | Antécédents familiaux de cancer du sein |
| PHCB_3CB | 2 | Dans le cadre d'un examen régulier / dépistage systématique |
| PHCB_3CC | 3 | Âge |
| PHCB_3CD | 4 | Masse dépistée lors d'une visite précédente |
| PHCB_3CE | 5 | Suivi d'un traitement du cancer du sein |
| PHCB_3CF | 6 | En hormonothérapie (supplément d'hormones) |
| PHCB_3CG | 7 | Problème mammaire |
| PHCB_3CH | 8 | Autre - Précisez |

PH_C4 Si l'âge > 49, passez à PH_C5. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà subi une hystérectomie, passez à la section suivante (PH_Q4 a été rempli avec «2», PH_Q4A a été rempli avec «NA», et PH_Q4B a été rempli avec «2» lors du traitement)

PH_Q4
PHCB_4 **Maintenant, quelques questions qui s'adressent aux femmes qui ont eu un enfant récemment. Depuis notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], avez-vous donné naissance à un enfant?**
INTERVIEWEUR : Ne tenez pas compte des enfants mort-nés.

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à PH_Q4B)
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH_Q4A
PHCB_4A (Pour votre dernier enfant,) avez-vous eu recours aux services d'un médecin, d'une sage-femme ou des deux?

- 1 Médecin seulement
- 2 Sage-femme seulement
- 3 Médecin et sage-femme
- 4 Ni l'un ni l'autre

PH_Q4B
PHCB_4B Pour l'analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non. Êtes-vous enceinte?

- 1 Oui (Passez à la section suivante) (PH_Q5 a été rempli avec «2» lors du traitement.)
- 2 Non
NSP, R (Passez à la section suivante)

PH_C5 Si l'âge < 18, passez à la section suivante. Si la répondante a signalé lors d'une interview précédente qu'elle avait déjà subi une hystérectomie, passez à la section suivante (PH_Q5 a été rempli avec «1» lors du traitement).

PH_Q5
PHCB_5 Avez-vous subi une hystérectomie (c'est-à-dire, vous a-t-on retiré l'utérus)?

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

PH_Q5B
PHCB_5B À quel âge?

|_|_| Âge en années
(MIN : 18) (MAX : âge actuel)

PH_Q5C Pour quelles raisons?
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.
Si la répondante dit «Le médecin l'a recommandé» demandez pour quelle raison.

- | | | |
|----------|---|---|
| PHCB_5CA | 1 | Traitement du cancer |
| PHCB_5CB | 2 | Prévention du cancer |
| PHCB_5CC | 3 | Endométriose |
| PHCB_5CD | 4 | Grossesse tubaire |
| PHCB_5CE | 5 | Tumeur bénigne (p.ex., fibrome) |
| PHCB_5CF | 6 | Problèmes menstruels / saignements anormaux |
| PHCB_5CG | 7 | Autre - Précisez |

Utilisation des soins de santé

HC_QINT1 Les questions suivantes portent sur les consultations avec les professionnels de la santé durant les 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

HC_Q01
HCCB_1 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence?**

- | | | |
|---|-----|--------------------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à HC_C02) |
| | NSP | (Passez à HC_C02) |
| | R | (Passez à la section suivante) |

HC_Q01A
HCCB_1A **Combien de nuits au cours des 12 derniers mois?**

||_| Nuits
(MIN : 1) (MAX : 366; avertissement après 100)

HC_C02 Si interview par procuration et l'âge > 12, changez la question HC_Q02 (A,D,G et J) comme suit :
«Au cours des..., combien de fois [FNAME] a-t-il / elle vu ou consulté par téléphone... pour des troubles...».
Si interview par procuration (l'âge < 12), changez la question HC_Q02 (A,D,G et J) comme suit :
«Au cours des..., combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone... pour des troubles... de [FNAME] : ...»

HC_Q02A **(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

HCCB_2A **... un médecin de famille [, un pédiatre] ou un omnipraticien?**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 12)

HC_Q02B
HCCB_2B **... un spécialiste de la vue (comme un ophtalmologiste ou un optométriste)?**

|| Fois
(MIN : 0) (MAX : 75; avertissement après 3)

HC_Q02C
HCCB_2C **... un autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre)?**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 300; avertissement après 7)

HC_Q02D **(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :**

HCCB_2D **... une infirmière pour recevoir des soins ou des conseils?**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 15)

HC_Q02E
HCCB_2E **... un dentiste ou un orthodontiste?**

||_| Fois
(MIN : 0) (MAX : 99; avertissement après 4)

HC_Q02F
HCCB_2F

... un chiropraticien?

[[[[]]] Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 20)

HC_Q02G

(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :

HCCB_2G

... un physiothérapeute?

[[[[]]] Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 30)

HC_Q02H
HCCB_2H

... un travailleur social ou autre conseiller?

[[[[]]] Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 20)

HC_Q02I
HCCB_2I

... un psychologue?

[[[[]]] Fois
(MIN : 0) (MAX : 366; avertissement après 25)

HC_Q02J

(Sans compter les séjours dans un établissement de santé,) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :

HCCB_2J

... un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute?

[[[[]]] Fois
(MIN : 0) (MAX : 200; avertissement après 12)

HC_Q03
HCCB_3

Avez-vous un médecin de famille?

1 Oui
2 Non

HC_C04A

Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

HC_Q04A
HCCB_4A

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à une réunion d'un groupe d'entraide, par exemple les AA ou un groupe de thérapie pour le cancer?

1 Oui
2 Non

HC_Q04
HCCB_4

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

1 Oui
2 Non (Passez à HC_C06)
NSP, R (Passez à HC_C06)

HC_Q05 **Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------|----|---|
| HCCB_5A | 1 | Massothérapeute |
| HCCB_5B | 2 | Acupuncteur |
| HCCB_5C | 3 | Homéopathe ou naturopathe |
| HCCB_5D | 4 | Enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander |
| HCCB_5E | 5 | Relaxologue |
| HCCB_5F | 6 | Enseignant des techniques de rétroaction biologique |
| HCCB_5G | 7 | «Rolfeur» |
| HCCB_5H | 8 | Herboriste |
| HCCB_5I | 9 | Réflexologue |
| HCCB_5J | 10 | Guérisseur - spirituel |
| HCCB_5K | 11 | Guérisseur - religieux |
| HCCB_5L | 12 | Autre - Précisez |

HC_C06 Si l'âge < 18 ou (l'âge >= 18 et sans procuration), demandez l'opinion du répondant à propos des besoins de soins de santé. Autrement, demandez au répondant l'opinion de [FNAME] à propos des besoins de soins de santé.

HC_Q06 **Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus?**

HCCB_6

- | | | |
|---|--------|-------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à HC_C09) |
| | NSP, R | (Passez à HC_C09) |

HC_Q07 **Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------|----|--|
| HCCB_7A | 1 | Non disponibles - dans la région |
| HCCB_7B | 2 | Non disponibles - à ce moment-là (p.ex., médecin en vacances, heures inopportunes) |
| HCCB_7C | 3 | Temps d'attente trop long |
| HCCB_7D | 4 | Considérés comme inadéquats |
| HCCB_7E | 5 | Coût |
| HCCB_7F | 6 | Trop occupé(e) |
| HCCB_7G | 7 | Ne s'en est pas occupé(e) / indifférent(e) |
| HCCB_7H | 8 | Ne savait pas où aller |
| HCCB_7I | 9 | Problème - de transport |
| HCCB_7J | 10 | Problème - de langue |
| HCCB_7K | 11 | Responsabilités personnelles ou familiales |
| HCCB_7L | 12 | Aversion pour les médecins / peur |
| HCCB_7M | 13 | A décidé de ne pas se faire soigner |
| HCCB_7N | 14 | Autre - Précisez |

HC_Q08 **Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------|---|--|
| HCCB_8A | 1 | Le traitement - d'un problème physique |
| HCCB_8B | 2 | Le traitement - d'un problème émotif ou mental |
| HCCB_8C | 3 | Un examen périodique (incluant consultation prénatale) |
| HCCB_8D | 4 | Le traitement - d'une blessure |
| HCCB_8E | 5 | Autre - Précisez |

Soins de santé à domicile

HC_C09 Si l'âge < 18, passez à la section suivante.

HC_QINT2 **Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livrés à domicile.**

HC_Q09 **Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HC_Q11)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

HC_Q10 **Quel genre de services avez-vous reçus?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.
 Le coût doit être couvert entièrement ou en partie par le gouvernement.

- HCCB_10A 1 Soins infirmiers (p.ex., changement de pansement)
- HCCB_10B 2 Autres services ou soins de santé (p.ex., physiothérapie, conseils en nutrition)
- HCCB_10C 3 Soins d'hygiène personnelle (p.ex., bain, soins des pieds)
- HCCB_10D 4 Travaux ménagers (p.ex., nettoyage, lavage)
- HCCB_10E 5 Préparation des repas ou livraison
- HCCB_10F 6 Magasinage
- HCCB_10G 7 Services de relève (c.-à-d., programme de soutien aux soignants)
- HCCB_10H 8 Autre – Précisez

HC_Q11 **Avez-vous reçu [des/d'autres] services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût n'était pas couvert par le gouvernement (par exemple les soins fournis par le(la) conjoint(e) ou les amis)?**

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

HC_Q12 **Qui a offert ces [autres] services à domicile?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- HCCB_12A 1 Infirmier(ère) d'une agence privée
- HCCB_12B 2 Entretien ménager par une agence privée
- HCCB_12C 3 Voisin(e) ou ami(e)
- HCCB_12D 4 Membre de la famille
- HCCB_12E 5 Bénévole
- HCCB_12F 6 Autre - Précisez

Pour chacune des personnes indiquées à HC_Q12, posez la question HC_Q13

HC_Q13 **Quel genre de services avez-vous reçus [d'un/une] [personne identifiée]?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------------------|---|--|
| HCCB_3AA à HCCB_3FA | 1 | Soins infirmiers (p.ex., changement de pansement) |
| HCCB_3AB à HCCB_3FB | 2 | Autres services ou soins de santé (p.ex., physiothérapie, conseils en nutrition) |
| HCCB_3AC à HCCB_3FC | 3 | Soins d'hygiène personnelle (p.ex., bain, soins des pieds) |
| HCCB_3AD à HCCB_3FD | 4 | Travaux ménagers (p.ex., nettoyage, lavage) |
| HCCB_3AE à HCCB_3FE | 5 | Préparation des repas ou livraison |
| HCCB_3AF à HCCB_3FF | 6 | Magasinage |
| HCCB_3AG à HCCB_3FG | 7 | Services de relève (c.-à-d., programme de soutien aux soignants) |
| HCCB_3AH à HCCB_3FH | 8 | Autre – Précisez |

Limitation des activités

RA_QINT **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.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

RA_Q1A **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 :**

RACB_1A **... à la maison?**

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

RA_C1B Si l'âge < 4, passez à RA_C1C.

RA_Q1B **... à l'école?**

RACB_1B

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 3 | Sans objet |
| R | (Passez à la section suivante) |

RA_C1C Si l'âge < 12, passez à RA_Q1D.

RA_Q1C **... au travail?**

RACB_1C

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 3 | Sans objet |
| R | (Passez à la section suivante) |

RA_Q1D **... dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école?**

RACB_1D

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

RA_Q2
RACB_2

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

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

RA_C2A

Si **au moins un** des RA_Q1A, B, C, D ou RA_Q2 = 1 (oui) alors limitation en 2006. Si **chacun des** RA_Q1A, B, C, D et RA_Q2 = 2 (non) ou 3 (sans objet) ou saut valable (question non posée) alors pas de limitation en 2006. Autrement, limitation est inconnue.

RA_C2B

S'il y a eu une «limitation d'activité» en 2006 mais pas en 2004, passez à RA_Q2A. S'il y a eu une «limitation d'activité» en 2004 mais pas en 2006, passez à RA_Q2B. Autrement, passez à RA_C5.

RA_Q2A
RACB_2A

Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les **changements**.

Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], aucune limitation d'activité ni incapacité n'a été signalée pour vous, mais cette fois, il y en a eu.

Est-ce attribuable à une nouvelle limitation d'activité ou incapacité, ou à l'aggravation d'une limitation ou incapacité qui existait déjà?

- 1 Nouvelle depuis la dernière interview
- 2 Aggravation depuis la dernière interview
- 3 Aucune limitation d'activité ou incapacité courante (retournez à RA_Q1A - RA_Q2)
- 4 Même limitation d'activité ou incapacité
- 5 Autre - Précisez

Passez à RA_C5

RA_Q2B
RACB_2B

Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les **changements**.

Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], une limitation d'activité ou une incapacité a été signalée pour vous, mais cette fois, il n'y en a pas eu.

Est-ce attribuable à la disparition ou à l'amélioration d'un état de santé antérieur (limitation d'activité ou incapacité), à l'utilisation d'un équipement spécial (par exemple, un membre artificiel), ou à quelque chose d'autre?

- 1 Disparition ou amélioration
- 2 Utilisation actuelle d'équipement spécial
- 3 Aucune à la dernière interview
- 4 N'en a jamais eu
- 5 A actuellement une limitation d'activité ou une incapacité (retournez à RA_Q1A - RA_Q2)
- 6 Autre - Précisez

RA_C5

Si **au moins un** des RA_Q1 A,B,C,D = 1 (oui) posez RA_Q3 utilisant « faisant en sorte que vous soyez limité(e) dans vos activités ». Si « Oui » uniquement à RA_Q2, posez RA_Q3 utilisant « causant cette incapacité ou ce handicap ». Autrement, passez à RA_C6A.

RA_Q3
RACBF3

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

(25 espaces)

RA_Q5
RACB_5 **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Blessure - à la maison**
- 2 **Blessure - sports ou loisirs**
- 3 **Blessure - véhicule à moteur**
- 4 **Blessure - au travail**
- 5 **Présent dès la naissance**
- 6 **Milieu de travail**
- 7 **Maladie**
- 8 **Processus de vieillissement normal**
- 9 **Violences physiques ou psychologiques**
- 10 **Autre – Précisez**

RA_C6A Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

RA_Q6A **Il est possible que les prochaines questions ne s'appliquent pas à vous, mais il est nécessaire de poser les mêmes questions à tout le monde. À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide :**

RACB_6A **... à préparer les repas?**

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6B **... à faire les courses?**

RACB_6B

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6C **... à accomplir les tâches ménagères quotidiennes?**

RACB_6C

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6D **... à faire des gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour?**

RACB_6D

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6E **... à vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger?**

RACB_6E

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6F **... à vous déplacer dans la maison?**

RACB_6F

- 1 Oui
- 2 Non

RA_Q6G ... à vous déplacer à l'extérieur peu importe les conditions climatiques?

