



clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire téléphonique – vague principale (3^e suivi par téléphone)

v1.2, 2023 mars 02

Exemples de noms de variable tels que présentés dans les ensembles de données.

| | |
|--|--|
| ED_1 | ED_OTED_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Depuis votre dernière entrevue, avez-vous suivi tout autre cours pouvant mener à l'obtention d'une attestation, d'un certificat ou d'un diplôme décerné par un établissement d'enseignement? | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES; NOUS VOULONS SAVOIR S'ILS ONT FAIT D'AUTRES ÉTUDES DEPUIS L'ENTREVUE INITIALE. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| SMK_6 | SMK_OTCURRE_TRF3 |
| [ASK IF SMK_OTOCC_TRF3 = YES] | |
| Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement? | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| SMK_OTCURRE_CG_TRF3 | 01 Cigares |
| SMK_OTCURRE_SM_TRF3 | 02 Petits cigares (cigarillos) |
| SMK_OTCURRE_PI_TRF3 | 03 Pipes de tabac |
| SMK_OTCURRE_CH_TRF3 | 04 Tabac à mâcher ou à priser |
| SMK_OTCURRE_PT_TRF3 | 05 Timbres de nicotine |
| SMK_OTCURRE_GU_TRF3 | 06 Gomme à la nicotine |
| SMK_OTCURRE_BE_TRF3 | 07 Noix d'arec |
| SMK_OTCURRE_PN_TRF3 | 08 Paan |
| SMK_OTCURRE_SH_TRF3 | 09 Narguilé (Shisha) |
| SMK_OTCURRE_OTSP_TRF3 | 97 Autre : _____ |
| SMK_OTCURRE_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| SMK_OTCURRE_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

REMARQUE : En raison des exigences de programmation logicielle, certaines variables de réponses ont été modifiées afin de renforcer la cohérence avec d'autres variables similaires qui se trouvent dans ce questionnaire. Un astérisque (*) indique que les variables ont été modifiées.

Table des matières

| | Page |
|---|-------------|
| Éducation (ED) | 5 |
| Propriétaires (OWN)..... | 7 |
| Caractéristiques sociodémographiques (SDC)..... | 11 |
| Identité de genre (GED) | 14 |
| Taille et poids (HWT) | 15 |
| Consommation de tabac (SMK) | 19 |
| Consommation d'alcool (ALC) | 22 |
| État général de santé (GEN)..... | 27 |
| Qualité de vie (QUA) | 30 |
| Activités physiques (PA2) | 32 |
| Risque nutritionnel (NUR) | 47 |
| Santé bucco-dentaire (ORH)..... | 55 |
| Déclin cognitif subjectif (SCD)..... | 63 |
| Douleurs et malaises (HUP)..... | 64 |
| Santé des femmes (WHO) | 65 |
| Vision (VIS) | 72 |
| Audition (HRG) | 74 |
| Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées (HRG) | 76 |
| Cognition (COG) | 78 |
| Problèmes de santé chroniques (CCT)..... | 95 |
| <i>Arthrose</i> | 95 |
| <i>Arthrite</i> | 98 |
| <i>Respiratoire</i> | 99 |
| <i>Cardiaque/cardiovasculaire</i> | 101 |
| <i>Neurologique</i> | 112 |
| <i>Gastro-intestinal</i> | 116 |
| <i>Vision</i> | 122 |
| <i>Cancer</i> | 125 |
| <i>Santé mentale</i> | 127 |
| <i>Autres maladies chroniques</i> | 129 |
| <i>Infections</i> | 138 |
| <i>Comportement préventif en matière de santé (PHB)</i> | 139 |
| Parkinsonisme (PKD)..... | 141 |
| Épilepsie (EPI) | 147 |
| PAUSE | 151 |
| Capacités fonctionnelles (FUL) | 152 |
| Activités de base de la vie quotidienne (ADL) | 160 |
| Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL) | 166 |
| Dépression (DEP) | 172 |

| | |
|--|-----|
| Échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SLS)..... | 176 |
| Solitude (LON) | 182 |
| Réseaux sociaux (SN) | 183 |
| Soutien social – Disponibilité (SSA)..... | 188 |
| Participation sociale (SPA)..... | 195 |
| Cohésion sociale | 200 |
| Trouble d'anxiété généralisée (GAD)..... | 201 |
| Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1) | 203 |
| Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2) | 207 |
| Prestation de soins (CAG) | 214 |
| Blessures (INJ)..... | 217 |
| Chutes (FAL) | 222 |
| Retraite (RET) | 226 |
| Participation à la population active avant la retraite (LFP) | 232 |
| Population active (LBF) | 235 |
| Planification de la retraite (RPL) | 238 |
| Revenu (INC) | 242 |
| Utilisation des soins de santé (HCU) | 246 |
| Besoins de santé non comblés (MET) | 255 |
| Consommation de médicaments (MED) | 256 |
| Usage de suppléments alimentaires (DSU)..... | 258 |
| Environnements construits (ENV) | 259 |
| Transport, mobilité, migration (TRA)..... | 260 |
| Patrimoine (WEA) | 269 |
| Réseautage social en ligne (INT)..... | 274 |
| Indice de suspicion de maltraitance envers les aînés© (EAS) | 279 |
| Santé mentale positive (PMH) | 281 |

Éducation (ED)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | Ce module permet de recueillir des renseignements sur le niveau d'éducation de notre population. |
|---------------|--|

| | |
|--|--|
| ED_1 | ED_ELHS_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Quel est le plus haut niveau d'études primaires ou secondaires que vous avez achevé? | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION. | |
| GRADE_8 | 1 8 ^e année ou moins (Québec : Secondaire II ou moins) |
| GRADE_9_10 | 2 9 ^e - 10 ^e année (Québec : Secondaire III ou IV; Terre-Neuve-et-Labrador : 1 ^{re} année du secondaire) |
| GRADE_11_13 | 3 11 ^e - 13 ^e année (Québec : Secondaire V; Terre-Neuve-et-Labrador : 2 ^e à 4 ^e année du secondaire) |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| ED_2 | ED_HSGR_TRF3 |
| [ASK IF ED_ELHS_TRF3 = GRADE_11_13] | |
| Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires? | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| ED_3 | ED_OTED_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Avez-vous suivi tout autre cours pouvant mener à l'obtention d'une attestation, d'un certificat ou d'un diplôme décerné par un établissement d'enseignement? | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|--|
| ED_4 | ED_HIGH_TRF3 | |
| [ASK IF ED_OTED_TRF3 = YES] | | |
| Quel est le plus haut certificat ou diplôme que vous avez obtenu? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NO_POST_SECONDARY | 01 | Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires |
| TRADE_CERTIFICATE | 02 | Diplôme ou certificat de métier d'une école de métiers ou à la suite d'une période d'apprentissage |
| NON_UNIVERSITY_CERTIFICATE | 03 | Diplôme ou certificat non universitaire d'un collège communautaire, CÉGEP, école de sciences infirmières, etc. |
| UNIVERSITY_CERTIFICATE | 04 | Certificat universitaire inférieur au baccalauréat |
| BACHELORS_DEGREE | 05 | Baccalauréat |
| DEGREE_ABOVE_BACHELOR | 06 | Diplôme universitaire ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat |
| OTSP | 97 | Autre (veuillez préciser : _____) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

ED_END

Propriétaires (OWN)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Dans ce module, on demande aux participants s'ils sont propriétaires de leur logement; et s'ils le sont, on leur demande la valeur de leur propriété et le montant de leur hypothèque.</p> <p>Il importe d'obtenir des données sur l'accès à la propriété, car la qualité de vie des personnes âgées est fonction de leurs actifs et de leurs dettes et pas seulement de leur revenu. Le logement est un actif important pour nombre de personnes âgées. Les renseignements de ce module, combinés aux données du module du revenu, aideront les chercheurs à comprendre la situation financière générale des Canadiens âgés ainsi qu'à évaluer ses répercussions sur leur santé.</p> |
|---------------|--|

Les questions suivantes portent sur votre domicile actuel.

| | | |
|---|----------------------|--|
| OWN_1 | OWN_DWLG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Dans quel type de logement vivez-vous présentement? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HOUSE | 01 | Maison (individuelle détachée, jumelée, duplex ou en rangée) |
| APARTMENT | 02 | Appartement ou condominium |
| SENIORS_HOUSING | 03 | Logement de personnes âgées (maison de retraite, logement avec assistance) |
| INSTITUTION | 04 | Institution (habitation pour personnes âgées) |
| HOTEL | 05 | Maison mobile, hôtel, maison de chambres |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| OWN_2 | OWN_OWN_TRF3 | |
| [ASK IF OWN_DWLG_TRF3 ≠ INSTITUTION, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Est-ce que vous (ou votre conjoint(e) / partenaire) êtes propriétaire ou locataire de ce logement? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| OWN | 01 | Propriétaire |
| RENT | 02 | Locataire |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| OWN_3 | OWN_MRTG_TRF3 | |
| [ASK IF OWN_OWN_TRF3 = OWN] | | |
| Ce logement est-il hypothéqué ou le prêt hypothécaire est-il entièrement remboursé? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE LOGEMENT N'A JAMAIS EU D'HYPOTHÈQUE OU S'IL A ÉTÉ REÇU EN CADEAU OU EN HÉRITAGE, CHOISIR 2 « PRÊT ENTIÈREMENT REMBOURSÉ » | | |
| WITH_MORTGAGE | 1 | Hypothéqué |
| PAID_OFF | 2 | Prêt entièrement remboursé |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| OWN_4 | OWN_STFHM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En pensant à votre domicile, diriez-vous que vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant? Mon domicile actuel me satisfait. | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| STRONGLY_AGREE | 1 | Tout à fait d'accord |
| AGREE | 2 | D'accord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 3 | Ni en accord ni en désaccord |
| DISAGREE | 4 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 5 | Tout à fait en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| OWN_5 | OWN_HMPRB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous les problèmes suivants avec votre domicile actuel? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| OWN_HMPRB_NOI_TRF3 | 01 | Problème avec le bruit (par exemple, des voisins, de la rue) |
| OWN_HMPRB_LEA_TRF3 | 02 | Problème de fuite (par exemple, de l'eau qui s'infiltré du toit, des gouttières ou des fenêtres) |
| OWN_HMPRB_CON_TRF3 | 03 | Problème de condensation (p. ex. moisissure) |
| OWN_HMPRB_EP_TRF3 | 04 | Problème électrique ou de plomberie |
| OWN_HMPRB_HEA_TRF3 | 05 | Problème de chauffage (p. ex. chaleur inadéquate ou trop élevée) |
| OWN_HMPRB_MAI_TRF3 | 06 | Problème d'entretien ou de réparation |
| OWN_HMPRB_INF_TRF3 | 07 | Problème d'infestation (p. ex. insectes, souris ou rats) |
| OWN_HMPRB_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] N'a aucun des problèmes énumérés |
| OWN_HMPRB_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| OWN_HMPRB_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| OWN_HMPRB_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| OWN_6 | OWN_MOVE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous déménagé au cours des trois dernières années? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|--|
| OWN_7 | OWN_CMNTY_TRF3 | |
| [ASK IF OWN_MOVE_TRF3 = YES | | |
| Quelles raisons vous ont incité à déménager à cet endroit? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| OWN_CMNTY_CLI_TRF3 | 01 | Climat et environnement naturel |
| OWN_CMNTY_RET_TRF3 | 02 | Retraite ou planification de la retraite |
| OWN_CMNTY_FAM_TRF3 | 03 | La famille vit ici |
| OWN_CMNTY_FRI_TRF3 | 04 | Les amis vivent ici |
| OWN_CMNTY_HOU_TRF3 | 05 | Meilleures habitations ou habitations plus appropriées |
| OWN_CMNTY_REC_TRF3 | 06 | Installations récréatives et services |
| OWN_CMNTY_HEA_TRF3 | 07 | Soins de santé |
| OWN_CMNTY_COS_TRF3 | 08 | Coût de la vie plus bas |
| OWN_CMNTY_EMP_TRF3 | 09 | Possibilités d'emploi |
| OWN_CMNTY_APT_TRF3 | 10 | Disponibilité du transport en commun |
| OWN_CMNTY_ACC_TRF3 | 11 | Facilité d'accès au transport en commun |
| OWN_CMNTY_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| OWN_CMNTY_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| OWN_CMNTY_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