RACB_6G

- 1 Oui
- 2 Non

Problèmes de santé chroniques

CC_QINT

Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée. Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui persiste ou qui devrait persister 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Nous aimerions également vous poser quelques questions qui nous aideront à mieux comprendre l'évolution éventuelle de ces problèmes de santé.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

Allergies alimentaires

CC_Q011

Avez-vous des allergies alimentaires?

CCCB_1A

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

Autres allergies

CC_Q021

Avez-vous d'autres allergies?

CCCB_1B

- 1 Oui
- 2 Non

Asthme

CC_Q031

Faites-vous de l'asthme?

CCCB_1C

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_Q033)
- NSP, R (Passez à CC_Q041)

CC_Q032A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q035.

CC_Q032 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_C3M

Mois

CCCB_C3Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

NSP, R (Passez à CC_Q035)

CC_Q032B Si CC_Q032 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q035.

CC_Q032X

Donc, vous faisiez de l'asthme avant la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?

CCCB_C4

- 1 Oui (Passez à CC_Q035)
- 2 Non (Retournez à CC_Q032)
- NSP, R (Passez à CC_Q035)

CC_C033 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q033. Autrement, passez à CC_C041.

CC_Q033 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous faisiez de l'asthme, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

CCCB_C1

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC_Q031)
- 3 N'a jamais fait de l'asthme (Passez à CC_C041)
NSP, R (Passez à CC_C041)

CC_Q034 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_C2M

Mois

CCCB_C2Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC_C041

CC_Q035 **Avez-vous eu des symptômes d'asthme ou fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois?**

CCCB_C5

- 1 Oui
- 2 Non

CC_Q036 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme tels que : inhalateurs, nébuliseurs, pilules, liquides ou injections?**

CCCB_C6

- 1 Oui
- 2 Non

Fibromyalgie

CC_C041 Si l'âge < 12, passez à CC_C051.

CC_Q041 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé. Souffrez-vous de fibromyalgie?**

CCCB_1X

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C043)
NSP, R (Passez à CC_C051)

CC_C042A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q045.

CC_Q042 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_X3M

Mois

CCCB_X3Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

NSP, R (Passez à CC_Q045)

CC_C042B Si CC_Q042 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q045.

CC_Q042X **Donc, vous souffriez de fibromyalgie avant la dernière interview en [mois et**
CCCB_X4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- | | | |
|---|--------|-----------------------|
| 1 | Oui | (Passez à CC_Q045) |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q042) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q045) |

CC_C043 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]
et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q043. Autrement,
passez à CC_C051.

CC_Q043 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
CCCB_X1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez de fibromyalgie, mais pas cette fois-ci. Ce**
problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q041) |
| 3 | N'a jamais souffert de fibromyalgie | (Passez à CC_C051) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C051) |

CC_Q044 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_X2M |_|_| Mois
CCCB_X2Y |_|_|_| Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC_C051

CC_Q045 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre la fibromyalgie?**
CCCB_X5

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_C051) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C051) |

CC_Q046 **Quel type de traitement ou de médicament?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|----------|---|---------------------------|
| CCCB_X6A | 1 | Médicament |
| CCCB_X6B | 2 | Régime alimentaire |
| CCCB_X6D | 3 | Exercice / physiothérapie |
| CCCB_X6C | 4 | Autre - Précisez |

Arthrite ou rhumatisme, excepté la fibromyalgie

CC_C051 Si l'âge < 12, passez à CC_C061.

CC_Q051 **Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme, sauf la fibromyalgie?**
CCCB_1D

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_C053) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C061) |

CC_C052A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q055.

CC_Q052 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_D3M | | | Mois
CCCB_D3Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
NSP, R (Passez à CC_Q055)

CC_C052B Si CC_Q052 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q055.

CC_Q052X **Donc, vous souffriez d'arthrite ou de rhumatisme avant la dernière interview en [mois et**
CCCB_D4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC_Q055)
- 2 Non (Retournez à CC_Q052)
NSP, R (Passez à CC_Q055)

CC_C053 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q053. Autrement, passez à CC_C061.

CC_Q053 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
CCCB_D1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez d'arthrite ou de rhumatisme, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC_Q051)
- 3 N'a jamais souffert d'arthrite ou de rhumatisme (Passez à CC_C061)
NSP, R (Passez à CC_C061)

CC_Q054 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_D2M | | | Mois
CCCB_D2Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
Passez à CC_C061

CC_Q055 **De quel genre d'arthrite souffrez-vous?**
CCCB_D11

- 1 Polyarthrite rhumatoïde
- 2 Arthrose
- 3 Autre - Précisez

CC_Q056 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament pour l'arthrite ou le**
CCCB_D5 **rhumatisme?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C061)
NSP, R (Passez à CC_C061)

CC_Q057 **Quel type de traitement ou de médicament?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|----------|---|---------------------------|
| CCCB_D6A | 1 | Médicament |
| CCCB_D6B | 2 | Régime alimentaire |
| CCCB_D6D | 3 | Exercice / physiothérapie |
| CCCB_D6C | 4 | Autre - Précisez |

Maux de dos

CC_C061 Si l'âge < 12, passez à CC_C071.

CC_Q061 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués**
 CCCB_1E **par un professionnel de la santé.**
Avez-vous des maux de dos, autres que ceux dus à la fibromyalgie et l'arthrite?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Hypertension

CC_C071 Si l'âge < 12, passez à CC_Q081.

CC_Q071 **Faites-vous de l'hypertension?**
 CCCB_1F

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_C073) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q081) |

CC_C072A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q075.

CC_Q072 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_F3M |_|_| Mois
 CCCB_F3Y |_|_|_| Année
 (MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
 NSP, R (Passez à CC_Q075)

CC_C072B Si CC_Q072 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q075.

CC_Q072X **Donc, vous faisiez de l'hypertension avant la dernière interview en [mois et**
 CCCB_F4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- | | | |
|---|--------|-----------------------|
| 1 | Oui | (Passez à CC_Q075) |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q072) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q075) |

CC_C073 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]
 et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q073. Autrement,
 passez à CC_Q081.

CC_Q073 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous faisiez de l'hypertension, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**
CCCB_F1

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q071) |
| 3 | N'a jamais fait d'hypertension | (Passez à CC_Q081) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q081) |

CC_Q074 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_F2M |_|_| Mois
CCCB_F2Y |_|_|_| Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC_Q081

CC_Q075 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre l'hypertension?**
CCCB_F5

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_Q081) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q081) |

CC_Q076 **Quel type de traitement ou de médicament?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|----------|---|---------------------------|
| CCCB_F6A | 1 | Médicament |
| CCCB_F6B | 2 | Régime alimentaire |
| CCCB_F6D | 3 | Exercice / physiothérapie |
| CCCB_F6C | 4 | Autre - Précisez |

Migraines

CC_Q081 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé. Avez-vous des migraines?**
CCCB_1G

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_C083) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q091) |

CC_C082A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q085.

CC_Q082 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_G3M |_|_| Mois
CCCB_G3Y |_|_|_| Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
NSP, R (Passez à CC_Q085)

CC_C082B Si CC_Q082 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q085.

CC_Q082X **Donc, vous aviez des migraines avant la dernière interview en [mois et année, soit**
CCCB_G4 **la dernière réponse à l'interview]?**

- | | | |
|---|--------|-----------------------|
| 1 | Oui | (Passez à CC_Q085) |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q082) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q085) |

CC_C083 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q083. Autrement, passez à CC_C091.

CC_Q083 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
CCCB_G1 **l'interview], on a indiqué que vous aviez des migraines, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q081) |
| 3 | N'a jamais eu de migraines | (Passez à CC_C091) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C091) |

CC_Q084 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_G2M |_|_| Mois
CCCB_G2Y |_|_|_| Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC_C091

CC_Q085 **Suivez-vous un traitement ou prenez-vous un médicament contre les migraines?**
CCCB_G5

- | | | |
|---|--------|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à CC_C091) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C091) |

CC_Q086 **Quel type de traitement ou de médicament?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|----------|---|---------------------------|
| CCCB_G6A | 1 | Médicament |
| CCCB_G6B | 2 | Régime alimentaire |
| CCCB_G6D | 3 | Exercice / physiothérapie |
| CCCB_G6C | 4 | Autre - Précisez |

Bronchite chronique ou emphysème

CC_C091 Si l'âge < 12, passez à CC_Q101.

CC_Q091 **Êtes-vous atteint de bronchite chronique ou d'emphysème?**
CCCB_1H

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Diabète

CC_Q101 **Êtes-vous atteint(e) du diabète?**

CCCB_1J

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C103)
- NSP, R (Passez à CC_Q111)

CC_C102A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q105.

CC_Q102 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_J3M

Mois

CCCB_J3Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
NSP, R (Passez à CC_Q105)

CC_C102B Si CC_Q102 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q105.

CC_Q102X **Donc, vous étiez atteint(e) du diabète avant la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

CCCB_J4

- 1 Oui (Passez à CC_Q105)
- 2 Non (Retournez à CC_Q102)
- NSP, R (Passez à CC_Q105)

CC_C103 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q103. Autrement, passez à CC_Q111.

CC_Q103 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) du diabète, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

CCCB_J1

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC_Q101)
- 3 N'a jamais été atteint(e) du diabète (Passez à CC_Q111)
- NSP, R (Passez à CC_Q111)

CC_Q104 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_J2M

Mois

CCCB_J2Y

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Passez à CC_Q111

CC_Q105 **Actuellement, prenez-vous de l'insuline pour votre diabète?**

CCCB_J5

- 1 Oui
- 2 Non

CC_Q106 **Suivez-vous un autre traitement ou prenez-vous un autre médicament contre le**
 CCCB_J6 **diabète?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_Q111)
 NSP, R (Passez à CC_Q111)

CC_Q107 **Quel type de traitement ou de médicament?**
 INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- 1 Médicament
- 2 Régime alimentaire
- 3 Exercice / physiothérapie
- 4 Autre - Précisez

Épilepsie

CC_Q111 **Êtes-vous atteint(e) d'épilepsie?**
 CCCB_1K

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C113)
 NSP, R (Passez à CC_Q121)

CC_C112A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_Q121.

CC_Q112 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

- CCCB_K3M |_|_| Mois
 - CCCB_K3Y |_|_|_| Année
- (MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
 NSP, R (Passez à CC_Q121)

CC_C112B Si CC_Q112 est après la date de la dernière interview, passez à CC_Q121.

CC_Q112X **Donc, vous étiez atteint(e) d'épilepsie avant la dernière interview en [mois et**
 CCCB_K4 **année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC_Q121)
- 2 Non (Retournez à CC_Q112)
 NSP, R (Passez à CC_Q121)

CC_C113 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)]
 et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q113. Autrement,
 passez à CC_Q121.

CC_Q113 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
 CCCB_K1 **l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) d'épilepsie, mais pas cette fois-ci. Ce**
problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à CC_Q111)
- 3 N'a jamais été atteint(e) d'épilepsie (Passez à CC_Q121)
 NSP, R (Passez à CC_Q121)

CC_Q114 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_K2M

|_|_|

Mois

CCCB_K2Y

|_|_|_|_|

Année

(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Maladie cardiaque

CC_Q121 **Souffrez-vous d'une maladie cardiaque?**

CCCB_1L

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_Q131)
NSP, R (Passez à CC_Q131)

CC_Q122 **Avez-vous déjà fait une crise cardiaque (lésion du muscle cardiaque)?**

CCCB_L1A

- 1 Oui
- 2 Non

CC_Q123 **Actuellement, souffrez-vous d'angine de poitrine (douleurs dans la poitrine, oppression)?**

CCCB_L6

- 1 Oui
- 2 Non

CC_Q124 **Actuellement, souffrez-vous d'insuffisance cardiaque globale (rythme cardiaque inapproprié, accumulation de liquide dans les poumons ou dans les jambes)?**

CCCB_L7

- 1 Oui
- 2 Non

Cancer

CC_Q131 **Souffrez-vous d'un cancer?**

CCCB_1M

- 1 Oui
- 2 Non

Ulcères à l'intestin ou à l'estomac

CC_C141 Si l'âge < 12, passez à CC_C151.

CC_Q141 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé.**

CCCB_1N

Souffrez-vous d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C143)
NSP, R (Passez à CC_C151)

CC_C142A Si le répondant avait cette condition lors de la dernière interview, passez à CC_C151.

CC_Q142 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_N3M | | | Mois
CCCB_N3Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
NSP, R (Passez à CC_C151)

CC_C142B Si CC_Q142 est après la date de la dernière interview, passez à CC_C151.

CC_Q142X **Donc, vous souffriez d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac avant la dernière**
CCCB_N4 **interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- 1 Oui (Passez à CC_C151)
- 2 Non (Retournez à CC_Q142)
NSP, R (Passez à CC_Q151)

CC_C143 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors sa dernière interview, passez à CC_Q143. Autrement, passez à CC_C151.

CC_Q143 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
CCCB_N1 **l'interview], on a indiqué que vous souffriez d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- 1 Oui
- 2 Non (Retournez à C_Q141)
- 3 N'a jamais souffert d'ulcères à l'intestin ou à l'estomac (Passez à CC_C151)
NSP, R (Passez à CC_C151)

CC_Q144 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_N2M | | | Mois
CCCB_N2Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Troubles dus à un accident vasculaire cérébral

CC_C151 Si l'âge < 12, passez à CC_C161.

CC_Q151 **Êtes-vous atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire cérébral?**
CCCB_10

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à CC_C153)
NSP, R (Passez à CC_C161)

CC_C152A Si le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_C161.

CC_Q152 **Quand a-t-on diagnostiqué ce problème chez vous?**

CCCB_O3M | | | Mois
CCCB_O3Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)
NSP, R (Passez à CC_C161)

CC_C152B Si CC_Q152 est après la date de la dernière interview, passez à CC_C161.