OWN_END

Caractéristiques sociodémographiques (SDC)

| | | |
|--|-----------------|---|
| SDC_1a | SDC_RELGCP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes... ? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE PARTICIPANT N'A JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT » | | |
| MORE_RELIGIOU | 1 | Plus religieux(se) |
| NO_CHANGE | 2 | Également religieux(se) |
| LESS_RELIGIOU | 3 | Moins religieux(se) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| SDC_1b | SDC_SPIGCP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes... ? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE, MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE PARTICIPANT N'A JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT » | | |
| MORE_SPIRITUAL | 1 | Plus spirituel(le) |
| NO_CHANGE | 2 | Également spirituel(le) |
| LESS_SPIRITUAL | 3 | Moins spirituel(le) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| SDC_2a | SDC_RELGFQ_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités religieuses (y compris la prière, la méditation) ayant lieu chez vous ou ailleurs? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE PARTICIPANT N'A JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ». | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| THREE_TIMES_YEAR | 4 | Au moins trois fois par année |
| ONCE_TWICE_YEAR | 5 | Une ou deux fois par année |
| NOT_AT_ALL | 6 | Pas du tout |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| SDC_2b | SDC_SPIGFQ_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités spirituelles (y compris la prière, la méditation) ayant lieu chez vous ou ailleurs? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE, MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE PARTICIPANT N'A JAMAIS ÉTÉ SPIRITUEL, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ». | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| THREE_TIMES_YEAR | 4 | Au moins trois fois par année |
| ONCE_TWICE_YEAR | 5 | Une ou deux fois par année |
| NOT_AT_ALL | 6 | Pas du tout |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| SDC_3 | SDC_MRTL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quel est votre état matrimonial actuel? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : NOUS DEVONS CONFIRMER OU METTRE À JOUR L'ÉTAT MATRIMONIAL, CAR CERTAINES QUESTIONS DE CE SONDAGE SONT POSÉES SEULEMENT SI LE PARTICIPANT EST MARIÉ OU A UN CONJOINT DE FAIT | | |
| SINGLE | 1 | Célibataire, jamais marié(e) ou n'a jamais vécu avec un(e) conjoint(e) de fait |
| COMMON_LAW | 2 | Marié(e) / vit avec un(e) conjoint(e) de fait |
| WIDOWED | 3 | Veuf(ve) |
| DIVORCED | 4 | Divorcé(e) |
| SEPARATED | 5 | Séparé(e) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

SDC_END

Identité de genre (GED)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | Par « identité de genre », nous entendons le sentiment profond d'appartenir au genre masculin ou féminin. L'identité de genre peut être différente du sexe à la naissance ou de l'orientation sexuelle et elle peut changer au cours de la vie. |
|---------------|---|

| | | |
|---|-------------------------|---|
| GED_1 | SDC_CURRSEX_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Présentement, quelle est votre identité de genre? | | |
| EN ABORDANT CORRECTEMENT LE SEXE, L'IDENTITÉ DE GENRE ET L'ORIENTATION SEXUELLE, NOUS AVONS L'OCCASION D'EXAMINER LEUR IMPACT SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ. | | |
| INTERVIEWEUR : Les personnes de genre non binaire sont celles dont l'identité de genre ne correspond pas complètement à celle d'un homme ou complètement à celle d'une femme. Ces personnes peuvent s'identifier en partie comme l'un ou l'autre des genres binaires (homme, femme) à un moment ou à un autre de leur vie. Leur identité peut aussi changer d'un genre à l'autre au fil des années. Elles peuvent également sentir que ni l'un ni l'autre des genres binaires ne correspond à leur identité. Certaines personnes de genre non binaire ne se considèrent pas comme trans, car pour elles, l'identité trans nécessite implicitement de s'identifier à un genre binaire. Certaines personnes de genre non binaire se considèrent comme étant queer ou de genre queer. | | |
| MAN | 01 | Homme |
| WOMAN | 02 | Femme |
| TRANSMAN | 03 | Homme trans |
| TRANSWOMAN | 04 | Femme trans |
| NONBINARY | 05 | Genre non binaire |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

GED_END

Taille et poids (HWT)

| HWT_1 | HWT_HGHT_TRF3 | |
|---|---------------|---|
| [ALWAYS ASK] | | |
| Les prochaines questions portent sur la taille et le poids... Combien mesurez-vous sans chaussures? | | |
| 1 | 1 | 36"-47" (3'-3'11" ou 90,2 cm à 120,6 cm) |
| 2 | 2 | 48"-59" (4'-4'11" ou 120,7 cm à 151 cm) |
| 3 | 3 | 60"-71" (5'-5'11" ou 151,1 cm à 181,5 cm) |
| 4 | 4 | 72"-83" (6'-6'11" ou 181,5 cm à 212 cm) |
| 5 | 5 | 84" (7' ou 213 cm) et plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| HWT_1a | HWT_HGHT_1_TRF3 | |
|---|-----------------|---|
| [ASK IF HWT_HGHT_TRF3 = 1] | | |
| L'INTERVIEWEUR SÉLECTIONNE LA TAILLE EXACTE DU PARTICIPANT | | |
| 36 | 01 | 3'0" / 36" (90,2 à 92,6 cm) |
| 37 | 02 | 3'1" / 37" (92,7 à 95,2 cm) |
| 38 | 03 | 3'2" / 38" (95,3 à 97,7 cm) |
| 39 | 04 | 3'3" / 39" (97,8 à 100,2 cm) |
| 40 | 05 | 3'4" / 40" (100,3 à 102,8 cm) |
| 41 | 06 | 3'5" / 41" (102,9 à 105,3 cm) |
| 42 | 07 | 3'6" / 42" (105,4 à 107,9 cm) |
| 43 | 08 | 3'7" / 43" (108,0 à 110,4 cm) |
| 44 | 09 | 3'8" / 44" (110,5 à 112,9 cm) |
| 45 | 10 | 3'9" / 45" (113,0 à 115,5 cm) |
| 46 | 11 | 3'10" / 46" (115,6 à 118,0 cm) |
| 47 | 12 | 3'11" / 47" (118,1 à 120,6 cm) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| HWT_1b | HWT_HGHT_2_TRF3 | |
|---|-----------------|---|
| [ASK IF HWT_HGHT_TRF3 = 2] | | |
| L'INTERVIEWEUR SÉLECTIONNE LA TAILLE EXACTE DU PARTICIPANT | | |
| 48 | 01 | 4'0" / 48" (120,7 à 123,1 cm) |
| 49 | 02 | 4'1" / 49" (123,2 à 125,6 cm) |
| 50 | 03 | 4'2" / 50" (125,7 à 128,2 cm) |
| 51 | 04 | 4'3" / 51" (128,3 à 130,7 cm) |
| 52 | 05 | 4'4" / 52" (130,8 à 133,3 cm) |
| 53 | 06 | 4'5" / 53" (133,4 à 135,8 cm) |
| 54 | 07 | 4'6" / 54" (135,9 à 138,3 cm) |
| 55 | 08 | 4'7" / 55" (138,4 à 140,9 cm) |
| 56 | 09 | 4'8" / 56" (141,0 à 143,4 cm) |
| 57 | 10 | 4'9" / 57" (143,5 à 146,0 cm) |
| 58 | 11 | 4'10" / 58" (146,1 à 148,5 cm) |
| 59 | 12 | 4'11" / 59" (148,6 à 151,0 cm) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| HWT_1c | HWT_HGHT_3_TRF3 | |
|---|-----------------|---|
| [ASK IF HWT_HGHT_TRF3 = 3] | | |
| L'INTERVIEWEUR SÉLECTIONNE LA TAILLE EXACTE DU PARTICIPANT | | |
| 60 | 01 | 5'0" / 60" (151,1 à 153,6 cm) |
| 61 | 02 | 5'1" / 61" (153,7 à 156,1 cm) |
| 62 | 03 | 5'2" / 62" (156,2 à 158,7 cm) |
| 63 | 04 | 5'3" / 63" (158,8 à 161,2 cm) |
| 64 | 05 | 5'4" / 64" (161,3 à 163,7 cm) |
| 65 | 06 | 5'5" / 65" (163,8 à 166,3 cm) |
| 66 | 07 | 5'6" / 66" (166,4 à 168,8 cm) |
| 67 | 08 | 5'7" / 67" (168,9 à 171,4 cm) |
| 68 | 09 | 5'8" / 68" (171,5 à 173,9 cm) |
| 69 | 10 | 5'9" / 69" (174,0 à 176,4 cm) |
| 70 | 11 | 5'10" / 70" (176,5 à 179,0 cm) |
| 71 | 12 | 5'11" / 71" (179,1 à 181,5 cm) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|--|
| HWT_1d | HWT_HGHT_4_TRF3 | |
| [ASK IF HWT_HGHT_TRF3 = 4] | | |
| L'INTERVIEWEUR SÉLECTIONNE LA TAILLE EXACTE DU PARTICIPANT | | |
| 72 | 01 | 6'0" / 72" (181,6 à 184,1 cm) |
| 73 | 02 | 6'1" / 73" (184,2 à 186,6 cm) |
| 74 | 03 | 6'2" / 74" (186,7 à 189,1 cm) |
| 75 | 04 | 6'3" / 75" (189,2 à 191,7 cm) |
| 76 | 05 | 6'4" / 76" (191,8 à 194,2 cm) |
| 77 | 06 | 6'5" / 77" (194,3 à 196,8 cm) |
| 78 | 07 | 6'6" / 78" (196,9 à 199,3 cm) |
| 79 | 08 | 6'7" / 79" (199,4 à 201,8 cm) |
| 80 | 09 | 6'8" / 80" (201,9 à 204,4 cm) |
| 81 | 10 | 6'9" / 81" (204,5 à 206,9 cm) |
| 82 | 11 | 6'10" / 82" (207,0 à 209,5 cm) |
| 83 | 12 | 6'11" / 83" (209,6 à 212,0 cm) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|--|
| HWT_2 | HWT_WGHT_NB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Combien pesez-vous? | | |
| INTERVIEWEUR : TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU POIDS EXACT. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE 5 À 10 LBS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| POUNDS | _____ | (MASK: MIN=10, MAX=900) |
| KILOS | _____ | (MASK: MIN=10, MAX=900) |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|--|
| HWT_3 | HWT_CNWGHT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint, êtes trop maigre ou êtes à peu près normal(e)? | | |
| OVERWEIGHT | 1 | Embonpoint |
| UNDERWEIGHT | 2 | Trop maigre |
| ABOUT_RIGHT | 3 | À peu près normal(e) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| HWT_4 | HWT_DOWGHT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Dans les trois dernières années, avez-vous fait quelque chose concernant votre poids? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