CC_Q152X **Donc, vous étiez atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire cérébral avant**
CCCB_O4 **la dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

- | | | |
|---|--------|-----------------------|
| 1 | Oui | (Passez à CC_C161) |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q152) |
| | NSP, R | (Passez à CC_Q161) |

CC_C153 Si [(l'âge > 11 et une interview sans procuration) ou (l'âge < 12 et une interview par procuration)] et le répondant avait cette condition lors de sa dernière interview, passez à CC_Q153. Autrement, passez à CC_C161.

CC_Q153 **Au cours de notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à**
CCCB_O1 **l'interview], on a indiqué que vous étiez atteint(e) de troubles dus à un accident vasculaire cérébral, mais pas cette fois-ci. Ce problème a-t-il disparu depuis la dernière interview?**

- | | | |
|---|--|-----------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Retournez à CC_Q151) |
| 3 | N'a jamais été atteint de troubles dus à un accident vasculaire cérébral | |
| | | (Passez à CC_C161) |
| | NSP, R | (Passez à CC_C161) |

CC_Q154 **Quand le problème a-t-il disparu?**

CCCB_O2M | | | Mois
CCCB_O2Y | | | | | Année
(MIN : mois et année de la dernière interview) (MAX : mois et année courants)

Incontinence urinaire

CC_C161 Si l'âge < 12, passez à CC_C171.

CC_Q161 **Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire?**

CCCB_1P

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Troubles intestinaux

CC_C171 Si l'âge < 12, passez à CC_C181.

CC_Q171 **Êtes-vous atteint(e) de troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la**
CCCB_1Q **colite?**

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

La maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale

CC_C181 Si l'âge < 18, passez à CC_C191.

CC_Q181 **Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués**
par un professionnel de la santé.
CCCB_1R **Êtes-vous atteint(e) de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence cérébrale**
(sénilité)?

- 1 Oui
- 2 Non

Cataractes

CC_C191 Si l'âge < 18, passez à CC_C201.

CC_Q191 **Êtes-vous atteint(e) de cataracte?**
CCCB_1S

- 1 Oui
- 2 Non

Glaucome

CC_C201 Si l'âge < 18, passez à CC_C211.

CC_Q201 **Êtes-vous atteint(e) de glaucome?**
CCCB_1T

- 1 Oui
- 2 Non

Problème de la thyroïde

CC_C211 Si l'âge < 12, passez à CC_Q221.

CC_Q211 **Êtes-vous atteint(e) d'un problème de la thyroïde?**
CCCB_1U

- 1 Oui
- 2 Non

Autre problème de santé chronique

CC_Q221 **Êtes-vous atteint(e) de tout autre problème de santé de longue durée**
CCCB_1V **diagnostiqué par un professionnel de la santé?**

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

CC_Q221S **INTERVIEWEUR : Précisez.**
CCCAF1V

(80 espaces)

État de santé

HS_C00 Si l'âge < 4, passez à la section suivante.

HS_QINT1 **Les questions suivantes concernent votre état de santé. Les questions ne portent pas sur des maladies comme le rhume qui affectent les personnes pendant de courtes périodes. Elles concernent les capacités habituelles d'une personne. Il se peut que vous pensiez qu'elles ne s'appliquent pas à vous, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

Vision

HS_C01 Si l'âge < 12, remplacez «le journal» par «les mots dans un livre».

HS_Q01 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact?**
HSCB_1

- 1 Oui (Passez à HS_Q04)
- 2 Non
NSP, R (Passez à la section suivante)

HS_Q02 **Habituellement, voyez-vous assez bien pour lire le journal avec des lunettes ou des verres de contact?**
HSCB_2

- 1 Oui (Passez à HS_Q04)
- 2 Non

HS_Q03 **Êtes-vous capable de voir quoi que ce soit?**
HSCB_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS_Q06)
NSP, R (Passez à HS_Q06)

HS_Q04 **Voyez-vous assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact?**
HSCB_4

- 1 Oui (Passez à HS_Q06)
- 2 Non
NSP, R (Passez à HS_Q06)

HS_Q05 **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?**
HSCB_5

- 1 Oui
- 2 Non

Ouïe

HS_Q06 **Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins**
HSCB_6 3 personnes sans vous servir d'une prothèse auditive?

- 1 Oui (Passez à HS_C10)
- 2 Non
NSP, R (Passez à HS_C10)

HS_Q07 **Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins**
HSCB_7 3 personnes avec l'aide d'une prothèse auditive?

- 1 Oui (Passez à HS_Q08)
- 2 Non

HS_Q07A **Pouvez-vous entendre quoi que ce soit?**
HSCB_7A

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS_C10)
- NSP, R (Passez à HS_C10)

HS_Q08 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans**
HSCB_8 une pièce silencieuse sans vous servir d'une prothèse auditive?

- 1 Oui (Passez à HS_C10)
- 2 Non
R (Passez à HS_C10)

HS_Q09 **Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne**
HSCB_9 dans une pièce silencieuse avec l'aide d'une prothèse auditive?

- 1 Oui
- 2 Non

Élocution

HS_C10 Si l'âge >= 12, passez à HS_Q10.

HS_QINT3 **Les quelques questions sur la santé quotidienne que voici concernent les aptitudes de**
[FNAME] par rapport aux aptitudes d'autres enfants du même âge.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

HS_Q10 **Habituellement, êtes-vous parfaitement compris(e) lorsque vous parlez dans votre**
HSCB_10 langue avec des inconnus?

- 1 Oui (Passez à HS_Q14)
- 2 Non
R (Passez à HS_Q14)

HS_Q11 **Êtes-vous partiellement compris(e) lorsque vous parlez à des inconnus?**
HSCB_11

- 1 Oui
- 2 Non

HS_Q12
HSCB_12 Êtes-vous parfaitement compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?

- 1 Oui (Passez à HS_Q14)
- 2 Non
R (Passez à HS_Q14)

HS_Q13
HSCB_13 Êtes-vous partiellement compris(e) lorsque vous parlez à des personnes qui vous connaissent bien?

- 1 Oui
- 2 Non

Mobilité

HS_Q14
HSCB_14 **Habituellement, pouvez-vous marcher dans le quartier sans difficulté et sans vous servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?**

- 1 Oui (Passez à HS_Q21)
- 2 Non
NSP, R (Passez à HS_Q21)

HS_Q15
HSCB_15 **Pouvez-vous marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS_Q18)
- NSP, R (Passez à HS_Q18)

HS_Q16
HSCB_16 **Avez-vous besoin d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles pour marcher dans le quartier?**

- 1 Oui
- 2 Non

HS_Q17
HSCB_17 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher?**

- 1 Oui
- 2 Non

HS_Q18
HSCB_18 **Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à HS_Q21)
- NSP, R (Passez à HS_Q21)

HS_Q19
HSCB_19 **À quelle fréquence utilisez-vous un fauteuil roulant?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

HS_Q20 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour vous déplacer en fauteuil**
HSCB_20 **roulant?**

1 Oui
2 Non

Mains et doigts

HS_Q21 **Habituellement, pouvez-vous saisir et manipuler des petits objets, notamment un**
HSCB_21 **crayon ou des ciseaux?**

- 1 Oui (Passez à HS_Q25)
2 Non
NSP, R (Passez à HS_Q25)

HS_Q22 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin**
HSCB_22 **de l'aide d'une autre personne?**

- 1 Oui
2 Non (Passez à HS_Q24)
NSP, R (Passez à HS_Q24)

HS_Q23 **Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir :**
HSCB_23 **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

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

HS_Q24 **En raison de limitations dans l'usage des mains ou des doigts, avez-vous besoin**
HSCB_24 **d'équipement spécial, comme un appareil pour vous aider à vous habiller?**

- 1 Oui
2 Non

Sentiments

HS_Q25 **Vous décririez-vous comme étant habituellement :**
HSCB_25 **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

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

Mémoire

HS_Q26 **Comment décririez-vous votre capacité habituelle à vous souvenir des choses?**
HSCB_26 **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

- 1 **Capable de vous souvenir de la plupart des choses**
2 **Plutôt porté(e) à oublier des choses**
3 **Très porté(e) à oublier des choses**
4 **INCAPABLE DE SE RAPPELER QUOI QUE CE SOIT**

Pensée

HS_Q27
HSCB_27 **Comment décririez-vous votre capacité habituelle à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 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**

Douleurs et malaises

HS_Q28
HSCB_28 **Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises?**

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

HS_Q29
HSCB_29 **Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

HS_Q30
HSCB_30 **Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

Activités physiques

PA_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

PA_QINT1 **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 loisir.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

PA_Q1 **Au cours des 3 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a trois mois] et se terminant hier, avez-vous fait les activités suivantes?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | | |
|---------|----|------------------------------------|--------------------------------|
| PACB_1A | 1 | Marche pour faire de l'exercice | |
| PACB_1B | 2 | Jardinage ou travaux à l'extérieur | |
| PACB_1C | 3 | Natation | |
| PACB_1D | 4 | Bicyclette | |
| PACB_1E | 5 | Danse moderne ou danse sociale | |
| PACB_1F | 6 | Exercices à la maison | |
| PACB_1G | 7 | Hockey sur glace | |
| PACB_1H | 8 | Patinage sur glace | |
| PACB_1Y | 9 | Patin à roues alignées | |
| PACB_1J | 10 | Jogging ou course | |
| PACB_1K | 11 | Golf | |
| PACB_1L | 12 | Exercices dirigés ou aérobic | |
| PACB_1I | 13 | Ski alpin ou planche à neige | |
| PACB_1N | 14 | Quilles | |
| PACB_1O | 15 | Baseball ou balle molle | |
| PACB_1P | 16 | Tennis | |
| PACB_1Q | 17 | Poids et haltères | |
| PACB_1R | 18 | Pêche | |
| PACB_1S | 19 | Volleyball | |
| PACB_1T | 20 | Basketball (Ballon panier) | |
| PACB_1U | 21 | Autre | |
| PACB_1V | 22 | Aucune activité physique | (Passez à PA_QINT2) |
| | | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

Si «Autre» est choisi, passez à PA_Q1US. Autrement, passez à PA_Q1W.

PA_Q1US **Quelle était cette activité?**
PACBFC1 INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement.

(80 espaces)

PA_Q1W **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait une autre activité de loisir?**
PACB_1W

- | | | |
|---|--------|------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à PA_Q2) |
| | NSP, R | (Passez à PA_Q2) |

PA_Q1WS **Quelle était cette activité?**
PACBFC2 INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement

(80 espaces)

PA_Q1X **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait une autre activité de loisir?**
PACB_1X

- | | | |
|---|--------|------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à PA_Q2) |
| | NSP, R | (Passez à PA_Q2) |

PA_Q1XS
PACBFC3

Quelle était cette activité?

INTERVIEWEUR : Inscrivez une activité seulement

(80 espaces)

Pour chacune des activités indiquées à PA_Q1, posez les questions PA_Q2 et PA_Q3.

PA_Q2
PACB_2A
À
PACB_2Y

Combien de fois avez-vous fait [l'activité identifiée] au cours des 3 derniers mois?

[_][_][_] Fois
(MIN : 1) (MAX : 99) pour chacun sauf les suivants :
Marche : MAX = 270
Bicyclette : MAX = 200
Autre : MAX = 200
NSP, R (Passez à l'activité suivante)

PA_Q3
PACB_3A
À
PACB_3Y

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

- 1 De 1 à 15 minutes
- 2 De 16 à 30 minutes
- 3 De 31 à 60 minutes
- 4 Plus d'une heure

PA_QINT2

Les prochaines questions portent sur le temps consacré, au cours des 3 derniers mois, à des activités physiques au travail ou dans les tâches quotidiennes à la maison, c'est-à-dire en dehors des activités de loisirs.

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

PA_Q4A
PACB_4A

Au cours des 3 derniers mois, durant une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passées à marcher pour vous rendre au travail ou à l'école ou pour faire des courses?

- 1 Aucune
- 2 Moins d'une heure
- 3 De 1 à 5 heures
- 4 De 6 à 10 heures
- 5 De 11 à 20 heures
- 6 Plus de 20 heures

PA_Q4B
PACB_4B

Durant une semaine normale, combien d'heures avez-vous habituellement passées à bicyclette pour vous rendre au travail ou à l'école ou encore pour faire des courses?

- 1 Aucune
- 2 Moins d'une heure
- 3 De 1 à 5 heures
- 4 De 6 à 10 heures
- 5 De 11 à 20 heures
- 6 Plus de 20 heures

PA_C5

Si le répondant a indiqué «bicyclette» comme activité à PA_Q1 ou une réponse > « Aucune » à PA_Q4B, posez la question PA_Q5. Autrement, passez à PA_Q6.

PA_Q5
PACB_5 **Quand vous faites du vélo, à quelle fréquence portez-vous un casque?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Tout le temps / toujours**
- 2 **La plupart du temps**
- 3 **Rarement**
- 4 **Jamais**

PA_Q6
PACB_6 **Si l'on pense aux 3 derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Normalement assis(e) pendant la journée, sans trop marcher**
- 2 **Souvent debout ou en train de marcher pendant la journée, mais sans avoir à lever vraiment des objets**
- 3 **Levez ou transportez habituellement des objets légers ou montez souvent des escaliers ou des pentes**
- 4 **Faites du travail exténuant / portez des objets très lourds**

Exposition aux rayons ultraviolets (UV)

TU_C1 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

TU_QINT **On appelle coup de soleil tout rougeissement, tout inconfort ou tout malaise de la peau qui persiste pendant plus de 12 heures après l'exposition au soleil ou à toute autre source de rayons ultraviolets, comme les lits de bronzage et les lampes solaires.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

TU_Q1
TUCB_3 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un coup de soleil sur une partie ou une autre de votre corps?**

- 1 **Oui**
- 2 **Non**

Mouvements répétitifs

RP_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

RP_QINT **La prochaine section porte sur les lésions attribuables aux mouvements répétitifs, c'est-à-dire sur les blessures causées par la surutilisation des mêmes muscles et tendons ou par la répétition fréquente d'un même mouvement. (Par exemple, syndrome du canal carpien, le «tennis elbow» ou la tendinite.)**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

RP_Q1
RPCB_1 **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, vous êtes-vous blessé(e) à cause de mouvements répétitifs de façon assez grave pour limiter vos activités normales?**

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

RP_Q3
RPCB_3 En pensant à la blessure la plus grave due à des mouvements répétitifs, quelle partie du corps a été atteinte?