HWT_END

Consommation de tabac (SMK)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module comporte une série de questions sur l'usage actuel du tabac. Les questions portent sur la fréquence du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées par jour.</p> <p>Comme le tabagisme est l'une des principales causes de maladie et de décès au Canada, il est important d'examiner ce problème chez les Canadiens au fur et à mesure qu'ils vieillissent.</p> <p>Les données du présent module aideront à comprendre les effets du tabagisme sur la santé durant le vieillissement.</p> <p>Remarque : Ce module porte sur l'usage des cigarettes. Des questions sur l'usage des pipes et cigares ne sont pas incluses dans ce module.</p> |
|---------------|--|

| | | |
|---|------------------------|--|
| SMK_1 | SMK_CURRCG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY_PAST_30_DAYS | 1 | Chaque jour (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours) |
| NOT_AT_ALL | 3 | Jamais (vous n'avez pas du tout fumé au cours des 30 derniers jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SMK_2 | SMK_NBCG_TRF3 | |
| [ASK IF SMK_CURRCG_TRF3 = DAILY_PAST_30_DAYS] | | |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour en ce moment? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| 1_5_CIGARETTES | 1 | 1 à 5 cigarettes |
| 6_10_CIGARETTES | 2 | 6 à 10 cigarettes |
| 11_15_CIGARETTES | 3 | 11 à 15 cigarettes |
| 16_20_CIGARETTES | 4 | 16 à 20 cigarettes |
| 21_25_CIGARETTES | 5 | 21 à 25 cigarettes |
| NB | 6 | 26 cigarettes ou plus (veuillez préciser : _____) (MASK: MIN=26, MAX=200) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SMK_3 | SMK_LST30_TRF3 | |
| [ASK IF SMK_CURRCG_TRF3 = OCCASIONALLY] | | |
| Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| 1_5_DAYS | 1 | 1 à 5 jours |
| 6_10_DAYS | 2 | 6 à 10 jours |
| 11_20_DAYS | 3 | 11 à 20 jours |
| 21_29_DAYS | 4 | 21 à 29 jours |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| SMK_4 | SMK_NB30_TRF3 | |
| [ASK IF SMK_CURRCG_TRF3 = OCCASIONALLY] | | |
| Combien de cigarettes avez-vous fumées habituellement pendant les jours où vous avez fumé? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| 1_5_CIGARETTES | 1 | 1 à 5 cigarettes |
| 6_10_CIGARETTES | 2 | 6 à 10 cigarettes |
| 11_15_CIGARETTES | 3 | 11 à 15 cigarettes |
| 16_20_CIGARETTES | 4 | 16 à 20 cigarettes |
| 21_25_CIGARETTES | 5 | 21 à 25 cigarettes |
| NB | 6 | 26 cigarettes ou plus (veuillez préciser : _____) (MASK: MIN=26, MAX=200) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SMK_5 | SMK_OTOCC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Utilisez-vous actuellement un ou plusieurs autres types de produits du tabac? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| SMK_6 | SMK_OTCURRETRF3 | |
| [ASK IF SMK_OTOCC_TRF3 = YES] | | |
| Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| SMK_OTCURRETRF3 | 01 | Cigares |
| SMK_OTCURRETRF3 | 02 | Petits cigares (cigarillos) |
| SMK_OTCURRETRF3 | 03 | Pipes de tabac |
| SMK_OTCURRETRF3 | 04 | Tabac à mâcher ou à priser |
| SMK_OTCURRETRF3 | 05 | Timbres de nicotine |
| SMK_OTCURRETRF3 | 06 | Gomme à la nicotine |
| SMK_OTCURRETRF3 | 07 | Noix d'arec |
| SMK_OTCURRETRF3 | 08 | Paan |
| SMK_OTCURRETRF3 | 09 | Narguilé (Shisha) |
| SMK_OTCURRETRF3 | 10 | Cigarettes électroniques avec nicotine |
| SMK_OTCURRETRF3 | 11 | Cigarettes électroniques sans nicotine |
| SMK_OTCURRETRF3 | 97 | Autre : _____ |
| SMK_OTCURRETRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| SMK_OTCURRETRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

SMK_END

Consommation d'alcool (ALC)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Ce module comporte des questions sur la fréquence de consommation d'alcool et la fréquence d'une grande consommation d'alcool (définie comme étant 5 consommations et plus). L'alcool inclut le vin rouge ou blanc, la bière, les spiritueux ou l'alcool fort et d'autres types d'alcool dont le saké, le cidre, le vin mousseux, le vin rosé, etc.</p> <p>La consommation d'alcool a diverses répercussions sur la santé. Une consommation excessive est liée à plusieurs maladies et problèmes sociaux et de santé mentale. La consommation d'alcool est également une cause importante d'accidents et de blessures. Cependant, sous certaines conditions, une consommation modérée d'alcool peut réduire les risques de maladies cardiaques.</p> <p>Les données de ce module seront utilisées pour comprendre les habitudes de consommation d'alcool des personnes âgées au Canada et les effets de cette consommation sur leur santé, y compris le lien entre la consommation d'alcool et les problèmes de santé chroniques.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur la consommation d'alcool. Les boissons alcoolisées incluent le vin rouge ou blanc, la bière, les spiritueux ou les liqueurs alcoolisées et les autres types d'alcool tels le saké, le cidre, le vin mousseux, le rosé, etc.

| | |
|--|---|
| ALC_1 | ALC_FREQ_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Au cours des 12 derniers mois, environ à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| ALMOST_EVERY_DAY | 01 Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine) |
| 4_5_TIMES_WEEK | 02 4 à 5 fois par semaine |
| 2_3_TIMES_WEEK | 03 2 à 3 fois par semaine |
| ONCE_WEEK | 04 Une fois par semaine |
| 2_3_TIMES_MONTH | 05 2 à 3 fois par mois |
| ABOUT_ONCE_MONTH | 06 À peu près une fois par mois |
| LESS_ONCE_MONTH | 07 Moins d'une fois par mois |
| NEVER | 96 Jamais |
| DK_NA | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| ALC_2 | ALC_WD_TRF3 | |
| [ASK IF ALC_FREQ_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois, combien de verres de chacune des boissons alcoolisées suivantes buvez-vous du dimanche au jeudi? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT. TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU PARTICIPANT (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS DURANT LES JOURS DE SEMAINE) AU BESOIN. SI LES PARTICIPANTS DISENT BOIRE DE L'ALCOOL SEULEMENT QUELQUES FOIS PAR MOIS, PRÉCISER « LES JOURS OÙ VOUS AVEZ BU ». | | |
| PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX | | |
| ➤ Exemple : si Sally boit deux bières le lundi et deux bières le jeudi, elle consomme au total quatre verres d'alcool ET NON deux | | |
| ALC_WD_RDNB_TRF3* | Vin rouge | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WD_WHNB_TRF3* | Vin blanc | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WD_BRNB_TRF3* | Bière | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WD_LQNB_TRF3* | Liqueur alcoolisée ou spiritueux | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WD_OTNB_TRF3* | Autre type d'alcool | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| ALC_3 | ALC_WE_TRF3 | |
| [ASK IF ALC_FREQ_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois, combien de verres de chacune des boissons alcoolisées suivantes buvez-vous le vendredi et le samedi? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT. TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU PARTICIPANT (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS DURANT LA FIN DE SEMAINE) AU BESOIN. | | |
| SI LES PARTICIPANTS DISENT BOIRE DE L'ALCOOL SEULEMENT QUELQUES FOIS PAR MOIS, PRÉCISER « LES JOURS OÙ VOUS AVEZ BU ». | | |
| PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX | | |
| ➤ Exemple : si Sally boit deux bières le vendredi et deux bières le samedi, elle consomme au total quatre verres d'alcool ET NON deux. | | |
| ALC_WE_RDNB_TRF3* | Vin rouge | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WE_WHNB_TRF3* | Vin blanc | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WE_BRNB_TRF3* | Bière | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WE_LQNB_TRF3* | Liqueur alcoolisée ou spiritueux | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| ALC_WE_OTNB_TRF3* | Autre type d'alcool | _____ (nombre) (MASK: MIN=00, MAX=90) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|--|
| ALC_4 | ALC_MLFQ_TRF3 | |
| [ASK IF ALC_FREQ_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED AND SEX = MALE] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu <u>cinq consommations ou plus d'alcool</u> à une même occasion? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU PARTICIPANT (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS) AU BESOIN LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX | | |
| ALMOST_EVERY_DAY | 01 | Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine) |
| 4_5_TIMES_WEEK | 02 | 4 à 5 fois par semaine |
| 2_3_TIMES_WEEK | 03 | 2 à 3 fois par semaine |
| ONCE_WEEK | 04 | Une fois par semaine |
| 2_3_TIMES_MONTH | 05 | 2 à 3 fois par mois |
| ABOUT_ONCE_MONTH | 06 | À peu près une fois par mois |
| LESS_ONCE_MONTH | 07 | Moins d'une fois par mois |
| NEVER | 96 | Jamais |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|--|
| ALC_5 | ALC_FMFQ_TRF3 | |
| [ASK IF ALC_FREQ_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED AND SEX = FEMALE] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu <u>quatre consommations ou plus d'alcool</u> à une même occasion? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU PARTICIPANT (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS) AU BESOIN LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX | | |
| ALMOST_EVERY_DAY | 01 | Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine) |
| 4_5_TIMES_WEEK | 02 | 4 à 5 fois par semaine |
| 2_3_TIMES_WEEK | 03 | 2 à 3 fois par semaine |
| ONCE_WEEK | 04 | Une fois par semaine |
| 2_3_TIMES_MONTH | 05 | 2 à 3 fois par mois |
| ABOUT_ONCE_MONTH | 06 | À peu près une fois par mois |
| LESS_ONCE_MONTH | 07 | Moins d'une fois par mois |
| NEVER | 96 | Jamais |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| ALC_6 | ALC_HVST_TRF3 | |
| [ASK IF ALC_FREQ_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Comment est votre consommation actuelle d'alcool comparativement à la période où vous buviez le plus? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SAME | 1 | À peu près similaire |
| LESS_HEAVIEST_PERIOD | 2 | Moindre que lors de la période où je buvais le plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

ALC_END

État général de santé (GEN)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Le module sur l'état général de santé comprend des questions sur le bien-être physique, psychologique et social. Il sert à recueillir des données sur la perception qu'a le participant de sa santé, de sa santé mentale, de son stress et de son sentiment d'appartenance à la communauté.</p> <p>Les chercheurs s'intéressent à ces questions parce qu'elles donnent une bonne mesure de base de l'état de santé. Elles peuvent également être utilisées pour prédire d'autres aspects de la santé du participant. Par exemple, un participant qui décrit sa santé comme passable ou mauvaise est plus susceptible d'avoir des problèmes de santé de longue durée, de souffrir de dépression et d'être un grand utilisateur du système de santé.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, je vais vous poser quelques questions générales sur votre santé.

| | | |
|--|----------------------|---|
| GEN_1 | GEN_HLTH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| VERY_GOOD | 2 | Très bonne |
| GOOD | 3 | Bonne |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvaise |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| GEN_2 | GEN_MNTL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| VERY_GOOD | 2 | Très bonne |
| GOOD | 3 | Bonne |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvaise |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| GEN_3 | GEN_HLAG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Nous avons discuté avec de nombreux adultes et nous avons appris quelque chose de chacun d'entre eux à propos de ce qui, selon eux, favorise le vieillissement en santé. Selon vous, qu'est-ce qui favorise la longévité des gens et leur bonne santé? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES | | |
| | | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| GEN_4 | GEN_OWNA_G_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pour ce qui est de votre propre vieillissement en santé, diriez-vous qu'il est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellent |
| VERY_GOOD | 2 | Très bon |
| GOOD | 3 | Bon |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| GEN_5 | GEN_BRD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Environ à quelle fréquence jouez-vous à des jeux de société, ou aux cartes, ou faites-vous des mots croisés, des casse-têtes ou des sudokus? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EVERY_DAY | 1 | Tous les jours |
| SEVERAL_TIMES_WEEK | 2 | Plusieurs fois par semaine |
| SEVERAL_TIMES_MONTH | 3 | Plusieurs fois par mois |
| SEVERAL_TIMES_YEAR | 4 | Plusieurs fois par année |
| ONCE_YEAR_OR_LESS | 5 | Une fois par année ou moins |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| GEN_6 | GEN_MUSC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Environ à quelle fréquence jouez-vous d'un instrument de musique ou chantez-vous dans une chorale? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EVERY_DAY | 1 | Tous les jours |
| SEVERAL_TIMES_WEEK | 2 | Plusieurs fois par semaine |
| SEVERAL_TIMES_MONTH | 3 | Plusieurs fois par mois |
| SEVERAL_TIMES_YEAR | 4 | Plusieurs fois par année |
| ONCE_YEAR_OR_LESS | 5 | Une fois par année ou moins |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

GEN_END

Qualité de vie (QUA)

Mesure ICECAP-A V2 © 2010 Hareth Al-Janabi et Joanna Coast

<https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-A/index.aspx>

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | Ce module concerne la qualité de vie ou le bien-être au sens large, pas seulement en lien avec la santé. Les questions visent à décrire la <i>capacité</i> des gens à vivre une vie qu'ils <i>apprécient</i> , plutôt que les facteurs qui peuvent déterminer cette capacité (par exemple, le revenu, la santé). |
|---------------|--|

Merci d'indiquer laquelle de ces affirmations décrit le mieux votre qualité de vie globale à l'heure actuelle pour chacun des cinq groupes ci-dessous.

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|--|
| QUA_1 | QUA_SECURE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Sentiment de sécurité et de stabilité | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ALL | 1 | J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans tous les domaines de ma vie |
| MANY | 2 | J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans beaucoup de domaines de ma vie. |
| A_FEW | 3 | J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans quelques domaines de ma vie |
| UNABLE | 4 | Je n'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans aucun des domaines de ma vie |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| QUA_2 | QUA_LOVE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Amour, amitié et soutien | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| A_LOT | 1 | Je peux recevoir beaucoup d'amour, d'amitié et de soutien |
| QUITE_A_LOT | 2 | Je peux recevoir pas mal d'amour, d'amitié et de soutien |
| A_LITTLE | 3 | Je peux recevoir un peu d'amour, d'amitié et de soutien |
| CANNOT | 4 | Je ne peux pas recevoir d'amour, d'amitié ou de soutien |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------|----------------------|---|
| QUA_3 | QUA_INDEPENDENT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Être indépendant(e) | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| COMPLETELY | 1 | J'arrive à être complètement indépendant(e) |
| MANY | 2 | J'arrive à être indépendant(e) pour beaucoup de choses |
| A_FEW | 3 | J'arrive à être indépendant(e) pour certaines choses |
| UNABLE | 4 | Je n'arrive pas à être indépendant(e) du tout |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------|------------------|--|
| QUA_4 | QUA_ACHIEVE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Réussite et progrès | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ALL | 1 | Je peux réussir et progresser dans tous les aspects de ma vie |
| MANY | 2 | Je peux réussir et progresser dans beaucoup d'aspects de ma vie |
| A_FEW | 3 | Je peux réussir et progresser dans quelques aspects de ma vie |
| CANNOT | 4 | Je ne peux réussir ou progresser dans aucun aspect de ma vie |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------|--------------------|--|
| QUA_5 | QUA_ENJOYMENT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Plaisir | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| A_LOT | 1 | Je peux ressentir beaucoup de plaisir |
| QUITE_A_LOT | 2 | Je peux ressentir pas mal de plaisir |
| A_LITTLE | 3 | Je peux ressentir un peu de plaisir |
| CANNOT | 4 | Je ne peux ressentir aucun plaisir |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

QUA_END

Activités physiques (PA2)

Ce module est une modification du Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)© 1991 New England Research Institutes (NERI), 9 Galen Street, Watertown, MA 02472. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement détient une licence l'autorisant à administrer le PASE et a reçu la permission du NERI.

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module font partie du questionnaire Physical Activity Scale of the Elderly (PASE) et portent sur les activités et exercices d'intensité légère, modérée et élevée faits au cours des 7 derniers jours. Les questions portent également sur les activités ménagères, le travail et le bénévolat qui ont été faits au cours des 7 derniers jours.</p> <p>Importance du module : Les réponses de ce module pourraient être utilisées pour évaluer le niveau d'activité physique des participants. Des niveaux plus élevés d'activité sont associés à une meilleure santé.</p> |
|---------------|--|

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions au sujet de votre niveau d'activité physique. Les questions suivantes traitent des activités de loisirs, des activités à la maison, au travail et des activités bénévoles faites au cours des sept derniers jours.

| | | |
|--|---------------------|---|
| PA2_1 | PA2_SIT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des activités assises comme lire, regarder la télévision, utiliser l'ordinateur ou faire de l'artisanat? Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| PA2_2 | PA2_SIT2_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_SIT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Quelles étaient ces activités? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_SIT2_BIN_TRF3* | 01 | Bingo, cartes ou autres jeux |
| PA2_SIT2_COM_TRF3* | 02 | Utiliser l'ordinateur |
| PA2_SIT2_CRO_TRF3* | 03 | Mots croisés, casse-têtes, etc. |
| PA2_SIT2_HAN_TRF3* | 04 | Artisanat |
| PA2_SIT2_LIS_TRF3* | 05 | Écouter la radio / de la musique |
| PA2_SIT2_MUS_TRF3* | 06 | Jouer d'un instrument de musique |
| PA2_SIT2_REA_TRF3* | 07 | Lire |
| PA2_SIT2_VIS_TRF3* | 08 | Visiter des personnes |
| PA2_SIT2_TV_TRF3* | 09 | Regarder la télévision |
| PA2_SIT2_OTSP_TRF3* | 97 | Autre : _____ |
| PA2_SIT2_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_SIT2_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| PA2_3 | PA2_SITHR_SIT_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_SIT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités assises? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| PA2_4 | PA2_WALK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois êtes-vous allé(e) marcher à l'extérieur de votre maison ou de votre cour? Par exemple, pour vous détendre ou pour faire de l'exercice, pour vous rendre au travail, pour promener le chien, etc. | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| PA2_5 | PA2_WALKHR_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_WALK_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous marché? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| PA2_6 | PA2_LSPRT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices légers ou des activités récréatives comme les quilles, le golf avec voiturette, le jeu de palet (shuffleboard), le badminton, la pêche ou d'autres activités semblables? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LES EXERCICES LÉGERS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES SONT DES ACTIVITÉS PENDANT LESQUELLES VOUS POUVEZ FACILEMENT MAINTENIR UNE CONVERSATION. LA MARCHÉ DEVRAIT ÊTRE INSCRITE À LA QUESTION PRÉCÉDENTE. LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| PA2_7 | PA2_LSPRT2_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_LSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Quelles étaient ces activités? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_LSPRT2_ARC_TRF3* | 01 | Tir à l'arc |
| PA2_LSPRT2_BAD_TRF3* | 02 | Badminton |
| PA2_LSPRT2_BIL_TRF3* | 03 | Billard |
| PA2_LSPRT2_BOA_TRF3* | 04 | Navigation de plaisance (canot, aviron ou voile) |
| PA2_LSPRT2_BOC_TRF3* | 05 | Jeu de boules (bocci)/pétanque |
| PA2_LSPRT2_BOW_TRF3* | 06 | Quilles |
| PA2_LSPRT2_CAT_TRF3* | 07 | Jeu de balles (catch) |
| PA2_LSPRT2_CRO_TRF3* | 08 | Croquet |
| PA2_LSPRT2_DAR_TRF3* | 09 | Fléchettes |
| PA2_LSPRT2_FIS_TRF3* | 10 | Pêche |
| PA2_LSPRT2_FRI_TRF3* | 11 | Frisbee |
| PA2_LSPRT2_GOL_TRF3* | 12 | Golf avec voiturette |
| PA2_LSPRT2_HOR_TRF3* | 13 | Fer à cheval |
| PA2_LSPRT2_MUS_TRF3* | 14 | Programme musical |
| PA2_LSPRT2_RIF_TRF3* | 15 | Tir |
| PA2_LSPRT2_SHU_TRF3* | 16 | Palet (shuffleboard) |
| PA2_LSPRT2_SWI_TRF3* | 17 | Natation (sans longueurs) |
| PA2_LSPRT2_TAB_TRF3* | 18 | Ping-pong |
| PA2_LSPRT2_YOG_TRF3* | 19 | Yoga ou stretching |
| PA2_LSPRT2_OTSP_TRF3* | 97 | Autre : _____ |
| PA2_LSPRT2_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_LSPRT2_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| PA2_8 | PA2_LSPRTHR_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_LSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices légers ou activités récréatives? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| PA2_9 | PA2_MSPRT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices d'intensité modérée comme la danse sociale, la chasse, le patin, le golf sans voiturette, la balle molle ou d'autres activités semblables? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LES EXERCICES D'INTENSITÉ MODÉRÉE SONT DES ACTIVITÉS QUI AUGMENTENT LÉGÈREMENT LE RYTHME DE LA RESPIRATION. NE PAS INCLURE LES TRAVAUX DE JARDINAGE ET LES TRAVAUX DE LA COUR. | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| PA2_10 | PA2_MSPRT2_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_MSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Quelles étaient ces activités? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_MSPRT2_BAR_TRF3* | 01 | Travaux de ferme |
| PA2_MSPRT2_DAN_TRF3* | 02 | Danse (danse sociale, ballet, disco) |
| PA2_MSPRT2_FEN_TRF3* | 03 | Escrime |
| PA2_MSPRT2_FOO_TRF3* | 04 | Football |
| PA2_MSPRT2_GOL_TRF3* | 05 | Golf sans voiturette |
| PA2_MSPRT2_HOR_TRF3* | 06 | Équitation |
| PA2_MSPRT2_HUN_TRF3* | 07 | Chasse |
| PA2_MSPRT2_PIL_TRF3* | 08 | Pilates ou tai chi |
| PA2_MSPRT2_SCU_TRF3* | 09 | Plongée (en apnée ou sous-marine) |
| PA2_MSPRT2_SKA_TRF3* | 10 | Patin (glace ou roues alignées) |
| PA2_MSPRT2_SLE_TRF3* | 11 | Glissade sur neige / motoneige |
| PA2_MSPRT2_SOF_TRF3* | 12 | Balle molle / base-ball / criquet |
| PA2_MSPRT2_SUR_TRF3* | 13 | Planche à neige / surf |
| PA2_MSPRT2_TEN_TRF3* | 14 | Tennis (en double) |
| PA2_MSPRT2_TRM_TRF3* | 15 | Trampoline |
| PA2_MSPRT2_VOL_TRF3* | 16 | Volley-ball |
| PA2_MSPRT2_OTSP_TRF3* | 97 | Autre : _____ |
| PA2_MSPRT2_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_MSPRT2_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| PA2_11 | PA2_MSPRTHR_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_MSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité modérée? | | |
| LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| PA2_12 | PA2_SSPRT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices d'intensité élevée comme le jogging, la natation, la raquette, le vélo, la danse aérobique, le ski ou d'autres activités semblables? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LES EXERCICES D'INTENSITÉ ÉLEVÉE SONT DES EXERCICES PENDANT LESQUELS IL EST TRÈS DIFFICILE D'AVOIR UNE CONVERSATION. LIRE LA LISTE, <u>ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE</u> | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| PA2_13 | PA2_SSPRT2_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_SSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Quelles étaient ces activités? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_SSPRT2_AER_TRF3* | 01 | Danse aérobique ou aqua-forme |
| PA2_SSPRT2_BAC_TRF3* | 02 | Longue randonnée |
| PA2_SSPRT2_BAS_TRF3* | 03 | Basket-ball |
| PA2_SSPRT2_BIC_TRF3* | 04 | Vélo ou vélo stationnaire |
| PA2_SSPRT2_BOA_TRF3* | 05 | Planche à voile |
| PA2_SSPRT2_HAN_TRF3* | 06 | Handball / paddleball |
| PA2_SSPRT2_HIK_TRF3* | 07 | Randonnée pédestre |
| PA2_SSPRT2_HOC_TRF3* | 08 | Hockey (sur glace ou sur gazon) |
| PA2_SSPRT2_JOG_TRF3* | 09 | Jogging |
| PA2_SSPRT2_LAC_TRF3* | 10 | Crosse |
| PA2_SSPRT2_MOU_TRF3* | 11 | Escalade, course en montagne |
| PA2_SSPRT2_RAC_TRF3* | 12 | Racquetball |
| PA2_SSPRT2_ROP_TRF3* | 13 | Saut à la corde |
| PA2_SSPRT2_ROW_TRF3* | 14 | Aviron ou canot de compétition |
| PA2_SSPRT2_RWM_TRF3* | 15 | Machine à ramer |
| PA2_SSPRT2_SKI_TRF3* | 16 | Ski (ski de fond, alpin, nautique) |
| PA2_SSPRT2_SNO_TRF3* | 17 | Raquette |
| PA2_SSPRT2_SOC_TRF3* | 18 | Soccer |
| PA2_SSPRT2_SQU_TRF3* | 19 | Squash |
| PA2_SSPRT2_STA_TRF3* | 20 | Grimper des escaliers |
| PA2_SSPRT2_SWI_TRF3* | 21 | Natation (avec longueurs) |
| PA2_SSPRT2_TEN_TRF3* | 22 | Tennis (simple) |
| PA2_SSPRT2_OTSP_TRF3* | 97 | Autre : _____ |
| PA2_SSPRT2_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_SSPRT2_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|---|
| PA2_14 | PA2_SSPRTHR_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_SSPRT_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité élevée? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| PA2_15 | PA2_EXER_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices en vue d'augmenter la force et l'endurance musculaire, comme soulever des poids, faire des push-ups (pompes), etc.? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : AUTRES EXEMPLES : MINI-HALTÈRES, PHYSIOTHÉRAPIE AVEC POIDS, GYMNASTIQUE RYTHMIQUE, REDRESSEMENTS ASSIS ET HALTÉROPHILIE. LIRE LA LISTE, <u>ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE</u> | | |
| NEVER | 1 | Jamais |
| SELDOM | 2 | Rarement (1 à 2 jours) |
| SOMETIMES | 3 | Parfois (3 à 4 jours) |
| OFTEN | 4 | Souvent (5 à 7 jours) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| PA2_16 | PA2_EXER2_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_EXER_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Quels étaient ces exercices? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_EXER2_CAL_TRF3* | 01 | Gymnastique rythmique |
| PA2_EXER2_PUS_TRF3* | 02 | Push-ups (pompes) |
| PA2_EXER2_SIT_TRF3* | 03 | Redressements assis |
| PA2_EXER2_WEI_TRF3* | 04 | Poids libres et mini-haltères |
| PA2_EXER2_OTSP_TRF3* | 97 | Autre : _____ |
| PA2_EXER2_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_EXER2_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| PA2_17 | PA2_EXERHR_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_EXER_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED] | | |
| En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à des exercices visant à augmenter la force et l'endurance musculaire? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_30_MIN | 1 | Moins de 30 minutes |
| 30_MIN_1_HR | 2 | 30 minutes, mais moins de 1 heure |
| 1_2_HR | 3 | 1 heure, mais moins de 2 heures |
| 2_4_HR | 4 | 2 heures, mais moins de 4 heures |
| MORE_4_HR | 5 | 4 heures ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | | | | |
|--|--|------------|------------|--------------------|-----------|
| PA2_18- PA2_23 | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | |
| Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait l'une ou l'autre des activités suivantes? | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : IL FAUT RÉPONDRE OUI / NON / NSP_PR / REFUS À CHAQUE QUESTION DU TABLEAU | | | | | |
| | | OUI | NON | NSP _PR | RF |
| PA2_LTHSWK_TRF3 | Des travaux domestiques légers comme épousseter ou laver la vaisselle | | | | |
| PA2_HVYHSWK_TRF3 | Des travaux domestiques lourds comme passer l'aspirateur, récurer les planchers, laver les fenêtres ou transporter du bois | | | | |
| PA2_HMREPAIR_TRF3 | Des réparations de la maison comme peindre, poser du papier peint, faire des travaux d'électricité, etc. | | | | |
| PA2_HVYODA_TRF3 | Des travaux sur la pelouse ou dans la cour, y compris enlever la neige ou les feuilles mortes, couper du bois, etc. (excluant le jardinage extérieur)? | | | | |
| PA2_LTODA_TRF3 | Du jardinage à l'extérieur, balayer le balcon ou les escaliers? | | | | |
| PA2_CRPRSN_TRF3 | Donner des soins à une autre personne, comme des enfants, un(e) conjoint(e) à charge ou un autre adulte? | | | | |