- 1 Tête
- 2 Cou
- 3 Épaule, bras
- 4 Coude, avant-bras
- 5 Poignet, main
- 6 Hanche
- 7 Cuisse
- 8 Genou, partie inférieure de la jambe
- 9 Cheville, pied
- 10 Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 11 Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 12 Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
- 13 Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)

RP_Q4 À quel genre d'activité vous adonnez-vous au moment où est survenue cette blessure suite à un mouvement répétitif?

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------|---|---|
| RPCB_5A | 1 | Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires) |
| RPCB_5B | 2 | Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat) |
| RPCB_5C | 3 | Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi) |
| RPCB_5D | 4 | Tâches ménagères, autre travail non rémunéré, éducation |
| RPCB_5E | 5 | Sommeil, repas, soins personnels |
| RPCB_5F | 6 | Autre - Précisez |

Blessures

IJ_CINT Si l'âge < 12 ou RP_Q1 <> « Oui », utilisez le mot « les » et n'utilisez pas la phrase « d'autres » à IJ_QINT.

IJ_QINT Voici quelques questions concernant [d'autres/les] blessures subies au cours des 12 derniers mois. On s'intéresse à des blessures suffisamment graves pour limiter vos activités normales. Par exemple, une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une entorse à la cheville ou un empoisonnement.

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

IJ_C01 Si RP_Q1 <> 1, n'utilisez que la deuxième partie de la phrase dans IJ_Q01.

IJ_Q01
IJCB_1 (Sans tenir compte des blessures attribuées aux mouvements répétitifs,) Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire, la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, vous êtes-vous blessé(e)?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ_Q14)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IJ_Q02
IJCB_2

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

|_|_| Fois
(MIN : 1) (MAX : 30; avertissement après 6)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IJ_Q03
IJCB_3

(Si l'on considère la blessure la plus grave,) Quel genre de blessure avez-vous subie? Par exemple, une fracture ou une brûlure.

- 1 Blessures multiples
- 2 Fracture ou cassure
- 3 Brûlure, brûlure chimique
- 4 Dislocation
- 5 Entorse ou foulure
- 6 Coupure, perforation, morsure d'animal (plaie ouverte)
- 7 Éraflure, meurtrissure, cloque
- 8 Commotion ou autre traumatisme cérébral (Passez à IJ_Q06)
- 9 Empoisonnement (Passez à IJ_Q06)
- 10 Lésion des organes internes (Passez à IJ_Q05)
- 11 Autre - Précisez

IJ_Q04
IJCB_4

Quelle partie du corps a été atteinte?

- 1 Parties multiples
- 2 Yeux
- 3 Tête (sauf les yeux)
- 4 Cou
- 5 Épaule, bras
- 6 Coude, avant-bras
- 7 Poignet, main
- 8 Hanche
- 9 Cuisse
- 10 Genou, partie inférieure de la jambe
- 11 Cheville, pied
- 12 Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 13 Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
- 14 Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
- 15 Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)

Passez à IJ_Q06

IJ_Q05
IJCB_4A

Quelle partie du corps a été atteinte?

- 1 Poitrine (dans les limites de la cage thoracique)
- 2 Abdomen ou pelvis (sous les côtes)
- 3 Autre - Précisez

IJ_Q06
IJCB_5

Où la blessure a-t-elle eu lieu?

INTERVIEWEUR : Si le répondant dit «Au travail», demandez des précisions sur le type de lieu de travail.

- 1 Dans une maison ou aux alentours
- 2 Institution résidentielle
- 3 École, collège, université (sauf les lieux de sport)
- 4 Autre établissement (p.ex., église, hôpital, théâtre, édifice public)
- 5 Lieux de sport ou d'athlétisme (y compris les lieux de sport des écoles)
- 6 Rue, autoroute, trottoir
- 7 Zone commerciale (p.ex., magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport)
- 8 Zone industrielle ou de construction
- 9 Entreprise agricole (sauf la maison de l'agriculteur et autour de la maison)
- 10 Autre - Précisez

IJ_Q07
IJCB_9

Que faisiez-vous quand vous avez été blessé(e)?

- 1 Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires)
- 2 Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat)
- 3 Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi)
- 4 Tâches ménagères, autre travail non rémunéré, éducation
- 5 Sommeil, repas, soins personnels
- 6 Autre - Précisez

IJ_Q08
IJCB_10

La blessure a-t-elle été causée par une chute?

INTERVIEWEUR : Choisissez «Non» pour les accidents de transport.

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ_Q10)
NSP, R (Passez à IJ_Q10)

IJ_Q09
IJCB_10A

Comment êtes-vous tombé(e)?

- 1 En patinant, en skiant, en faisant de la planche à neige, en faisant du patinage à roues alignées ou en faisant de la planche à roulettes
- 2 En montant ou en descendant un escalier / des marches (glacées ou non)
- 3 En glissant, en faisant un faux pas ou en trébuchant sur de la glace ou de la neige
- 4 En glissant, en faisant un faux pas ou en trébuchant sur toute autre surface
- 5 D'un meuble (p.ex., lit, chaise)
- 6 D'un endroit élevé (p.ex., échelle, arbre)
- 7 Autre - Précisez

Passez à IJ_Q11

IJ_Q10
IJCB_10B

Quelle a été la cause de la blessure?

- 1 Accident de transport
- 2 Frappé(e), poussé(e), mordu(e), etc. accidentellement par une personne ou par un animal
- 3 Heurté(e) ou écrasé(e) accidentellement par un objet
- 4 Contact accidentel avec une machine, un objet ou un outil tranchant
- 5 Fumée, feu, flammes
- 6 Contact accidentel avec un objet, un liquide ou un gaz chaud
- 7 Conditions climatiques extrêmes ou catastrophe naturelle
- 8 Exercice trop intensif ou mouvement ardu
- 9 Agression
- 10 Autre - Précisez

IJ_Q11
IJCB_11

Avez-vous reçu, pour cette blessure, des soins médicaux d'un professionnel de la santé dans un délai de 48 heures?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à IJ_Q14)
NSP, R (Passez à IJ_Q14)

IJ_Q12
IJCB_12

Où avez-vous été soigné(e)?

- 1 Bureau du médecin
- 2 Salle d'urgence d'un hôpital
- 3 Clinique - externe d'un hôpital (p.ex., chirurgie d'un jour, cancer)
- 4 Clinique - sans rendez-vous
- 5 Clinique - avec rendez-vous
- 6 CLSC / Centre de santé communautaire
- 7 Au travail
- 8 À l'école
- 9 À la maison
- 10 Consultation téléphonique uniquement
- 11 Autre - Précisez

IJ_Q13
IJCB_13

Avez-vous été admis(e) à l'hôpital durant une nuit ou plus?

- 1 Oui
- 2 Non

IJ_Q14
IJCB_14

Avez-vous eu d'autres blessures qui se sont produites au cours des 12 derniers mois et qui ont été traitées par un professionnel de la santé, mais qui n'ont pas limité vos activités normales?

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

IJ_Q15
IJCB_15

Combien de blessures?

|_|_| Blessures
(MIN : 1) (MAX : 30; avertissement après 6)

Stress

ST_C100 Si interview par procuration ou l'âge < 12, passez à la section suivante.

Problèmes actuels

ST_QINT1A

La partie suivante du questionnaire traite de différentes formes de stress. Bien que les questions puissent sembler répétitives, elles portent sur des aspects différents de la santé physique, émotionnelle et mentale d'une personne.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_QINT1B **Je vais maintenant vous décrire des situations qui surviennent parfois dans la vie des gens. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions. Il suffit de choisir la réponse qui correspond le mieux à votre situation. J'aimerais que vous me disiez si ces énoncés s'appliquent à vous actuellement. Vous n'avez qu'à répondre vrai ou faux, selon le cas.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_Q101 **Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.**

STCB_C1

- 1 Vrai
 - 2 Faux
- R (Passez à ST_C400)

ST_Q102 **Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.**

STCB_C2

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q103 **Les autres attendent trop de votre part.**

STCB_C3

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_C104 Si l'âge < 18, passez à ST_Q112.

ST_Q104 **Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.**

STCB_C4

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_C105 Si l'état matrimonial = marié(e) ou en union libre, passez à ST_Q105. Si l'état matrimonial = célibataire, veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e), passez à ST_Q108. Autrement (c.-à-d., ne sait pas), passez à ST_Q109.

ST_Q105 **Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.**

STCB_C5

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q106 **Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.**

STCB_C6

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q107 **Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.**

STCB_C7

- 1 Vrai
- 2 Faux

Passez à ST_Q109

ST_Q108 **Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.**

STCB_C8

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q109 **Avez-vous des enfants?**

STCB_C9

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ST_Q112)
- NSP, R (Passez à ST_Q112)

ST_Q110 **Rappelez-vous, il s'agit ici de savoir si vous ressentez que les énoncés qui suivent correspondent à ce que vous vivez présentement. Un de vos enfants semble être très malheureux.**

STCB_C10

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q111 **Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.**

STCB_C11

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q112 **Votre travail à la maison n'est pas apprécié.**

STCB_C12

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_C113 Si l'âge < 18, passez à ST_Q118.

ST_Q113 **Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.**

STCB_C13

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q114 **Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.**

STCB_C14

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q115 **L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.**

STCB_C15

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q116 **Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.**

STCB_C16

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q117 **Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.**

STCB_C17

- 1 Vrai
- 2 Faux

ST_Q118 **Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.**

STCB_C18

- 1 Vrai
- 2 Faux

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

ST_C300 Si l'âge < 18, passez à ST_C400.

ST_QINT3 **Je vais maintenant décrire des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e), soit avant que vous ne quittiez la maison. Veuillez me dire si les énoncés qui suivent décrivent des choses qui vous sont arrivées.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_Q301 **Avez-vous passé 2 semaines ou plus à l'hôpital?**

ST_B_T1

- 1 Oui
- 2 Non
- R (Passez à ST_C400)

ST_Q302 **Est-ce que vos parents ont divorcé?**

ST_B_T2

- 1 Oui
- 2 Non

ST_Q303 **Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?**

ST_B_T3

- 1 Oui
- 2 Non

ST_Q304 **Vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?**

ST_B_T4

- 1 Oui
- 2 Non

ST_Q305 **Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?**

ST_B_T5

- 1 Oui
- 2 Non

ST_Q306 **Est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?**

ST_B_T6

- 1 Oui
- 2 Non

ST_Q307 **Avez-vous déjà été maltraité(e) physiquement par un proche?**

ST_B_T7

- 1 Oui
- 2 Non

Stress au travail

ST_C400 Si l'âge < 15 ou âge > 75, passez à ST_C600.

ST_QINT4A **Je vais maintenant lire une série d'énoncés qui peuvent décrire votre situation d'emploi actuelle.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_Q400 **Actuellement, travaillez-vous à un emploi ou à une entreprise?**

STCB_W1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ST_C600)
- NSP, R (Passez à ST_C600)

ST_QINT4B **Dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord ou entièrement en désaccord. Si vous avez plus d'un emploi, pensez à l'emploi principal.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_Q401 **Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances.**

STCB_W1A

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord
- R (Passez à ST_C600)

ST_Q402 **Votre travail exige un niveau élevé de compétences.**

STCB_W1B

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q403 **Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler.**

STCB_W1C

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q404 **Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.**

STCB_W1D

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q405 **Votre travail est frénétique.**
STCB_W1E **INTERVIEWEUR** : Si nécessaire, expliquer qu'un travail frénétique est un travail mouvementé et très chargé.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q406 **Vous n'avez pas à répondre à des demandes conflictuelles.**
STCB_W1F **INTERVIEWEUR** : Si nécessaire, expliquer que la question porte sur les demandes conflictuelles au travail.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q407 **Vous avez une bonne sécurité d'emploi.**
STCB_W1G

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q408 **Votre travail exige beaucoup d'efforts physiques.**
STCB_W1H

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q409 **Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail.**
STCB_W1I

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q410 **Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues.**
STCB_W1J

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q411 **Votre surveillant(e) facilite l'exécution du travail.**

STCB_W1K

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q412 **Vos collègues facilitent l'exécution du travail.**

STCB_W1L

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q413 **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre travail?**

STCB_W2

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Très satisfait(e)**
- 2 **Plutôt satisfait(e)**
- 3 **Pas trop satisfait(e)**
- 4 **Insatisfait(e)**

Contrôle

ST_C600 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

ST_QINT6 **Je vais maintenant vous lire une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour se décrire.**
Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord ou entièrement en désaccord.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

ST_Q601 **Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.**

STCB_M1A

- 1 Tout à fait d'accord
 - 2 D'accord
 - 3 Ni en accord ni en désaccord
 - 4 En désaccord
 - 5 Entièrement en désaccord
- R (Passez à la section suivante)

ST_Q602 **Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.**

STCB_M1B

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q603
STCB_M1C **Vous ne pouvez pas faire grand chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q604
STCB_M1D **Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q605
STCB_M1E **Vous trouvez parfois que vous vous faites malmené dans la vie.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q606
STCB_M1F **Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

ST_Q607
STCB_M1G **Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Ni en accord ni en désaccord
- 4 En désaccord
- 5 Entièrement en désaccord

Consommation de médicaments

DG_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

DG_QINT **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant l'utilisation de médicaments, sur ordonnance ou non, et d'autres produits pour la santé.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

DG_Q1A **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

DGCB_1A **... des analgésiques tels que l'Aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires)?**

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

DG_Q1B **... des tranquillisants tels que le Valium ou l'Ativan?**

DGCB_1B

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1C **... des pilules pour maigrir tels que le Ponderal, le Dexatrim ou le Fastin?**

DGCB_1C

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1D **... des antidépresseurs tels que le Prozac, le Paxil ou l'Effexor?**

DGCB_1D

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1E **... de la codéine, du Demerol ou de la morphine?**

DGCB_1E

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1F **... des médicaments contre les allergies tels que le Reactine ou l'Allegra?**

DGCB_1F

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1G **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

DGCB_1G **... des médicaments contre l'asthme, tels que des médicaments en inhalateur ou en nébuliseur?**

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1H **... des remèdes contre la toux ou contre le rhume?**

DGCB_1H

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1I **... de la pénicilline ou d'autres antibiotiques?**

DGCB_1I

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1J ... des médicaments pour le cœur?

DGCB_1J

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1K ... des médicaments pour la tension artérielle?

DGCB_1K

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1L Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :

DGCB_1L ... des diurétiques ou pilules contre la rétention d'eau?

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1M ... des stéroïdes?

DGCB_1M

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1N ... de l'insuline?

DGCB_1N

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1O ... des pilules pour contrôler le diabète?

DGCB_1O

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1P ... des somnifères tels que l'Imovane, le Nytol ou le Starnoc?

DGCB_1P

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1Q ... des médicaments contre les maux d'estomac?

DGCB_1Q

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1R ... des laxatifs?

DGCB_1R

- 1 Oui
- 2 Non

DG_C1S Si de sexe féminin et l'âge <= 49, passez à DG_Q1S. Autrement, passez à DG_C1T.

DG_Q1S ... des pilules contraceptives?

DGCB_1S

- 1 Oui
- 2 Non

DG_C1T Si de sexe féminin et l'âge \geq 30, passez à DG_Q1T. Autrement, passez à DG_Q1U.

DG_Q1T
DGCB_1T **... des hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes de vieillissement?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DG_Q1U)
- NSP, R (Passez à DG_Q1U)

DG_Q1T1
DGCB_1T1 **Quel type d'hormones prenez-vous?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Estrogène seulement**
- 2 **Progestérone seulement**
- 3 **Les deux**
- 4 **Ni l'un ni l'autre**

DG_Q1T2
DGCB_1T2 **Quand avez-vous commencé cette hormonothérapie?**
INTERVIEWEUR : Inscrivez l'année.

|_|_|_| Année
(MIN : année de naissance + 30) (MAX : année courante)

DG_Q1U **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, avez-vous pris :**

DGCB_1U **... des médicaments pour la thyroïde, tels que le Synthroïde ou la lévothyroxine?**

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q1V
DGCB_1V **... tout autre médicament?**

- 1 Oui (Précisez)
- 2 Non

DG_C2 Si un ou des médicaments sont précisés aux questions DG_Q1A à DG_Q1V, passez à DG_Q2. Autrement, passez à DG_Q4.

DG_Q2
DGCB_2 **Pensez maintenant à hier et à avant-hier. Durant ces 2 journées, combien de médicaments différents avez-vous pris?**

|_| Médicaments
(MIN : 0 MAX : 99; avertissement après 10)
NSP, R (Passez à DG_Q4)

DG_C3 Si le nombre = 0, passez à DG_Q4. Chaque fois que le nombre $>$ 0, posez la question DG_Q3nn et DG_Q3nnA jusqu'à concurrence de 12 médicaments.

DG_Q3nn
DGCBF3A
à
DGCBF3L **Quel est le nom exact du médicament que vous avez pris?**
INTERVIEWEUR : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

(80 espaces)
NSP, R (Passez à DG_Q4)

DG_Q3nnA **Était-ce une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste?**

DGCB_3AA

À

DGCB_3LA

- 1 Oui
- 2 Non

DG_Q4

DGCB_4

De nombreuses personnes utilisent des produits pour la santé comme des pommades, des vitamines, des herbes, des minéraux ou des boissons à base de protéines pour prévenir la maladie ou pour maintenir ou améliorer leur santé. Est-ce que vous utilisez des produits de ce genre?

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

DG_Q4A

DGCB_4A

Au cours des 2 derniers jours, c'est-à-dire, hier et avant-hier, avez-vous utilisé des produits de ce genre?

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

DG_Q501

DGCBF5A

En pensant aux 2 dernières journées, quel est le nom exact d'un des produits pour la santé utilisés?

INTERVIEWEUR : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

(80 espaces)

NSP, R (Passez à la section suivante)

DG_Q5nnA

DGCB_5AA

à

DGCB_5KA

Avez-vous utilisé un autre produit pour la santé?

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

DG_Q5nn

DGCBF5B

à

DGCBF5L

Quel est le nom exact de ce produit?

INTERVIEWEUR : Demandez au répondant de regarder sur la bouteille, le tube ou la boîte.

(80 espaces)

NSP, R (Passez à la section suivante)

DG_C5

Demandez DG_Q5nnA et DG_Q5nn jusqu'à concurrence de 12 produits.

Usage du tabac

SM_C101

Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

SM_Q101

SMCB_1

Les questions suivantes portent sur l'usage du tabac.

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

- 1 Oui
- 2 Non

SM_Q102 **Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?**
SMCB_2

- 1 Tous les jours
- 2 À l'occasion (Passez à SM_Q105B)
- 3 Jamais (Passez à SM_Q104A)
NSP, R (Passez à la section suivante)

SM_C103 Si le répondant signale avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview, passez à SM_Q104 (SM_Q103 a été rempli lors du traitement).

SM_Q103 **À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?**
SMCB_3

||_| Âge en années
(MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM_Q104 **Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?**
SMCB_4

|| Cigarettes
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 60)

Passez à SM_C108B

SM_Q104A **Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?**
SMCB_4A

- 1 Oui (Passez à SM_Q105A)
- 2 Non (Passez à SM_C113)
NSP, R

SM_C104B Si interview sans procuration et le répondant signale avoir fumé lors de la dernière interview, passez à SM_Q104B. Autrement, passez à SM_C113.

SM_Q104B **(Rappelez-vous, dans le cadre de cette enquête il est important de mesurer les changements.)**
SMCB_4B
À notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], nous avons noté que vous aviez déjà fumé. Cette fois, cependant nous ne l'avons pas fait. Donc, est-ce que vous avez déjà fumé la cigarette?

- 1 Oui (SM_Q104A a été rempli avec « 1 » lors du traitement)
- 2 Non (Passez à SM_C113)
NSP, R (Passez à SM_C113)

SM_Q105B **Les jours où vous fumez, combien de cigarettes consommez-vous habituellement?**
SMCB_5B

|| Cigarettes
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20)

SM_Q105C **Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous fumé 1 cigarette ou plus?**
SMCB_5C

|| Jours
(MIN : 0) (MAX : 30)

SM_Q105A **Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)?**
SMCB_5A

- 1 Oui
- 2 Non

SM_C105D Si le répondant signale avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview ou le répondant signale déjà avoir fumé tous les jours lors de la dernière interview, passez à SM_C108B (SM_Q105D a été rempli avec « 1 » lors du traitement).

SM_Q105D **Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?**

SMCB_5

- 1 Oui
2 Non (Passez à SM_C108B)
NSP, R (Passez à SM_C113)

SM_Q106 **À quel âge avez-vous commencé à fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMCB_6

||_| Âge en années
(MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM_Q107 **Habituellement, combien de cigarettes fumiez-vous chaque jour?**

SMCB_7

|| Cigarettes
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 60)

SM_Q108 **À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours?**

SMCB_8

||_| Âge en années
(MIN : 5 ou âge en SM_Q106) (MAX : âge actuel)

SM_C108B Si SM_Q102 = 3 (non-fumeur), passez à SM_C109.

SM_Q108B **Quelle est la marque de cigarettes [que vous/qu'il/qu'elle] [fumez/fume], généralement?**

INTERVIEWEUR : Si nécessaire, demandez des précisions sur le type et le format.

SM_Q108S INTERVIEWEUR : Précisez.

SMCBC8B

(80 espaces)
NSP, R (Non permis)

Passez à SM_C109

SM_C109

	Fume - 2004	Fume - 2006	Passez à
Sans procuration seulement	Tous les jours ou à l'occasion	Jamais	SM_Q109
Sans procuration seulement	Jamais	Tous les jours ou à l'occasion	SM_Q110
Sans procuration seulement	Tous les jours	À l'occasion	SM_Q111
Sans procuration seulement	À l'occasion	Tous les jours	SM_Q112
Autrement	-	-	SM_C113

NOTA : Si le répondant signale n'avoir «jamais fumé» même après la question d'approfondissement en SM_Q104B, et qu'il y a un changement entre 2004 et 2006, alors aucune autre question n'est posée.

Si SM_Q104B = 2 alors SM_Q109, SM_Q110, SM_Q111 et SM_Q112 deviennent automatiquement « sans objet ».

SM_Q109
SMCB_9

Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous ne fumez plus. Pourquoi avez-vous cessé?

- 1 Jamais fumé
- 2 Ne fumait pas à la dernière interview
- 3 Santé physique affectée
- 4 Coût
- 5 Pressions sociales / familiales
- 6 Les activités sportives
- 7 Grossesse
- 8 Restrictions de fumer
- 9 Conseil du médecin
- 10 Effet de fumée secondaire sur les autres
- 11 Autre - Précisez

Passez à SM_C113.

SM_Q110
SMCB_10

Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez actuellement. Pourquoi avez-vous commencé?

- 1 Fumait à la dernière interview
- 2 Parents / amis fument
- 3 Tout le monde autour de moi fume
- 4 Pour être «cool»
- 5 Par curiosité
- 6 Stress
- 7 A recommencé après avoir essayé de cesser
- 8 Coût
- 9 Pour contrôler son poids
- 10 Autre - Précisez

Passez à SM_C113.

SM_Q111
SMCB_11 **Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez moins qu'avant. Pourquoi avez-vous réduit votre consommation?**

- 1 N'a pas réduit
- 2 Ne fumait pas à la dernière interview
- 3 A essayé de cesser
- 4 Santé physique affectée
- 5 Coût
- 6 Pressions sociales / familiales
- 7 Les activités sportives
- 8 Grossesse
- 9 Restrictions de fumer
- 10 Conseil du médecin
- 11 Effet de fumée secondaire sur les autres
- 12 Autre - Précisez

Passez à SM_C113.

SM_Q112
SMCB_12 **Comparativement à notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], vous dites que vous fumez plus qu'avant. Pourquoi avez-vous augmenté votre consommation?**

- 1 N'a pas augmenté
- 2 Parents / amis fument
- 3 Tout le monde autour de moi fume
- 4 Pour être «cool»
- 5 Par curiosité
- 6 Stress
- 7 Augmenté après avoir essayé de cesser / réduire
- 8 Coût
- 9 Pour contrôler son poids
- 10 Autre - Précisez

SM_C113 Si SM_Q102 = 1 (fumeur régulier) ou SM_Q102 = 2 (fumeur occasionnel) ou [SM_Q102 = 3 (non fumeur) et (SM_Q104A = 1 ou SM_Q104B = 1)], passez à SM_Q114.

SM_Q113
SMCB_13 **Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à SM_C200)
- NSP (Passez à SM_C200)

SM_Q114
SMCB_14 **À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?**

|_|_|_| Âge en années
(MIN : 5) (MAX : âge actuel)

SM_C200 Si interview par procuration, passez à la section suivante.

SM_C201 Si SM_Q102 = 1 (fume à tous les jours), passez à SM_Q201. Autrement, passez à SM_C202.

SM_Q201 **Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?**

SMCB_201

- 1 Dans les 5 premières minutes
- 2 6 à 30 minutes après le réveil
- 3 31 à 60 minutes après le réveil
- 4 Plus de 60 minutes après le réveil

SM_Q201A **Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits?**

SMCB_21A

- 1 Oui
- 2 Non

SM_Q201B **Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable?**

SMCB_21B

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **La première de la journée**
- 2 **Une autre**

SM_Q201C **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés dans les premières heures après le réveil, comparativement au reste de la journée?**

SMCB_21C

- 1 Oui
- 2 Non

SM_Q201D **Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit presque toute la journée?**

SMCB_21D

- 1 Oui
- 2 Non

SM_C202 Si SM_Q102 = 1 (fume à tous les jours) ou SM_Q102 = 2 (fume à l'occasion), passez à SM_Q202. Autrement, passez à SM_C206.

SM_Q202 **Avez-vous essayé d'arrêter de fumer au cours des 6 derniers mois?**

SMCB_202

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à SM_C206)
- NSP, R (Passez à SM_C206)

SM_Q203 **Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer (au cours des 6 derniers mois)?**

SMCB_203

[_ _] Fois
(MIN :1) (MAX : 25)

SM_Q204 **Envisagez-vous sérieusement d'arrêter de fumer au cours des 30 prochains jours?**

SMCB_204

- 1 Oui (Passez à SM_C206)
- 2 Non

SM_Q205 **Envisagez-vous sérieusement d'arrêter de fumer au cours des 6 prochains mois?**

SMCB_205

- 1 Oui
- 2 Non

SM_C206 Si ST_Q400 = 1 (travaille actuellement) et interview sans procuration, passez à SM_Q206. Autrement, passez à la section suivante.

SM_Q206
SMCB_206 **À votre lieu de travail, quelles sont les restrictions sur l'usage du tabac?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Complètement défendu**
- 2 **Permis seulement dans des endroits désignés**
- 3 **Défendu seulement à certains endroits**
- 4 **Pas défendu du tout**

Consommation d'alcool

AL_C1 Si l'âge < 12, passez à la section suivante.

AL_QINT **J'aimerais maintenant poser des questions sur votre consommation d'alcool.**
Lorsqu'on parle d'un «verre», on entend par là :
 - une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût
 - un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin («cooler»)
 - un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AL_Q1A
ALCB_1A **Depuis notre interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview], est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AL_Q5B)
 NSP, R (Passez à la section suivante)

AL_Q1B
ALCB_1 **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?**

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AL_Q6)
 NSP, R (Passez à la section suivante)

AL_Q2
ALCB_2 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?**

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

AL_Q3 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?**

ALCB_3

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 2 à 3 fois par mois
- 5 Une fois par semaine
- 6 Plus d'une fois par semaine

AL_Q5 **Au cours de la semaine écoulée, c'est-à-dire entre [la date d'il y a une semaine] et hier, est-ce que vous avez bu de la bière, du vin, un spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?**

ALCB_5

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

AL_Q5A **Combien de verres avez-vous bus hier, c'est-à-dire [nom du jour] :**

- ALCB_5A1 1 ... **Dimanche?** (Si R à la première journée, passez à la section suivante)
- ALCB_5A2 2 ... **Lundi?** (MIN : 0 MAX : 99 avertissement après 12 pour chaque jour)
- ALCB_5A3 3 ... **Mardi?**
- ALCB_5A4 4 ... **Mercredi?**
- ALCB_5A5 5 ... **Jeudi?**
- ALCB_5A6 6 ... **Vendredi?**
- ALCB_5A7 7 ... **Samedi?**

Passez à la section suivante.