| | |
|--|---|
| PA2_24 | PA2_WRK_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Au cours des sept derniers jours, avez-vous occupé un travail rémunéré ou fait du bénévolat? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|--|
| PA2_25 | PA2_WRKHS_NB_TRF3 |
| [ASK IF PA2_WRK_TRF3 = YES] | |
| Au cours des sept derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à un travail rémunéré ou à des activités de bénévolat? | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE D'HEURES EXACT | |
| | INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=001, MAX=168) |
| DK_NA | 998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|--|
| PA2_26 | PA2_WRKPA_TRF3 |
| [ASK IF PA2_WRK_TRF3 = YES] | |
| Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux la quantité d'activité physique nécessaire pour votre travail ou vos activités de bénévolat? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : 50 LIVRES ÉQUIVALENT À PEU PRÈS À 23 KG. LIRE LES CATÉGORIES, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| SITTING | 1 Principalement assis(e) en faisant de légers mouvements des bras, comme un(e) travailleur(euse) de bureau ou un chauffeur(euse) d'autobus |
| STANDING_WALKING | 2 Être assis(e) ou debout avec la possibilité de faire quelques pas, comme un(e) caissier(ère), un(e) machiniste ou opérateur(trice) de machinerie) |
| LIGHT_MANUAL | 3 Marcher avec manutention de matériaux d'un poids généralement de moins de 50 livres, comme travailleur(euse) des postes, serveur(euse) ou travailleur(euse) de la construction |
| HEAVY_MANUAL | 4 Marcher incluant du travail manuel ardu nécessitant souvent la manutention de matériaux de plus de 50 livres, comme bûcheron(ne), maçon(ne), ouvrier(ère) agricole ou ouvrier(ère) |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| PA2_27 | PA2_REPRTN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Nous venons de parler de vos activités au cours des sept derniers jours. Si vous les considérez toutes ensemble, diriez-vous qu'elles représentent votre niveau d'activité habituel au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| STRONGLY_AGREE | 1 | Tout à fait d'accord |
| AGREE | 2 | D'accord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 3 | Ni en accord ni en désaccord |
| DISAGREE | 4 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 5 | Tout à fait en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| PA2_28 | PA2_PALVL_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_REPRTN_TRF3 = DISAGREE OR STRONGLY_DISAGREE] | | |
| Au cours des sept derniers jours, diriez-vous que votre niveau d'activité physique était : | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LOT_LOWER | 1 | Beaucoup moins élevé qu'à l'habitude |
| LITTLE_LOWER | 2 | Un peu moins élevé qu'à l'habitude |
| LITTLE_HIGHER | 3 | Un peu plus élevé qu'à l'habitude |
| LOT_HIGHER | 4 | Beaucoup plus élevé qu'à l'habitude |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| PA2_29 | PA2_PARTPA_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités physiques? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| PA2_30 | PA2_PRVPA_TRF3 | |
| [ASK IF PA2_PARTPA_TRF3 = YES] | | |
| Qu'est-ce qui vous a empêché(e) de faire de l'activité physique ou plus d'activités physiques? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| PA2_PRVPA_COS_TRF3 | 01 | Coût |
| PA2_PRVPA_TRM_TRF3 | 02 | Problèmes de transport |
| PA2_PRVPA_ACT_TRF3 | 03 | Activités non disponibles dans la région |
| PA2_PRVPA_LOC_TRF3 | 04 | L'emplacement est physiquement inaccessible |
| PA2_PRVPA_FAR_TRF3 | 05 | L'emplacement est trop loin |
| PA2_PRVPA_HEA_TRF3 | 06 | Problème de santé |
| PA2_PRVPA_ILL_TRF3 | 07 | Maladie / blessure |
| PA2_PRVPA_FEA_TRF3 | 08 | Peur de se blesser |
| PA2_PRVPA_TIM_TRF3 | 09 | Manque de temps |
| PA2_PRVPA_ENG_TRF3 | 10 | Manque d'énergie |
| PA2_PRVPA_MOT_TRF3 | 11 | Manque de motivation |
| PA2_PRVPA_SKI_TRF3 | 12 | Manque de compétence ou connaissance |
| PA2_PRVPA_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| PA2_PRVPA_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| PA2_PRVPA_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

PA2_END

Risque nutritionnel (NUR)

Le SCREEN™ assessment tool est la propriété de la Dre Heather Keller. L'utilisation de cet instrument a été accordée sous licence par l'Université de Guelph. Ce module est une modification de l'instrument SCREEN© (Abbreviated version of SCREEN II©) développé par la Dre Heather Keller (University of Guelph, Ontario, Canada).

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Ce module présente une adaptation de l'outil de dépistage appelé le Seniors in the Community : Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN II). Les questions portent sur la variation de poids, les habitudes alimentaires, les difficultés lors de l'alimentation, la consommation de fruits, de légumes et de fluides, ainsi que la satisfaction à l'égard des repas. De plus, d'autres questions portent sur la fréquence de consommation de plats dans des chaînes de restauration rapide ou de café et de thé, ainsi que sur la sécurité alimentaire.</p> <p>Importance du module : Les données de ce module pourront être utilisées pour estimer la prévalence du risque nutritionnel. Le risque nutritionnel est un indicateur de la fragilité et est associé à une moins bonne résistance aux infections, à un risque plus élevé de chutes, à une plus grande utilisation des services de soins de santé et à une plus grande dépendance.</p> |
|---------------|---|

Les prochaines questions portent sur votre poids et vos habitudes alimentaires au cours d'une journée typique.

| | | |
|---|-----------------------|---|
| NUR_1 | NUR_GLSWT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Comparativement à il y a six mois, avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| GAINED | 1 | Pris du poids |
| LOST | 2 | Perdu du poids |
| SAME | 3 | Gardé à peu près le même poids |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| NUR_2a | NUR_WTL_TRF3 | |
| [ASK IF NUR_GLSWT_TRF3 = LOST] | | |
| Quelle a été votre PERTE de poids au cours des <u>six derniers mois</u> ? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| MORE_10_LB | 1 | Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos) |
| 6_10_LB | 2 | De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos) |
| ABOUT_5_LB | 3 | Environ cinq livres (environ 2,3 kilos) |
| LESS_5_LB | 4 | Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| NUR_2b | NUR_WTG_TRF3 | |
| [ASK IF NUR_GLSWT_TRF3 = GAINED] | | |
| Quel a été votre GAIN de poids au cours des <u>six derniers mois</u> ? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| MORE_10_LB | 1 | Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos) |
| 6_10_LB | 2 | De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos) |
| ABOUT_5_LB | 3 | Environ cinq livres (environ 2,3 kilos) |
| LESS_5_LB | 4 | Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| NUR_3 | NUR_SKPMLS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, à quelle fréquence sautez-vous des repas? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ALMOST_EVERY_DAY | 1 | Presque tous les jours |
| OFTEN | 2 | Souvent |
| SOMETIMES | 3 | Parfois |
| RARELY | 4 | Rarement |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| NUR_4 | NUR_APPTT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, comment décririez-vous votre appétit? Diriez-vous qu'il est... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| VERY_GOOD | 1 | Très bon |
| GOOD | 2 | Bon |
| FAIR | 3 | Passable |
| POOR | 4 | Peu d'appétit |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| NUR_5 | NUR_SWLLFD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, à quelle fréquence tousez-vous, vous étouffez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides? Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| OFTEN | 1 | Souvent |
| SOMETIMES | 2 | Parfois |
| RARELY | 3 | Rarement |
| NEVER | 4 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| NUR_6 | NUR_FRTVEG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LES FRUITS ET LES LÉGUMES PEUVENT ÊTRE EN CONSERVE, FRAIS, SURGELÉS OU EN JUS NATUREL À 100 %. | | |
| UNE PORTION REPRÉSENTE : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CUITS ▪ 250 ml (1 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CRUS ▪ UN FRUIT OU 125 ml (1/2 tasse) DE FRUITS SURGELÉS OU EN CONSERVES OU 125 ml (1/2 tasse) DE JUS NATUREL À 100 % | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SEVEN_OR_MORE | 1 | Sept ou plus |
| SIX | 2 | Six |
| FIVE | 3 | Cinq |
| FOUR | 4 | Quatre |
| THREE | 5 | Trois |
| TWO | 6 | Deux |
| LESS_TWO | 7 | Moins de deux |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| NUR_7 | NUR_DRKFLD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : COMPREND L'EAU, LE THÉ, LE CAFÉ, LES BREUVAGES AUX HERBES, LES JUS NATURELS À 100 %, LES BOISSONS À SAVEUR DE FRUITS, LE LAIT ET LES BOISSONS GAZEUSES, À L'EXCLUSION DE L'ALCOOL. UNE TASSE REPRÉSENTE 8 ONCES OU 250 ML. | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EIGHT_OR_MORE | 1 | Huit tasses ou plus |
| FIVE_SEVEN | 2 | Cinq à sept tasses |
| THREE_FOUR | 3 | Trois ou quatre tasses |
| TWO | 4 | Environ deux tasses |
| LESS_TWO | 5 | Moins de deux tasses |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| NUR_8 | NUR_MLSMN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence prenez-vous au moins un repas chaque jour en compagnie d'une autre personne? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ALMOST EVERY DAY | 1 | Presque toujours |
| OFTEN | 2 | Souvent |
| SOMETIMES | 3 | Parfois |
| RARELY | 4 | Rarement |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| NUR_9 | NUR_CKMEALS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Cuisinez-vous habituellement vos propres repas? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| NUR_10 | NUR_MLPREP_TRF3 | |
| [ASK IF NUR_CKMEALS_TRF3 = YES] | | |
| Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face à la préparation de vos repas? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ENJOY_COOKING | 1 | J'aime cuisiner la plupart de mes repas |
| SOMETIMES_COOKING_CHORE | 2 | Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi |
| USUALLY_COOKING_CHORE | 3 | Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|--|
| NUR_11 | NUR_MLPREP_OTH_TRF3 | |
| [ASK IF NUR_CKMEALS_TRF3 = NO] | | |
| Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face aux repas préparés pour vous? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : COMPREND LES MEMBRES DE LA FAMILLE, LES AMI(E)S ET LES SERVICES DE REPAS PRÉPARÉS. | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SATISFIED | 1 | Je suis <u>satisfait(e)</u> de la qualité des repas préparés par d'autres |
| NOT_SATISFIED | 2 | Je ne suis <u>pas satisfait(e)</u> de la qualité des repas préparés par d'autres |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Consommation de plats préparés en restauration rapide

| | | |
|---|--------------------|---|
| NUR_12 | NUR_FASTFD_NB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En moyenne, au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous mangé dans des chaînes de restauration rapide que ce soit sur place, des plats à emporter ou livrés à la maison? | | |
| REMARQUE : LE TERME « RESTAURATION RAPIDE » RÉFÈRE À DES RESTAURANTS COMME MCDONALD'S, PFK, BURGER KING, ETC. OÙ LA NOURRITURE EST COMMANDÉE À UN COMPTOIR ET SERVIE SUR UN CABARET OU POUR EMPORTER. LE TERME NE RENVOIE PAS À D'AUTRES TYPES DE RESTAURANTS. | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| _____ (MASK: MIN=00, MAX=50) | | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

Sécurité alimentaire

| | | |
|--|------------------|---|
| NUR_13 | NUR_NOTENFD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de manger moins que vous l'auriez souhaité parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour acheter de la nourriture? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Consommation de café et de thé

| | | |
|--|----------------|---|
| NUR_14 | NUR_BEV_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pour chacun des breuvages suivants, combien de tasses buvez-vous chaque jour? Une tasse équivaut à 8 onces ou 250 ml. | | |
| LIRE CHAQUE BREUVAGE, TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE TASSES PAR JOUR POUR CHAQUE BREUVAGE | | |
| NUR_BEV_RCOFF_TRF3* | Café régulier | _____ (MASK: MIN=00, MAX=10) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUS | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| NUR_BEV_DCOFF_TRF3* | Café décaféiné | _____ (MASK: MIN=00, MAX=10) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUS | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| NUR_BEV_BTEA_TRF3* | Thé noir | _____ (MASK: MIN=00, MAX=10) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUS | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| NUR_BEV_GTEA_TRF3* | Thé vert | _____ (MASK: MIN=00, MAX=10) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUS | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |
| NUR_BEV_OTEA_TRF3* | Autre thé | _____ (MASK: MIN=00, MAX=10) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

Consommation d'aliments

Nous aimerions maintenant savoir à quelle heure a lieu habituellement votre première et dernière consommation de nourriture de la journée.

| | | |
|--|------------------------|---|
| NUR_15 | NUR_FRSTFD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle heure consommez-vous habituellement votre premier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| BEFORE_5 | 1 | Avant 5 h AM |
| BETWEEN_5_AND_6 | 2 | Entre 5 h et 6 h AM |
| BETWEEN_6_AND_7 | 3 | Entre 6 h et 7 h AM |
| BETWEEN_7_AND_8 | 4 | Entre 7 h et 8 h AM |
| BETWEEN_8_AND_9 | 5 | Entre 8 h et 9 h AM |
| BETWEEN_9_AND_10 | 6 | Entre 9 h et 10 h AM |
| AFTER_10 | 7 | Après 10 h AM |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| NUR_16 | NUR_LSTFD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle heure consommez-vous habituellement votre dernier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| BEFORE_6 | 1 | Avant 6 h PM |
| BETWEEN_6_AND_7 | 2 | Entre 6 h et 7 h PM |
| BETWEEN_7_AND_8 | 3 | Entre 7 h et 8 h PM |
| BETWEEN_8_AND_9 | 4 | Entre 8 h et 9 h PM |
| BETWEEN_9_AND_10 | 5 | Entre 9 h et 10 h PM |
| BETWEEN_10_AND_11 | 6 | Entre 10 h et 11 h PM |
| AFTER_11 | 7 | Après 11 h PM |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| NUR_17 | NUR_MLTIM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Si vous pensez au moment où vous prenez vos repas principaux, est-ce que vous suivez un horaire régulier? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EVERY_DAY | 1 | Je mange chaque repas à peu près à la même heure tous les jours (plus ou moins 15 minutes de différence) |
| ON_MOST_DAYS | 2 | Je mange mes repas à peu près à la même heure la plupart des jours, mais pas tous les jours (1 à 2 jours à des heures irrégulières) |
| NOT_MANY_DAYS | 3 | Je mange mes repas à peu près à la même heure certains jours, mais pas la plupart des jours (plus de 3 jours à des heures irrégulières) |
| IRREGULAR | 4 | Je ne mange pas mes repas selon un horaire régulier (tous les jours à des heures irrégulières) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

NUR_END

Santé bucco-dentaire (ORH)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Dans ce module, les participants doivent décrire leur santé bucco-dentaire (c.-à-d. la santé de leur bouche), le type de problèmes de santé bucco-dentaire qu'ils ont, s'il y a lieu, et leurs habitudes de brossage de dents et de passage de la soie dentaire. Les participants sont également invités à indiquer à quelle fréquence ils évitent de manger des aliments particuliers.</p> <p>Importance du module : Ce module permettra d'étudier l'association entre la santé bucco-dentaire et des maladies comme le diabète et les maladies respiratoires ou cardiovasculaires. Ces questions nous permettront également d'amasser de l'information sur les facteurs de risque associés aux problèmes de santé bucco-dentaire, comme la mauvaise alimentation et le statut socio-économique. Aussi, les données de ce module permettront d'identifier les groupes qui bénéficieraient le plus d'améliorations des services de santé bucco-dentaire.</p> |
|---------------|--|

Les prochaines questions portent sur la santé de votre bouche.

| | | |
|---|----------------------|---|
| ORH_1 | ORH_HLTH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, diriez-vous que la santé de votre bouche est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| VERY_GOOD | 2 | Très bonne |
| GOOD | 3 | Bonne |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvaise |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ORH_2 | ORH_TEETH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Vous reste-t-il une ou plusieurs dents naturelles? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| ORH_3 | ORH_TETH20_TRF3 | |
| [ASK IF ORH_TEETH_TRF3 = YES, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Vous reste-t-il au moins 20 dents naturelles? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : DEMANDER AU PARTICIPANT DE COMPTER SES DENTS NATURELLES | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| ORH_3a | ORH_DENT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Portez-vous des dentiers, des prothèses dentaires ou de fausses dents? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : METTEZ L'ACCENT SUR LE VERBE « PORTEZ » ET COMPTÉZ LES FAUSSES DENTS ET LES DENTIERES OU PARTIELS QUI PEUVENT ÊTRE ENLEVÉS (NE COMPTÉZ PAS LES DENTIERES QUE LE PARTICIPANT NE PEUT PAS RETIRER, P. EX. LES COURONNES FIXÉES SUR DES IMPLANTS) | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| ORH_3b | ORH_DNUSE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous des dentiers ou des fausses dents que vous n'utilisez pas? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| ORH_4 | ORH_UNCEAT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous évité de consommer des aliments spécifiques à cause de problèmes dans votre bouche? Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| OFTEN | 1 | Souvent |
| SOMETIMES | 2 | Parfois |
| RARELY | 3 | Rarement |
| NEVER | 4 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|--|
| ORH_5 | ORH_EXP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu l'un ou l'autre des problèmes suivants? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| ORH_EXP_TTH_TRF3 | 01 | Mal de dents |
| ORH_EXP_CHW_TRF3 | 02 | Difficulté à mastiquer correctement |
| ORH_EXP_DNU_TRF3 | 03 | Dentier inconfortable [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_DNL_TRF3 | 04 | Dentier desserré ou mal ajusté [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_DNB_TRF3 | 05 | Dentier brisé [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_DNT_TRF3 | 06 | Dentier perdu [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_SWL_TRF3 | 07 | Enflure dans la bouche |
| ORH_EXP_DRM_TRF3 | 08 | Bouche sèche |
| ORH_EXP_BRM_TRF3 | 09 | Brûlement dans la bouche |
| ORH_EXP_JWS_TRF3 | 10 | Douleur aux muscles de la mâchoire |
| ORH_EXP_JJP_TRF3 | 11 | Douleur aux articulations de la mâchoire |
| ORH_EXP_TTD_TRF3 | 12 | Caries dentaires |
| ORH_EXP_NTL_TRF3 | 13 | Déchaussement d'une dent naturelle |
| ORH_EXP_NTB_TRF3 | 14 | Fracture d'une dent naturelle |
| ORH_EXP_GUMS_TRF3 | 15 | Douleur aux gencives autour des dents naturelles |
| ORH_EXP_GUMB_TRF3 | 16 | Saignement aux gencives autour des dents naturelles |
| ORH_EXP_DNS_TRF3 | 17 | Douleur au niveau du dentier [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_TTC_TRF3 | 18 | Difficulté à garder vos dents naturelles propres |
| ORH_EXP_DNC_TRF3 | 19 | Difficulté à garder votre dentier propre [ASK IF ORH_DENT_TRF3 = YES] |
| ORH_EXP_BB_TRF3 | 20 | Mauvaise haleine |
| ORH_EXP_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucun de ces problèmes |
| ORH_EXP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| ORH_EXP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| ORH_EXP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| ORH_6 | ORH_DNVST_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quand remonte votre dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, tel que dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste? | | |
| LAST_12_MONTH | 1 | Au cours des douze derniers mois |
| LAST_5_YEARS | 2 | Au cours des cinq dernières années |
| LAST_10_YEARS | 3 | Au cours des dix dernières années |
| MORE_10_YEARS | 4 | Il y a plus de dix ans |
| NEVER | 5 | N'est jamais allé(e) chez le dentiste |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ORH_7 | ORH_WYNDN_TRF3 | |
| [ASK IF ORH_DNVST_TRF3 ≠ LAST_12_MONTH, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Pourquoi n'avez-vous pas consulté un professionnel des soins dentaires (p. ex. dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste) au cours de la dernière année? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NEED | 01 | Pas nécessaire |
| APPOINTMENT | 02 | Difficulté à avoir un rendez-vous |
| DENTIST | 03 | Aucun dentiste dans la région |
| HYGIENIST | 04 | Aucun hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste dans la région |
| TRANSPORTATION | 05 | Problèmes de transport |
| LANGUAGE | 06 | Problèmes de langue |
| PERSONAL | 07 | Responsabilités personnelles ou familiales |
| LEAVE | 08 | Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé |
| FEAR | 09 | Peur (p. ex. trop douloureux, gênant, dépister un problème, phobie du dentiste) |
| COST | 10 | Coût |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| ORH_8 | ORH_TYPINS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quel type d'assurance dentaire avez-vous? | | |
| PRIVATE | 01 | Privée |
| GOVT | 02 | Gouvernementale |
| NONE | 96 | Aucune |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ORH_9 | ORH_COST_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous évité de vous rendre chez un professionnel des soins dentaires à cause du coût des soins dentaires? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| ORH_10 | ORH_PRBHT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé de la difficulté à recevoir des traitements dentaires à cause d'un problème de santé? Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| OFTEN | 1 | Souvent |
| SOMETIMES | 2 | Parfois |
| RARELY | 3 | Rarement |
| NEVER | 4 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| ORH_11 | ORH_BRUSDN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Brossez-vous vous-même vos dents ou vos dentiers? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| ORH_12 | ORH_WHO_TRF3 | |
| [ASK IF ORH_BRUSDN_TRF3 ≠ YES] | | |
| Si vous avez besoin d'assistance pour les soins buccaux, qui vous donne cette aide? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| FAMILY | 1 | Membre de la famille |
| FRIEND | 2 | Amis |
| CARE_AID | 3 | Préposé(e)/infirmier(ère) |
| OTHER | 4 | Autre |
| NO_ONE | 5 | Personne |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| ORH_13 | ORH_OFTN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Habituellement, à quelle fréquence vos dents ou dentiers sont-ils lavés? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE (METTEZ L'ACCENT SUR « HABITUELLEMENT ») | | |
| MORE_ONCE_DAY | 1 | Plus d'une fois par jour |
| ONCE_DAY | 2 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 3 | Au moins une fois par semaine |
| MORE_ONCE_WEEK | 4 | Plus d'une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 5 | Au moins une fois par mois |
| NEVER | 6 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| ORH_14 | ORH_FLSFQ_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence passez-vous habituellement la soie dentaire? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE (METTEZ L'ACCENT SUR « HABITUELLEMENT ») | | |
| MORE_ONCE_DAY | 1 | Plus d'une fois par jour |
| ONCE_DAY | 2 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 3 | Au moins une fois par semaine |
| MORE_ONCE_WEEK | 4 | Plus d'une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 5 | Au moins une fois par mois |
| NEVER | 6 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