AL_Q5B **Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?**

ALCB_5B

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

AL_Q6 **Avez-vous déjà consommé de façon régulière plus de 12 verres d'alcool par semaine?**

ALCB_6

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

AL_Q7 **Pourquoi avez-vous réduit votre consommation d'alcool ou arrêté de boire complètement?**
INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|---------|----|--|
| ALCB_7A | 1 | Régime |
| ALCB_7B | 2 | Entraînement sportif |
| ALCB_7C | 3 | Grossesse |
| ALCB_7D | 4 | A vieilli |
| ALCB_7E | 5 | Buvait trop / un problème d'alcool |
| ALCB_7F | 6 | Nuisait - au travail, aux études / aux possibilités d'emploi |
| ALCB_7G | 7 | Nuisait - à la vie familiale ou à la vie personnelle |
| ALCB_7H | 8 | Nuisait - à la santé physique |
| ALCB_7I | 9 | Nuisait - aux relations avec les amis / à la vie sociale |
| ALCB_7J | 10 | Nuisait - à la situation financière |
| ALCB_7K | 11 | Nuisait - à la perception de la vie, au bonheur |
| ALCB_7L | 12 | Influence de la famille ou d'amis |
| ALCB_7M | 13 | Autre - Précisez |

Santé mentale

MH_C01 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.

MH_QINT **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant le bien-être mental et émotif.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

MH_Q01A **Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un mois] et se terminant hier, combien de fois vous êtes-vous senti(e) :**

MHCB_1A

... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Tout le temps |
| 2 | La plupart du temps |
| 3 | Parfois |
| 4 | Rarement |
| 5 | Jamais |
| NSP, R (Passez à MH_Q01K) | |

MH_Q01B **... nerveux(se)?**

MHCB_1B

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Tout le temps |
| 2 | La plupart du temps |
| 3 | Parfois |
| 4 | Rarement |
| 5 | Jamais |
| NSP, R (Passez à MH_Q01K) | |

MH_Q01C
MHCB_1C ... agité(e) ou ne tenant pas en place?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tout le temps
 - 2 La plupart du temps
 - 3 Parfois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_Q01D
MHCB_1D ... désespéré(e)?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tout le temps
 - 2 La plupart du temps
 - 3 Parfois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_Q01E
MHCB_1E ... bon(ne) à rien?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tout le temps
 - 2 La plupart du temps
 - 3 Parfois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_Q01F
MHCB_1F ... que tout était un effort?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tout le temps
 - 2 La plupart du temps
 - 3 Parfois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_C01G Si toutes les réponses de MH_Q01A à MH_Q01F sont «Jamais», passez à MH_Q01K.

MH_Q01G
MHCB_1G 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?

- 1 Plus souvent
 - 2 Moins souvent (Passez à MH_Q01I)
 - 3 Sensiblement à la même fréquence (Passez à MH_Q01J)
 - 4 N'a jamais ressenti ces sentiments (Passez à MH_Q01K)
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_Q01H **Est-ce beaucoup plus, plutôt plus ou un peu plus souvent que d'habitude?**

MHCB_1H

- 1 Beaucoup
 - 2 Plutôt
 - 3 Un peu
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

Passez à MH_Q01J

MH_Q01I **Est-ce beaucoup moins, plutôt moins ou un peu moins souvent que d'habitude?**

MHCB_1I

- 1 Beaucoup
 - 2 Plutôt
 - 3 Un peu
- NSP, R (Passez à MH_Q01K)

MH_Q01J **Dans quelle mesure ces sentiments perturbent-ils votre vie ou vos activités de tous les jours?**

MHCB_1J

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Beaucoup**
- 2 **Assez**
- 3 **Un peu**
- 4 **Pas du tout**

MH_Q01K **Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier, avez-vous vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale?**

MHCB_1K

- 1 Oui
 - 2 Non (Passez à MH_Q02)
- NSP, R (Passez à MH_Q02)

MH_Q01L **Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)?**

MHCB_1L

||_| Fois
(MIN : 1) (MAX : 366; avertissement après 25)

MH_Q01M **Qui avez-vous vu ou consulté?**

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | | |
|----------|---|--|
| MHCB_1MA | 1 | Médecin de famille ou omnipraticien |
| MHCB_1MB | 2 | Psychiatre |
| MHCB_1MC | 3 | Psychologue |
| MHCB_1MD | 4 | Infirmière |
| MHCB_1ME | 5 | Travailleur social |
| MHCB_1MF | 6 | Autre - Précisez |

MH_Q02 **Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de 2 semaines consécutives ou plus?**

MHCB_2

- 1 Oui
 - 2 Non (Passez à MH_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q03
MHCB_3

Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux 2 semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquelles ces sentiments ont été les plus forts.
Pendant cette période, ces sentiments duraient-ils :
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... toute la journée?
 - 2 ... presque toute la journée?
 - 3 ... environ la moitié de la journée? (Passez à MH_Q16)
 - 4 ... moins de la moitié de la journée? (Passez à MH_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q04
MHCB_4

Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les 2 semaines?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Tous les jours
 - 2 Presque tous les jours
 - 3 Moins souvent (Passez à MH_Q16)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q05
MHCB_5

Pendant ces 2 semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses?

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Perdre l'intérêt pour les choses)
 - 2 Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q06
MHCB_6

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

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Sentiments de fatigue)
 - 2 Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q07
MHCB_7

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

- 1 Pris du poids (PHRASE CLÉ = Gain de poids)
 - 2 Perdu du poids (PHRASE CLÉ = Perte de poids)
 - 3 Gardé presque le même poids (Passez à MH_Q09)
 - 4 Suivait un régime alimentaire (Passez à MH_Q09)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q08A
MHCB_8A

Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous [pris/perdus]?
INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

[[[Poids
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20 livres / 9 kilogrammes)
NSP, R (Passez à MH_Q09)

MH_Q08B
MHCB_8B

INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

- MHCB_8LB
MHCB_8KG
- 1 Livres
 - 2 Kilogrammes
- (NSP, R n'est pas permis)

MH_Q09
MHCB_9

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

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Difficulté à trouver le sommeil)
- 2 Non (Passez à MH_Q11)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q10
MHCB_10

Combien de fois cela s'est-il produit?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

MH_Q11
MHCB_11

Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer que d'habitude?

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Difficulté à vous concentrer)
- 2 Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q12
MHCB_12

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

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Vous sentir abattu)
- 2 Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q13
MHCB_13

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

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Songer à la mort)
- 2 Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_C14

Si la réponse est «oui» aux questions MH_Q05, MH_Q06, MH_Q09, MH_Q11, MH_Q12 ou MH_Q13, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à MH_Q07, passez à la question MH_Q14C. Autrement, passez à la section suivante.

MH_Q14C

Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant 2 semaines consécutives vous vous êtes senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e), et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS).

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

MH_Q14
MHCB_14

Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?

|_| Semaines
(MIN : 2 MAX : 53)
(Si > 51 semaines, passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q15
MHCB_15

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

- 1 janvier
- 2 février
- 3 mars
- 4 avril
- 5 mai
- 6 juin
- 7 juillet
- 8 août
- 9 septembre
- 10 octobre
- 11 novembre
- 12 décembre

Passez à la section suivante.

MH_Q16
MHCB_16

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de 2 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 tout autre chose?

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

MH_Q17
MHCB_17

Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de 2 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?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

MH_Q18
MHCB_18

Combien de fois vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces 2 semaines?
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

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

MH_Q19
MHCB_19

Pendant ces 2 semaines, éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie?

- 1 Oui (PHRASE CLÉ = Sentiments de fatigue)
- 2 Non
- NSP, R (Passez à la section suivante)

MH_Q20 **Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé presque le même poids?**

MHCB_20

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Pris du poids | (PHRASE CLÉ = Gain de poids) |
| 2 | Perdu du poids | (PHRASE CLÉ = Perte de poids) |
| 3 | Gardé presque le même poids | (Passez à MH_Q22) |
| 4 | Suivait un régime alimentaire | (Passez à MH_Q22) |
| | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

MH_Q21A **Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous [pris/perdus]?**

MHCB_21A

INTERVIEWEUR : N'inscrivez que le nombre.

[_][_] Poids
(MIN : 1) (MAX : 99; avertissement après 20 livres / 9 kilogrammes)
NSP, R (Passez à MH_Q22)

MH_Q21B INTERVIEWEUR : Était-ce en livres ou en kilogrammes?

MHCB_21B

MHCB_21L

MHCB_21K

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | Livres |
| 2 | Kilogrammes |
| | (NSP, R n'est pas permis) |

MH_Q22 **Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil?**

MHCB_22

- | | | |
|---|--------|--|
| 1 | Oui | (PHRASE CLÉ = Difficulté à trouver le sommeil) |
| 2 | Non | (Passez à MH_Q24) |
| | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

MH_Q23 **Combien de fois cela s'est-il produit?**

MHCB_23

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 | Chaque nuit |
| 2 | Presque chaque nuit |
| 3 | Moins souvent |
| | NSP, R (Passez à la section suivante) |

MH_Q24 **Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer que d'habitude?**

MHCB_24

- | | | |
|---|--------|---|
| 1 | Oui | (PHRASE CLÉ = Difficulté à vous concentrer) |
| 2 | Non | |
| | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

MH_Q25 **Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments?**

MHCB_25

- | | | |
|---|--------|-----------------------------------|
| 1 | Oui | (PHRASE CLÉ = Vous sentir abattu) |
| 2 | Non | |
| | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

MH_Q26 **Avez-vous beaucoup songé à la mort, soit à la vôtre, soit à celle d'une autre personne ou à la mort en général?**

MHCB_26

- | | | |
|---|--------|---------------------------------|
| 1 | Oui | (PHRASE CLÉ = Songer à la mort) |
| 2 | Non | |
| | NSP, R | (Passez à la section suivante) |

ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

- MH_C27 Si la réponse est «OUI» aux questions MH_Q19, MH_Q22, MH_Q24, MH_Q25 ou MH_Q26, ou «pris du poids» ou «perdu du poids» à la question MH_Q20, passez à MH_Q27C. Autrement, passez à la section suivante.
- MH_Q27C **Si je résume ce que vous m'avez dit, au cours des 12 derniers mois, pendant 2 semaines consécutives vous avez perdu presque tout intérêt pour la plupart des choses, et vous avez éprouvé d'autres choses comme (PHRASES CLÉS).**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.
- MH_Q27
MHCB_27 **Pendant combien de semaines, en tout, avez-vous éprouvé ces sentiments au cours des 12 derniers mois?**
- Semaines
(MIN : 2 MAX : 53)
(Si > 51 semaines, passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)
- MH_Q28
MHCB_28 **Pensez aux 2 dernières semaines consécutives pendant lesquelles vous avez éprouvé ces sentiments. Durant quel mois était-ce?**
- 1 janvier
2 février
3 mars
4 avril
5 mai
6 juin
7 juillet
8 août
9 septembre
10 octobre
11 novembre
12 décembre

Soutien social (Questions relatives à l'Étude sur les issues médicales)

- SS_C01 Si interview par procuration ou âge < 12, passez à la section suivante.
- SS_Q01
SSCB_101 **Voici maintenant quelques questions concernant le soutien social auquel vous avez accès.**
Environ combien de parents ou d'amis proches avez-vous, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier?
- Parents ou amis proches
(MIN : 0) (MAX : 99; avertissement après 20)
NSP, R (Passez à la section suivante)

SS_QINT2 **Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien.**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

SS_Q02 **Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :**

SSCB_102 **... une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Jamais**
 - 2 **Rarement**
 - 3 **Parfois**
 - 4 **La plupart du temps**
 - 5 **Tout le temps**
- NSP, R (Passez à la section suivante)

SS_Q03 **... une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?**
SSCB_103

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q04 **... une personne qui vous conseille en situation de crise?**
SSCB_104

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q05 **... une personne pouvant vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?**
SSCB_105

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q06 **... une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?**
SSCB_106

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q07 **Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :**

SSCB_107

... une personne avec qui partager du bon temps?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 **Jamais**
- 2 **Rarement**
- 3 **Parfois**
- 4 **La plupart du temps**
- 5 **Tout le temps**

SS_Q08 **... une personne pouvant vous renseigner pour vous aider à comprendre les situations que vous traversez?**

SSCB_108

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q09 **... une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?**

SSCB_109

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q10 **... une personne qui vous serre dans ses bras?**

SSCB_110

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q11 **... une personne avec qui vous détendre?**

SSCB_111

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q12 **... une personne pouvant préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?**

SSCB_112

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q13 ... une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?

SSCB_113

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q14 Dans quelle mesure auriez-vous accès si vous en aviez besoin à :

SSCB_114 ... une personne avec qui faire des activités distrayantes?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q15 ... une personne pouvant vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?

SSCB_115

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q16 ... une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?

SSCB_116

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q17 ... une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?

SSCB_117

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q18 ... une personne avec qui faire des choses agréables?

SSCB_118

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q19 ... une personne qui comprend vos problèmes?

SSCB_119

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SS_Q20 ... une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)?

SSCB_120

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

Langue

SD_QINT

Maintenant quelques questions d'ordre général.

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

SD_Q5

Dans quelles langues pouvez-vous soutenir une conversation?

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

Si bébé, indiquez langues à apprendre.

- | | | |
|---------|----|-------------------|
| SDCB_5A | 1 | Anglais |
| SDCB_5B | 2 | Français |
| SDCB_5C | 3 | Arabe |
| SDCB_5D | 4 | Chinois |
| SDCB_5E | 5 | Cri |
| SDCB_5F | 6 | Allemand |
| SDCB_5G | 7 | Grec |
| SDCB_5H | 8 | Hongrois |
| SDCB_5I | 9 | Italien |
| SDCB_5J | 10 | Coréen |
| SDCB_5K | 11 | Persan (Farsi) |
| SDCB_5L | 12 | Polonais |
| SDCB_5M | 13 | Portugais |
| SDCB_5N | 14 | Pendjabi |
| SDCB_5O | 15 | Espagnol |
| SDCB_5P | 16 | Tagal (Philippin) |
| SDCB_5Q | 17 | Ukrainien |
| SDCB_5R | 18 | Vietnamien |
| SDCB_5S | 19 | Autre - Précisez |

SD_Q6 **Quelle est la première langue que vous avez apprise à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore?**

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

Si la personne ne comprend plus la première langue apprise, indiquez la deuxième.