ORH_END

Déclin cognitif subjectif (SCD)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Dans ce module, les participants devront évaluer s'ils perçoivent des changements à leur mémoire et si ces changements les préoccupent. Ces questions seront posées à tous les participants.</p> <p>Des études suggèrent que ces préoccupations pourraient être un indicateur précoce d'un trouble cérébral même si la personne réussit bien les tests. Il est toutefois important de mentionner que plusieurs autres facteurs peuvent engendrer ces changements, comme le vieillissement, les traits de personnalité, les effets ou les traitements d'une maladie. Aussi, plusieurs des personnes qui perçoivent des changements à leur mémoire n'ont pas d'indices de trouble cérébral et ne sont pas à risque de développer des problèmes cognitifs plus graves.</p> <p>À l'aide de l'information recueillie, nous tenterons de déterminer à quel moment ces préoccupations sont signe d'un trouble cérébral précoce, les facteurs (p. ex. l'âge et la personnalité) qui y sont associés et ce qui influence la probabilité que ces changements s'aggravent au fil du temps.</p> |
|---------------|--|

| | | |
|--|----------------------|---|
| PCM_1 | GEN_MEMO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pensez-vous que votre mémoire est de moins en moins bonne? | | |
| NO | 1 | Non |
| YES | 2 | Oui, mais cela ne me préoccupe pas |
| YESWRY | 3 | Oui, et cela me préoccupe |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

PCM_END

Douleurs et malaises (HUP)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module contient trois questions qui portent sur la douleur et les malaises.</p> <p>Importance du module : Savoir si le participant éprouve de la douleur ou des malaises. Ce module évalue également l'impact de la douleur et des malaises sur la qualité de vie du participant.</p> |
|---------------|--|

Les prochaines questions portent sur la douleur et les malaises que certaines personnes peuvent éprouver dans leur vie quotidienne.

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| HUP_1 | HUP_FREE_TRF3 | | |
| [ALWAYS ASK] | | | |
| Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? | | | |
| YES | 1 | Oui | |
| NO | 2 | Non | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|--|-------------------------|---|--|
| HUP_2 | HUP_INTNSTY_TRF3 | | |
| [ASK IF HUP_FREE_TRF3 = NO] | | | |
| Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement? Diriez-vous qu'elle est faible, moyenne ou forte? | | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | | |
| MILD | 1 | Faible | |
| MODERATE | 2 | Moyenne | |
| SEVERE | 3 | Forte | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|---|------------------------|---|--|
| HUP_3 | HUP_PRVACT_TRF3 | | |
| [ASK IF HUP_FREE_TRF3 = NO] | | | |
| Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire? Diriez-vous aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart? | | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | | |
| NONE | 1 | Aucune | |
| A_FEW | 2 | Quelques-unes | |
| SOME | 3 | Plusieurs | |
| MOST | 4 | La plupart | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

HUP_END

Santé des femmes (WHO)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Le module sur la santé des femmes sert à recueillir des données sur les facteurs de reproduction, la ménopause et l'hormonothérapie substitutive.</p> <p>Les chercheurs s'intéressent à ces sujets, car on sait qu'ils ont une incidence sur l'état de santé et sur le risque de développer certaines maladies. Par exemple, on sait que les facteurs de reproduction influencent les cancers liés aux hormones, comme le cancer des seins ou des ovaires, et que les risques de faire de l'ostéoporose (perte de la masse osseuse) augmentent quand les femmes sont ménopausées.</p> |
|---------------|--|

| | | |
|--------------------------------------|------------------------|---|
| WHO_A | WHO_MENSTR_TRF3 | |
| [ASK IF SEX = FEMALE] | | |
| Avez-vous déjà eu des menstruations? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| WHO_B | WHO_MENSTRFRST_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_MENSTR_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge avez-vous eu votre première menstruation? | | |
| | _____ | ANS (MASK: MIN=8, MAX=25) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| WHO_1 | WHO_CONCP_TRF3 | |
| [ASK IF SEX = FEMALE AND IF WHO_CONCP_PAST ≠ YES] | | |
| WHO_CONCP_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_CONCP_TRF2, WHO_CONCP_TRF1) | | |
| Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une quelconque raison? Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules, les implants, les timbres, les injections, les anneaux et les dispositifs de libération intra-utérins d'hormones. | | |
| REMARQUE : Cette question porte SEULEMENT sur les contraceptifs hormonaux. | | |
| VOICI DES EXEMPLES DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX ET NON-HORMONAUX : | | |
| Dispositifs de libération intra-utérins d'hormones : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tous les dispositifs qui libèrent de lévonorgestrel – comme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mirena® ○ Skyla® ○ Jaydess® | | |
| Dispositifs intra-utérins qui ne libèrent PAS d'hormones : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tous les dispositifs qui contiennent du cuivre • Tous les dispositifs inertes (qui ne contiennent aucune composante bioactive) | | |
| Autres contraceptifs qui ne libèrent PAS d'hormones : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diaphragme • Cape cervicale • Condoms féminins • Condoms masculins • Spermicides intravaginaux | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| WHO_2 | WHO_CON_STRT_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_CONCP_TRF3 = YES] | | |
| Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux? | | |
| INTERVIEWEUR : L'ÂGE EXACT EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| | _____ | INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| WHO_3 | WHO_CONTT_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_CON_STRT_TRF3 ≠ DK_NA OR REFUSED] | | |
| Au total , pendant combien de temps avez-vous utilisé ou depuis combien de temps utilisez-vous des contraceptifs hormonaux? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé des contraceptifs, même si vous avez arrêté et recommencé d'en utiliser plusieurs fois. | | |
| INTERVIEWEUR : L'ANNÉE OU LE MOIS EXACT EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| MT | _____ | MONTHS (MASK: MIN=01, MAX=12) |
| YR | _____ | YEARS (MASK: MIN=01, MAX=CURRENT AGE) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

Les questions qui suivent porteront sur les symptômes associés à la ménopause.

| | | |
|---|----------------|---|
| WHO_4 | WHO_MENOP_TRF3 | |
| [ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_MENOP_PAST ≠ YES] | | |
| WHO_MENOP_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENOP_TRF2, WHO_MENOP_TRF1) | | |
| Êtes-vous ménopausée? Autrement dit, avez-vous cessé d'avoir vos règles depuis au moins un an sans qu'elles réapparaissent? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| WHO_4a | WHO_MENOHOW_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_MENOP_TRF3 = YES] | | |
| Votre ménopause a-t-elle été naturelle ou était-elle le résultat d'une intervention médicale? | | |
| Définitions Ovariectomie bilatérale : ablation de deux ovaires ou plus Salpingo-ovariectomie bilatérale (aussi connue sous le nom de SOB) : intervention chirurgicale lors de laquelle les deux ovaires et les trompes de Fallope sont enlevés. Hystérectomie : ablation chirurgicale de l'utérus | | |
| NATURAL | 1 | Naturelle |
| OVARIES | 2 | Ménopause chirurgicale – ovariectomie bilatérale sans hystérectomie |
| ALL | 3 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie et salpingo-ovariectomie/ovariectomie bilatérale |
| HYSTERECTOMY | 4 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie seulement (ovaires conservés) |
| HYSTOVAQUES | 5 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie, mais pas certain que les ovaires sont enlevés |
| SURGRADITION | 6 | Ménopause provoquée par une intervention médicale – radiation |
| SURGDRUG | 7 | Ménopause provoquée par une intervention médicale – médicament |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------|---|
| WHO_4b | WHO_MENOHOW2_TRF3 | |
| [ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_MENOP_PAST = YES] | | |
| WHO_MENOP_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENOP_TRF2, WHO_MENOP_TRF1) | | |
| Lors d'une entrevue précédente, vous avez dit être ménopausée. Votre ménopause a-t-elle été naturelle ou était-elle le résultat d'une intervention médicale? | | |
| NATURAL | 1 | Naturelle |
| OVARIES | 2 | Ménopause chirurgicale – ovariectomie bilatérale sans hystérectomie |
| ALL | 3 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie et salpingo-ovariectomie/ovariectomie bilatérale |
| HYSTERECTOMY | 4 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie seulement (ovaires conservés) |
| HYSTOVAQUES | 5 | Ménopause chirurgicale – hystérectomie, mais pas certain que les ovaires sont enlevés |
| SURGRADITION | 6 | Ménopause provoquée par une intervention médicale – radiation |
| SURGDRUG | 7 | Ménopause provoquée par une intervention médicale – médicament |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| WHO_5 | WHO_MPAG_AG_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_MENOP_TRF3 = YES] | | |
| Quel âge aviez-vous lorsque vous avez cessé d'avoir vos règles pendant au moins un an sans qu'elles réapparaissent? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE L'ÂGE EXACT | | |
| | _____ | INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| WHO_6 | WHO_HRT_TRF3 | |
| [ASK SEX = FEMALE AND WHO_HRT_PAST ≠ YES] | | |
| WHO_HRT_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_HRT_TRF2, WHO_HRT_TRF1) | | |
| Avez-vous déjà suivi une hormonothérapie substitutive, parfois appelé THS, pour une raison quelconque? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| WHO_7 | WHO_TYPE_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_HRT_TRF3 = YES] | | |
| Quel type d'hormonothérapie substitutive avez-vous utilisé le plus? | | |
| ESTROGEN_PROGESTERONE | 1 | Oestrogène et progestérone |
| ESTROGEN | 2 | Oestrogène (p. ex. Premarin, Estrace) |
| PROGESTERONE | 3 | Progestérone (p. ex. Prometrium, Provera) |
| ESTROGEN_GEL | 4 | Oestrogènes en gel ou en crème appliqué sur la peau (p. ex. Estraderm, Estrogel) |
| DEVICE_PROGESTERONE | 5 | Dispositif intra-utérin avec progestérone |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| WHO_8 | WHO_HRTAG_AG_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_HRT_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive? | | |
| INTERVIEWEUR : L'ÂGE EXACT EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| | _____ | INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|---|
| WHO_9 | WHO_HRTCURR_TRF3 | |
| [ASK IF WHO_HRT_TRF3 = YES] | | |
| Utilisez-vous toujours une hormonothérapie substitutive? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| WHO_10 | WHO_HRTSTIL_TRF3 | |
| [ASK SEX = FEMALE AND WHO_HRT_PAST = YES] | | |
| WHO_HRT_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_HRT_TRF2, WHO_HRT_TRF1) | | |
| Lors de votre dernière entrevue, vous avez dit que vous utilisiez une hormonothérapie substitutive. Est-ce toujours le cas? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|--|
| WHO_11 | WHO_HRTDR_TRF3 | |
| [ASK SEX = FEMALE AND WHO_HRTCURR_TRF3 = NO OR WHO_HRTSTIL_TRF3 = NO] | | |
| Au total, depuis combien de temps utilisez-vous ou pendant combien de temps avez-vous utilisé une hormonothérapie substitutive? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE LA DURÉE TOTALE | | |
| WHO_HRTDR_WK_TRF3 | _____ | SEMAINES (MASK: MIN=00, MAX=52) |
| WHO_HRTDR_MT_TRF3 | _____ | MOIS (MASK: MIN=00, MAX=12) |
| WHO_HRTDR_YR_TRF3 | _____ | ANNÉES (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| WHO_HRTDR_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| WHO_HRTDR_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