Si bébé, indiquez celle(s) du parent.

SDCB_6A	1	Anglais
SDCB_6B	2	Français
SDCB_6C	3	Arabe
SDCB_6D	4	Chinois
SDCB_6E	5	Cri
SDCB_6F	6	Allemand
SDCB_6G	7	Grec
SDCB_6H	8	Hongrois
SDCB_6I	9	Italien
SDCB_6J	10	Coréen
SDCB_6K	11	Persan (Farsi)
SDCB_6L	12	Polonais
SDCB_6M	13	Portugais
SDCB_6N	14	Pendjabi
SDCB_6O	15	Espagnol
SDCB_6P	16	Tagal (Philippin)
SDCB_6Q	17	Ukrainien
SDCB_6R	18	Vietnamien
SDCB_6S	19	Autre - Précisez

Niveau de scolarité

ED_C1 Si l'âge < 12, passez à ED_Q8.

ED_Q1 **Fréquentez-vous actuellement une école, un collège ou une université?**

EDCB_1

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ED_C2)
NSP, R (Passez à ED_Q8)

ED_Q2 **Êtes-vous inscrit(e) comme étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel?**

EDCB_2

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel

Passez à ED_C4A

ED_C2 Si EDCAD3 = 1, 2, 3 ou 4 et la date de l'interview antérieure est valide, passez à ED_Q3 (données recueillies lors d'un cycle antérieur). Autrement, passez à ED_Q4.

ED_Q3 **Avez-vous fréquenté une école, un collège ou une université depuis notre dernière interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?**

EDCB_3

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à ED_Q8)
NSP, R (Passez à ED_Q8)

ED_C4A Si EDC2D3 = 3 ou 4 (c.-à-d., niveau de scolarité de 2004 est plus haut que les études secondaires), passez à ED_Q7. (ED_Q4 à ED_Q6 ont été remplis lors du traitement avec les données recueillies lors d'un cycle antérieur lors du traitement.)
Si EDC2D3 = 2 (c.-à-d., niveau de scolarité de 2004 est certificat d'études secondaires), passez à ED_Q6. (ED_Q4 et ED_Q5 ont été remplis lors du traitement avec les données recueillies lors d'un cycle antérieur lors du traitement.)
Autrement, passez à ED_Q4.

ED_Q4 **Sans compter la maternelle, combien d'années d'études primaires et secondaires**
EDCB_4 **avez-vous terminées avec succès?**

- 1 Aucune scolarité (Passez à ED_Q8)
 - 2 1 à 5 années
 - 3 6 années
 - 4 7 années
 - 5 8 années
 - 6 9 années
 - 7 10 années
 - 8 11 années
 - 9 12 années
 - 10 13 années
- NSP, R (Passez à ED_Q8)

ED_C4 Si l'âge < 15, passez à ED_Q8.

ED_Q5 **Avez-vous un certificat d'études secondaires?**
EDCB_5

- 1 Oui
- 2 Non

ED_Q6 **Avez-vous fréquenté un autre genre d'établissement d'enseignement comme une**
EDCB_6 **université, un collège communautaire, une école de commerce, de métiers ou de formation**
professionnelle, un CÉGEP, ou un autre établissement d'enseignement postsecondaire?

- 1 Oui
 - 2 Non (Passez à ED_Q8)
- NSP, R (Passez à ED_Q8)

ED_Q7 **Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?**
EDCB_7

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

ED_C7 Si ED_Q7 est différent de 10 «Autre – Précisez», passez à ED_Q8

ED_Q8 **En pensant au niveau de scolarité de tous les membres de votre ménage. Quel est le plus haut niveau de scolarité atteint par un membre de votre ménage?**
EDCB_8
INTERVIEWEUR: Lisez les catégories au répondant.

- 1 Études primaires ou secondaires
- 2 Diplôme d'études secondaires
- 3 Études post-secondaires
- 4 Diplôme ou certificat d'études post-secondaires

Population active

LF_C01 Si l'âge < 15 ou si l'âge > 75, passez à la section suivante.

LF_QINT1 **Les questions qui suivent portent sur les activités que vous avez exercées durant les 7 derniers jours. Par les 7 derniers jours, j'entends la période qui commence [la date d'il y a une semaine] et qui se termine [la date d'hier].**
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

Lien au travail

LF_Q01 **La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise?**
LSCB_1 **Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, les emplois autonomes, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées.**

- 1 Oui (Passez à LF_Q03)
- 2 Non
- 3 Incapacité permanente (Passez à LF_QINT2)
NSP, R (Passez à la section suivante)

LF_Q02 **La semaine dernière, aviez-vous un emploi ou une entreprise dont vous vous êtes absenté(e)?**
LSCB_2

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à LF_Q11)
NSP, R (Passez à la section suivante)

LF_Q03 **Aviez-vous plus d'un emploi ou plus d'une entreprise la semaine dernière?**
LSCB_3

- 1 Oui
- 2 Non

Passez à LF_C31

Recherche de travail – dernières 4 semaines

LF_Q11 **Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous fait quoi que ce soit pour trouver du travail?**
LSCB_11

- 1 Oui (Passez à LF_QINT2)
- 2 Non (Passez à LF_QINT2)
NSP, R

LF_Q12 **La semaine dernière, aviez-vous un emploi devant débiter à une date précise?**

LSCB_12

- 1 Oui (Passez à LF_QINT2)
- 2 Non
- NSP, R (Passez à LF_QINT2)

LF_Q13 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne travaillez pas à un emploi ou à une entreprise actuellement?**

LSCB_13

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Grossesse (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 École ou congé d'études
- 8 A pris sa retraite
- 9 Croyait qu'il n'y avait pas de travail (dans la région ou correspondant à ses compétences)
- 10 Autre - Précisez

Lien à l'emploi précédent

LF_QINT2 **Maintenant quelques questions au sujet des emplois que vous avez occupés au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant [la date d'il y a un an] et se terminant hier.**

INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

LF_Q21 **Avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois? Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, les emplois autonomes, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées.**

LSCB_21

- 1 Oui (Passez à LF_Q23)
- 2 Non

LF_C22 Si LF_Q11 = 1, passez à LF_Q71. Autrement, passez à LF_Q22.

LF_Q22 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait quoi que ce soit pour trouver du travail?**

LSCB_22

- 1 Oui (Passez à LF_Q71)
- 2 Non (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

LF_Q23 **Au cours de ces 12 mois, avez-vous travaillé à plus d'un emploi ou plus d'une entreprise en même temps?**

LSCB_23

- 1 Oui
- 2 Non

Description de l'emploi

- LF_C31 Si LF_Q01 = 1 ou LF_Q02 = 1, les questions suivantes portent sur l'emploi actuel. Sinon, les questions portent sur le dernier emploi.
- LF_QINT3 **Les questions suivantes portent sur [votre entreprise ou emploi actuel/votre dernier emploi ou entreprise].**
(Si le répondant occupe actuellement plus d'un emploi ou s'il en occupait plus d'un la dernière fois qu'il a travaillé : INTERVIEWEUR : Recueillez des renseignements sur l'emploi pour lequel le nombre d'heures de travail par semaine est le plus élevé.)
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.
- LF_Q31
LSCB_31 **[Êtes/Étiez]-vous employé(e) ou travaill[ez/iez]-vous à votre compte?**
- 1 Employé(e) (Passez à LF_Q33)
2 Travaill[e/ait] à votre compte
3 Travailleur(euse) non rémunéré(e) dans une entreprise familiale (Passez à LF_Q33)
NSP, R (Passez à LF_Q33)
- LF_Q32
LSCBF32 **Quel [est/était] le nom de votre entreprise?**
- _____
- Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)
(Passez à LF_Q34)
- LF_Q33
LSCBF33 **[Pour qui travaillez-vous actuellement? / Quel est le dernier employeur pour lequel vous avez travaillé?] (Par exemple : nom de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme gouvernemental, ou de la personne)**
- _____
- Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)
- LF_Q34
LSCBF34 **De quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service [s'agit-il/s'agissait-il]? (Par exemple : fabrication de boîtes en carton, entretien des routes, magasin de chaussures au détail, école secondaire, ferme laitière, administration municipale)**
- _____
- Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)
- LF_Q35
LSCBF35 **Quel genre de travail [faites/faisiez]-vous? (Par exemple : gardien(ne) d'enfants à son domicile, travailleur(euse) d'usine, technicien(ne) forestier(ière))**
- _____
- Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)
- LF_Q36
LSCBF36 **Quelles [sont/étaient] vos activités ou fonctions les plus importantes? (Par exemple : prendre soin des enfants, opérateur(trice) de machine à refouler, estimation forestière)**
- _____
- Confirmez la réponse de la dernière interview ou inscrivez une réponse (50 espaces)

Absence/Heures

LF_C41 Si LF_Q02 = 1, passez à LF_Q41. Autrement, passez à LF_Q42.

LF_Q41 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous vous êtes absenté(e) du travail la**
LSCB_41 **semaine dernière?**

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Congé de maternité (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 Conflit de travail (grève ou lock-out)
- 8 Mise à pied temporaire due à la conjoncture économique (employés seulement)
- 9 Mise à pied saisonnière (employés seulement)
- 10 Travail occasionnel, manque de travail (employés seulement)
- 11 Horaire de travail (p.ex., travail par quart) (employés seulement)
- 12 Travaille à son compte, manque de travail (travailleurs à leur compte seulement)
- 13 Activité saisonnière (employés exclus)
- 14 École ou congé d'études
- 15 Autre - Précisez

LF_Q42 **Environ combien d'heures par semaine est-ce que vous [travaillez/travaillez]**
LSCB_42 **habituellement à votre [emploi/entreprise]? Si vous [travaillez/travaillez] habituellement**
des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter.

|_|_| Heures
(MIN : 1) (MAX : 168; avertissement après 84)

LF_C43 Si (LF_Q01=1 ou LF_Q02=1) et LF_Q31=1, passez à LF_Q43. Autrement, passez à LF_Q44.

LF_Q43 **Si vous aviez le choix, dans cet emploi est-ce que vous préféreriez travailler :**
LSCB_43 **INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.**

- 1 ... moins d'heures de travail pour une rémunération moins élevée?
- 2 ... plus d'heures de travail pour une rémunération plus élevée?
- 3 ... le même nombre d'heures de travail pour la même rémunération?

LF_Q44 **Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous**
LSCB_44 **[travaillez/travaillez] habituellement à votre [emploi/entreprise]?**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 Horaire ou quart normal de jour (Passez à LF_Q46)
- 2 Quart normal – de soirée
- 3 Quart normal – de nuit
- 4 Quart rotatif (alternance du jour à la soirée et à la nuit)
- 5 Quart brisé
- 6 Sur appel
- 7 Horaire irrégulier
- 8 Autre - Précisez
NSP, R (Passez à LF_Q46)

LF_Q45
LSCB_45 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous [avez/aviez] cet horaire de travail?**

- 1 Exigence de l'emploi / pas le choix
- 2 Va à l'école
- 3 Soins à donner - à ses enfants
- 4 Soins à donner - à d'autres parents
- 5 Pour gagner plus d'argent
- 6 Aime ce genre d'horaire de travail
- 7 Autre - Précisez

LF_Q46
LSCB_46 **[Travaillez/Travaillez]-vous habituellement les fins de semaine à [cet/cette] [emploi/entreprise]?**

- 1 Oui
- 2 Non

Autre emploi

LF_C51 Si LF_Q03=1 ou LF_Q23=1, passez à LF_Q51. Autrement, passez à LF_Q61.

LF_Q51
LSCB_51 **Vous avez indiqué que vous [avez/aviez] plus d'un emploi. Pendant combien de semaines de suite [avez/aviez]-vous travaillé à plus d'un emploi [(au cours des 12 derniers mois)]?**

INTERVIEWEUR : Obtenez la meilleure estimation.

|| Semaines
(MIN : 1) (MAX : 52)

LF_Q52
LSCB_52 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous [avez/avez eu] plus d'un emploi?**

- 1 Pour répondre aux dépenses ordinaires du ménage
- 2 Pour rembourser les dettes
- 3 Pour acheter quelque chose de spécial
- 4 Pour économiser pour l'avenir
- 5 Pour acquérir de l'expérience
- 6 Pour créer une entreprise
- 7 Aime le travail du deuxième emploi
- 8 Autre - Précisez

LF_Q53
LSCB_53 **Environ combien d'heures par semaine [travaillez/travaillez]-vous habituellement à votre(vos) autre(s) emploi(s)? Si vous [travaillez/travaillez] habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter.**

||_| Heures
(MIN : 1) (MAX : 168 - LF_Q42; avertissement après 30)

LF_Q54
LSCB_54 **[Travaillez/Travaillez]-vous habituellement les fins de semaine à votre(vos) autre(s)emploi(s)?**

- 1 Oui
- 2 Non

Semaines employées

LF_Q61
LSCB_61 **Au cours des 52 dernières semaines, pendant combien de semaines est-ce que vous avez travaillé à un emploi ou à une entreprise? (Inclure les congés payés, les congés de maternité payés et les congés de maladie payés.)**

||| Semaines
(MIN : 1) (MAX : 52)

Recherche de travail

LF_C71 Si LF_Q61 = 52, passez à la section suivante.

LF_Q71
LSCB_71 Si une réponse a été fournie à LF_Q61, utilisez la deuxième formulation. Sinon, utilisez la première formulation.

Durant les 52 dernières semaines, pendant combien de semaines avez-vous cherché du travail?

Cela laisse [52 – LF_Q61] semaine[s]. Durant [ces/cette] [52 – LF_Q61] semaine[s], pendant combien de semaines avez-vous cherché du travail?

||| Semaines
(MIN : 0) (MAX : 52 – LF_Q61)

LF_C72 Si aucune réponse n'a été fournie à LF_Q61 ou à LF_Q71, passez à la section suivante.
Si le nombre total de semaines déclaré à LF_Q61 et à LF_Q71 = 52, passez à la section suivante.
Si une réponse a été fournie à LF_Q61 et à LF_Q71, [SEMAINES] = [52 - (LF_Q61 + LF_Q71)].
Si aucune réponse n'a été fournie à LF_Q61, [SEMAINES] = (52 - LF_Q71).

LF_Q72
LSCB_72 **Cela laisse [SEMAINES] semaine[s] durant [lesquelles/laquelle] vous n'avez ni travaillé ni cherché du travail. Est-ce correct?**

- 1 Oui (Passez à LF_C73)
2 Non
NSP, R (Passez à LF_C73)

LF_E72 **Vous avez indiqué que vous avez travaillé pendant [LF_Q61] semaine[s] et que vous avez cherché du travail pendant [LF_Q71] semaine[s], ce qui laisse [SEMAINES] semaine[s] durant [lesquelles/laquelle] vous n'avez ni travaillé ni cherché du travail. Le nombre total de semaines doit être égal à 52. S.V.P. retournez et corrigez.**

LF_C73 Si (LF_Q01 = 1 ou LF_Q02 = 1 ou LF_Q11 = 1 ou LF_Q12 = 1), passez à LF_Q73. Autrement, passez à la section suivante.

LF_Q73
LSCB_73

Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas cherché du travail?

INTERVIEWEUR : S'il y a plus d'une raison, choisissez celle qui explique le plus grand nombre de semaines.

- 1 Maladie ou incapacité de l'enquêté(e)
- 2 Soins à donner – à ses enfants
- 3 Soins à donner – à des personnes âgées apparentées
- 4 Grossesse (femmes seulement)
- 5 Autres obligations personnelles ou familiales
- 6 Vacances
- 7 Conflit de travail (grève ou lock-out)
- 8 Mise à pied temporaire due à la conjoncture économique
- 9 Mise à pied saisonnière
- 10 Travail occasionnel, manque de travail
- 11 Horaire de travail (p.ex., travail par quart)
- 12 École ou congé d'études
- 13 A pris sa retraite
- 14 Croyait qu'il n'y avait pas de travail (dans la région ou correspondant à ses compétences)
- 15 Autre - Précisez

LF_C74

Si LF_Q71 > 1 et LF_Q71 < 52, passez à LF_Q74. Autrement, passez à la section suivante.

LF_Q74
LSCB_74

Est-ce que les [LF_Q71] semaines où vous étiez sans travail, mais en train d'en chercher étaient :

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... entièrement une seule période?
- 2 ... en 2 périodes distinctes?
- 3 ... en au moins 3 périodes?

Revenu

IN_Q1

Si l'on pense au revenu total pour tous les membres du ménage, quelles en ont été les sources au cours des 12 derniers mois?

INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant. Choisissez toutes les réponses appropriées.

INCB_1A
INCB_1B
INCB_1C
INCB_1D
INCB_1E
INCB_1F
INCB_1G
INCB_1H
INCB_1I
INCB_1J
INCB_1K
INCB_1L
INCB_1M
INCB_1N

- 1 Salaires et traitements
- 2 Revenu d'un travail autonome
- 3 Dividendes et intérêts (p.ex., sur obligations, épargnes)
- 4 Prestations - d'assurance-emploi
- 5 Indemnités d'accident du travail
- 6 Prestations - du Régime du Canada ou des rentes du Québec
- 7 Prestations - d'un régime de retraite, rentes
- 8 Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti
- 9 Crédit d'impôt pour enfants
- 10 Alloc. municipales ou prov. d'aide sociale ou de bien-être
- 11 Pension alimentaire - aux enfants
- 12 Pension alimentaire - au (à la) conjoint(e)
- 13 Autre (p.ex., loyer, bourse d'études)
- 14 Aucune (Passez à IN_Q3)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN_C2

Si l'on indique plus d'une source de revenu, posez IN_Q2. Autrement, passez à IN_Q3. (IN_Q2 sera rempli avec IN_Q1 lors du traitement.)

IN_Q2
INCB_2

Quelle était la principale source de revenu?

- 1 Salaires et traitements
- 2 Revenu d'un travail autonome
- 3 Dividendes et intérêts (p.ex., sur obligations, épargnes)
- 4 Prestations - d'assurance-emploi
- 5 Indemnités d'accident du travail
- 6 Prestations - du Régime du Canada ou des rentes du Québec
- 7 Prestations - d'un régime de retraite, rentes
- 8 Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti
- 9 Crédit d'impôt pour enfants
- 10 Alloc. municipales ou prov. d'aide sociale ou de bien-être
- 11 Pension alimentaire - aux enfants
- 12 Pension alimentaire - au (à la) conjoint(e)
- 13 Autre (p.ex., loyer, bourse d'études)
- 14 Aucune (catégorie créée lors du traitement)

IN_Q3
INCB_3

Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues?

Revenu
 (MIN : 0) (MAX : 500 000; avertissement après 150 000)
 0 (Passez à la section suivante)
 NSP, R (Passez à IN_Q3A)

Passez à IN_C4

IN_Q3A
INCB_3A

Dans quel groupe parmi ceux que je vais nommer estimez-vous que se situe le revenu de votre ménage? Le revenu total du ménage était-il de moins de 20 000\$ ou de 20 000\$ ou plus?

- 1 De moins de 20 000\$
- 2 De 20 000\$ ou plus (Passez à IN_Q3E)
- 3 Aucun revenu (Passez à la section suivante)
- NSP, R (Passez à la section suivante)

IN_Q3B
INCB_3B

Le revenu total du ménage était-il de moins de 10 000\$ ou de 10 000\$ ou plus?

- 1 De moins de 10 000\$
- 2 De 10 000\$ ou plus (Passez à IN_Q3D)
- NSP, R (Passez à IN_C4)

IN_Q3C
INCB_3C

Le revenu total du ménage était-il de moins de 5 000\$ ou de 5 000\$ ou plus?

- 1 De moins de 5 000\$
- 2 De 5 000\$ ou plus

Passez à IN_C4

IN_Q3D
INCB_3D

Le revenu total du ménage était-il de moins de 15 000\$ ou de 15 000\$ ou plus?

- 1 De moins de 15 000\$
- 2 De 15 000\$ ou plus

Passez à IN_C4

IN_Q3E
INCB_3E **Le revenu total du ménage était-il de moins de 40 000\$ ou de 40 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 40 000\$
- 2 De 40 000\$ ou plus (Passez à IN_Q3G)
NSP, R (Passez à IN_C4)

IN_Q3F
INCB_3F **Le revenu total du ménage était-il de moins de 30 000\$ ou de 30 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 30 000\$
- 2 De 30 000\$ ou plus

Passez à IN_C4

IN_Q3G
INCB_3G **Le revenu total du ménage était-il :**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... de moins de 50 000\$?
- 2 ... de 50 000\$ à moins de 60 000\$?
- 3 ... de 60 000\$ à moins de 80 000\$?
- 4 ... de 80 000\$ à moins de 100 000\$?
- 5 ... 100 000\$ ou plus?

IN_C4 Si l'âge >= 15, posez la question IN_Q4. Autrement, passez à la section suivante.

IN_Q4
INCB_4 **Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois à combien estimez-vous votre revenu personnel total de toutes sources, avant impôts et autres retenues?**

|_|_|_|_|_| Revenu
(MIN : 0) (MAX : 500 000; avertissement après 150 000)
0 (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à IN_Q4A)

Passez à la section suivante.

IN_Q4A
INCB_4A **Dans quel groupe parmi ceux que je vais nommer estimez-vous que se situe votre revenu personnel total? Votre revenu personnel total était-il de moins de 20 000\$ ou de 20 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 20 000\$
- 2 De 20 000\$ ou plus (Passez à IN_Q4E)
- 3 Aucun revenu (Passez à la section suivante)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN_Q4B
INCB_4B **Votre revenu personnel total était-il de moins de 10 000\$ ou de 10 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 10 000\$
- 2 De 10 000\$ ou plus (Passez à IN_Q4D)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN_Q4C
INCB_4C **Votre revenu personnel total était-il de moins de 5 000\$ ou de 5 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 5 000\$
- 2 De 5 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

IN_Q4D
INCB_4D **Votre revenu personnel total était-il de moins de 15 000\$ ou de 15 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 15 000\$
- 2 De 15 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

IN_Q4E
INCB_4E **Votre revenu personnel total était-il de moins de 40 000\$ ou de 40 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 40 000\$
- 2 De 40 000\$ ou plus (Passez à IN_Q4G)
NSP, R (Passez à la section suivante)

IN_Q4F
INCB_4F **Votre revenu personnel total était-il de moins de 30 000\$ ou de 30 000\$ ou plus?**

- 1 De moins de 30 000\$
- 2 De 30 000\$ ou plus

Passez à la section suivante

IN_Q4G
INCB_4G **Votre revenu personnel total était-il :**
INTERVIEWEUR : Lisez les catégories au répondant.

- 1 ... de moins de 50 000\$?
- 2 ... de 50 000\$ à moins de 60 000\$?
- 3 ... de 60 000\$ à moins de 80 000\$?
- 4 ... de 80 000\$ à moins de 100 000\$?
- 5 ... 100 000\$ ou plus?

Insécurité alimentaire

FI-Q1 **Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage :**
FI_B_1 **... vous soyez inquiet du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?**

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

FI-Q2 **(Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage:)**

FI_B_2 **... n'avez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?**

- 1 Oui
- 2 Non

FI-Q3 (Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage :)

FI_B_3 ... n'avez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée à cause d'un manque d'argent?

- 1 Oui
- 2 Non

Numéro provincial d'assurance-maladie et administration

Numéro provincial d'assurance-maladie

AM_Q01A Statistique Canada et votre ministère de la santé aimeraient que vous nous donniez la permission de jumeler les données recueillies lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête. Cela inclurait le jumelage de renseignements provenant de l'enquête à votre utilisation passée et courante des services de santé, par exemple les consultations dans les hôpitaux, les cliniques et les bureaux de médecins.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AM_Q01B Ces renseignements jumelés demeureront strictement confidentiels et ne seront
AM6B_LNK utilisés qu'à des fins statistiques.
Est-ce que vous nous donnez votre permission?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM_Q04A)
- NSP, R (Passez à AM_Q04A)

AM_C02 Si nous avons un numéro d'assurance-maladie valide provenant d'une interview précédente, passez à AM_Q02. Autrement, passez à AM_Q03A.

AM_Q02 Est-ce que votre numéro provincial d'assurance-maladie a changé depuis notre
AM6B_HN interview en [mois et année, soit la dernière réponse à l'interview]?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM_Q04A)
- NSP, R (Passez à AM_Q04A)

AM_Q03A (En ayant un numéro provincial d'assurance-maladie, nous pourrions plus
AM6B_H3A facilement jumeler nos données à ces renseignements.)
Avez-vous un numéro provincial d'assurance-maladie de [province]?

- 1 Oui (Passez à AM_HN)
- 2 Non
- NSP, R (Passez à AM_Q04A)

AM_Q03B **Votre numéro provincial d'assurance-maladie est de quelle province?**

AM6B_H3B

- 10 Terre-Neuve et le Labrador
- 11 Île-du-Prince-Édouard
- 12 Nouvelle-Écosse
- 13 Nouveau-Brunswick
- 24 Québec
- 35 Ontario
- 46 Manitoba
- 47 Saskatchewan
- 48 Alberta
- 59 Colombie-Britannique
- 60 Yukon
- 61 Territoires du Nord-Ouest
- 62 Nunavut
- 88 N'a pas un numéro provincial d'assurance-maladie (Passez à AM_Q04A)
NSP, R (Passez à AM_Q04A)

AM_HN **Quel est votre numéro provincial d'assurance-maladie?**

AM6B_HNF

à
AM6B_HNU

INTERVIEWEUR : Inscrivez un numéro provincial d'assurance-maladie de [province]. N'inscrivez pas d'espaces, traits d'union ou virgules entre les numéros.

(8 - 12 espaces)

AM_Q04A

Statistique Canada aimerait que vous nous donniez la permission de partager l'information recueillie lors de toutes les interviews effectuées dans le cadre de cette enquête avec les ministères provinciaux de la santé, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada.
INTERVIEWEUR : Appuyez sur <Enter> pour continuer.

AM_Q04B

AM6B_SHA

Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins statistiques.
Acceptez-vous que les données que vous avez fournies soient partagées?

- 1 Oui
- 2 Non

Administration

AM_N05

AM6B_14

INTERVIEWEUR : S'agit-il d'un nom fictif pour le répondant?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à AM_N09)
- NSP (Passez à AM_N09)

AM_N06

AM6B_15

INTERVIEWEUR : Rappelez au répondant qu'il est important d'obtenir des noms corrects pour les études longitudinales.
Voulez-vous faire des corrections :

- 1 ... au prénom seulement?
- 2 ... au nom de famille seulement? (Passez à AM_N08)
- 3 ... aux deux noms?
- 4 ... pas de correction? (Passez à AM_N09)

ENSP, Volet ménages, cycle 7 (2006-2007)

AM_N07 INTERVIEWEUR : Inscrivez le prénom seulement

AM6BF16

(25 espaces)

AM_C08 Si AM_N06 n'est pas «aux deux noms», passez à AM_N09.

AM_N08 INTERVIEWEUR : Inscrivez le nom de famille seulement

AM6BF17

(25 espaces)

AM_N09 INTERVIEWEUR : Cette interview a-t-elle été effectuée au téléphone ou face à face?

AM6B_TEL

- 1 Au téléphone
- 2 Face à face
- 3 Les deux

AM_N12 INTERVIEWEUR : Indiquez la langue d'interview.

AM6B_LNG

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Arabe
- 4 Chinois
- 5 Cri
- 6 Allemand
- 7 Grec
- 8 Hongrois
- 9 Italien
- 10 Coréen
- 11 Persan (Farsi)
- 12 Polonais
- 13 Portugais
- 14 Pendjabi
- 15 Espagnol
- 16 Tagal (Philippin)
- 17 Ukrainien
- 18 Vietnamien
- 19 Autre - Précisez