WHO_END

Vision (VIS)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | Le but de ces questions est de déterminer combien de personnes peuvent voir avec et sans lunettes ou lentilles cornéennes. |
|---------------|--|

Maintenant, je vais vous poser quelques questions à propos de votre vision...

| | | |
|--|----------------------|---|
| VIS_1 | VIS_SGHT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Diriez-vous que votre vision (avec vos lunettes ou verres de contact si vous en utilisez) est... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| VERY_GOOD | 2 | Très bonne |
| GOOD | 3 | Bonne |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvaise ou nulle (nulle = aveugle) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| VIS_2 | VIS_AID_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Mis à part les lunettes ou les verres de contact, est-ce que vous utilisez des aides ou des appareils spécialisés pour les personnes aveugles ou ayant une déficience visuelle, par exemple, des loupes ou du matériel de lecture en braille? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|--|
| VIS_3 | VIS_USE_TRF3 | |
| [ASK IF VIS_AID_TRF3 = YES] | | |
| Est-ce que vous utilisez actuellement... | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| VIS_USE_MG_TRF3 | 01 | Des loupes |
| VIS_USE_BR_TRF3 | 02 | Du matériel de lecture en braille |
| VIS_USE_LG_TRF3 | 03 | Du matériel de lecture en gros caractères |
| VIS_USE_TK_TRF3 | 04 | Des livres parlants |
| VIS_USE_RC_TRF3 | 05 | Du matériel d'enregistrement ou appareil portable de prise de notes |
| VIS_USE_CC_TRF3 | 06 | Une télévisionneuse en circuit fermé |
| VIS_USE_CP_TRF3 | 07 | Un lecteur de livres numériques, un ordinateur avec braille, reconnaissance vocale ou grossissement de l'affichage |
| VIS_USE_CN_TRF3 | 08 | Une canne blanche |
| VIS_USE_DG_TRF3 | 09 | Un chien-guide |
| VIS_USE_OTSP_TRF3 | 97 | Une autre aide : _____ |
| VIS_USE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| VIS_USE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

VIS_END

Audition (HRG)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | Le but de ces questions est de déterminer combien de personnes ont de la difficulté à entendre avec ou sans appareil auditif. |
|---------------|---|

| | | |
|--|---------------------|---|
| HRG_1 | HRG_HRG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Diriez-vous que votre audition (avec votre appareil auditif si vous en utilisez un) est... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| VERY_GOOD | 2 | Très bonne |
| GOOD | 3 | Bonne |
| FAIR | 4 | Passable |
| POOR | 5 | Mauvaise ou nulle (nulle = sourd(e)) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| HRG_2 | HRG_NOIS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à suivre une conversation si vous êtes en présence de bruits ambiants tels que la télévision, la radio ou des enfants qui jouent même si vous utilisez votre appareil auditif? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| HRG_3 | HRG_AID_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que vous utilisez des aides, appareils ou services spécialisés destinés aux personnes sourdes ou malentendantes, par exemple, un appareil auditif, un téléphone à volume réglable ou un décodeur? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| HRG_4 | HRG_USE_TRF3 | |
| [ASK IF HRG_AID_TRF3 = YES] | | |
| Est-ce que vous utilisez actuellement... | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| HRG_USE_AID_TRF3 | 01 | Un appareil auditif |
| HRG_USE_CP_TRF3 | 02 | Un ordinateur pour communiquer (p.ex. courriel ou groupe de discussion) |
| HRG_USE_VL_TRF3 | 03 | Un téléphone à volume réglable |
| HRG_USE_TTY_TRF3 | 04 | Un ATS ou ATME |
| HRG_USE_MSG_TRF3 | 05 | Un service de relais des appels |
| HRG_USE_PH_TRF3 | 06 | D'autres appareils adaptés au téléphone (p.ex. clignotants, écouteurs) |
| HRG_USE_CC_TRF3 | 07 | Un décodeur de sous-titrage intégré ou non à un téléviseur |
| HRG_USE_AP_TRF3 | 08 | Un système d'amplification (p.ex. M.F, acoustique ou infrarouge, écouteurs) |
| HRG_USE_VS_TRF3 | 09 | Des alarmes visuelles ou vibrantes |
| HRG_USE_CO_TRF3 | 10 | Un implant cochléaire |
| HRG_USE_OTSP_TRF3 | 97 | Une autre aide : _____ |
| HRG_USE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| HRG_USE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| HRG_5 | HRG_TINNIT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Souffrez-vous d'acouphène? | | |
| REMARQUE : BOURDONNEMENT OU SIFFLEMENT DANS LES OREILLES. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

HRG_END

Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées (HRG)

Pour les questions suivantes, répondez « Oui », « Quelques fois » ou « Non ».

INTERVIEWEUR : Si un participant porte un appareil auditif, les questions concernent ses capacités auditives lorsqu'il le porte.

Intervieweur **NE PAS LIRE** : Lorsque vous aurez terminé, attribuez une valeur numérique à votre réponse en vous basant sur cette clé d'interprétation :

| | | | | |
|---------|-------------------|---------|------------------|------------|
| Oui = 4 | Quelques fois = 2 | Non = 0 | Ne sait pas = 98 | Refus = 99 |
|---------|-------------------|---------|------------------|------------|

| [ALWAYS ASK] | | | | | | |
|------------------------|--|-----|---------------|-----|-------------------------|------------------------|
| | | OUI | QUELQUES FOIS | NON | [NE PAS LIRE] NSP_PR | [NE PAS LIRE] REFUS |
| HRG_PROB_EM BA_TRF3 | Quand vous rencontrez de nouvelles personnes, vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition? | | | | | |
| HRG_PROB_FR ST_TRF3 | Quand vous parlez aux membres de votre famille, vous sentez-vous frustré(e) à cause d'un problème d'audition? | | | | | |
| HRG_PROB_DIF F_TRF3 | Avez-vous de la difficulté à entendre quand quelqu'un parle à voix basse? | | | | | |
| HRG_PROB_HA CP_TRF3 | Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème d'audition? | | | | | |
| HRG_PROB_VIS T_TRF3 | Quand vous visitez des amis, des parents ou des voisins, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés? | | | | | |
| HRG_PROB_ME ET_TRF3 | Assistez-vous moins souvent que vous le voudriez à des réunions, à des rencontres ou à des offices religieux à cause d'un problème d'audition? | | | | | |
| HRG_PROB_AR GU_TRF3 | Vous arrive-t-il de vous disputer avec des membres de votre famille à cause d'un problème d'audition? | | | | | |
| HRG_PROB_LS TN_TRF3 | Quand vous écoutez la télévision ou la radio, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés? | | | | | |

| [ALWAYS ASK] | | | | | | |
|------------------------|---|-----|------------------|-----|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | OUI | QUELQUES FOIS | NON | [NE PAS LIRE] NSP_PR | [NE PAS LIRE] REFUS |
| HRG_PROB_LIF E_TRF3 | Avez-vous l'impression qu'une difficulté d'audition limite ou gêne votre vie personnelle ou sociale? | | | | | |
| HRG_PROB_FR ND_TRF3 | Quand vous êtes au restaurant avec des parents ou des amis, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés? | | | | | |

HRG_END

Cognition (COG)

Test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey Ce test est adapté de l'article d'André Rey intitulé « L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique » Archives de psychologie 28:21, 1941. Récemment, la procédure a été discutée plus en détail et quelque peu modifiée dans l'ouvrage d'André Rey intitulé « L'examen clinique en psychologie » (Paris : Presses Universitaires, 1958), pp. 141-193.

Le Mental Alternation Test (MAT)© est inspiré du Trail making test. L'instrument Mental Alternations Test (MAT)© a été développé par Dre Evelyn Teng (University of Southern California, USA). L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser le MAT.

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | NOTES À L'INTERVIEWEUR : POUR LES MODULES SUR LA COGNITION SUIVANTS, RAPPELEZ-VOUS DE SUIVRE LE SCÉNARIO À LA LIGNE ET DE RESPECTER LES TEMPS ALLOUÉS. |
|---------------|---|

Maintenant, je vais vous demander d'accomplir certaines tâches qui sont liées à la mémoire et à la concentration. Certaines de ces tâches vous sembleront difficiles et d'autres faciles, mais c'est ainsi que cela doit être. Nous ne nous attendons pas à ce que vous ayez tout bon; nous demandons à tout le monde de faire ces tâches.

| | | |
|---|---------------------|---|
| COG_A | COG_REC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pour nous aider à saisir cette information de façon exacte, nous aimerions avoir votre permission de faire un enregistrement audio de vos réponses. Cet enregistrement sera seulement utilisé par des employés autorisés de l'ÉLCV pour coder et vérifier vos réponses. Il est assujéti aux mêmes dispositions en matière de confidentialité que les autres données recueillies par l'ÉLCV. Consentez-vous à ce que vos réponses soient enregistrées? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_REC_TRF3 ≠ YES SKIP TO END OF MODULE] | | |

| | | |
|--|---------------------|---|
| COG_1 | COG_RDY_TRF3 | |
| [ASK IF COG_REC_TRF3 = YES] | | |
| Il est très important que vous ne soyez pas dérangé(e) durant ces tâches. Vous devez accomplir ces tâches seul(e), sans aide et sans crayon ni papier. | | |
| Pour commencer, une voix enregistrée vous posera une question à laquelle vous devrez répondre. Veuillez écouter attentivement. Êtes-vous prêt(e) à écouter l'enregistrement? | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE PARTICIPANT, PASSER À COG_END | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| TECH | 3 | [NE PAS LIRE] Un problème technique a empêché de compléter le module |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

[IF COG_RDY_TRF3 = YES SKIP TO COG_BGN_TRF3, IF COG_RDY_TRF3 = REFUSED SKIP TO COG_ANML_TRF3]

| | |
|--|---|
| COG_2 | COG_RDYRPT_TRF3 |
| [ASK IF COG_RDY_TRF3 = NO, DK_NA] | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS | |
| Une voix enregistrée vous posera une question à laquelle vous devrez répondre. Veuillez écouter attentivement. Êtes-vous prêt(e) à écouter l'enregistrement? | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE PARTICIPANT, PASSER À COG_END | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_RDYRPT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_ANML_TRF3, IF COG_RDYRPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_BGN_TRF3] | |

| | |
|--|------------------------|
| COG_2a | COG_RDYIMP_TRF3 |
| [ASK IF COG_RDYRPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| [IF COG_RDYIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_ANML_TRF3] | |

| | |
|--|--|
| COG_2b | COG_RDYFCTR_TRF3 |
| [ASK IF COG_RDYIMP_TRF3 = YES] | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| COG_RDYFCTR_LG_TRF3 | 01 Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_RDYFCTR_PH_TRF3 | 02 Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_RDYFCTR_DI_TRF3 | 03 Distraction ou milieu bruyant |
| COG_RDYFCTR_IM_TRF3 | 04 Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_RDYFCTR_AID_TRF3 | 05 Aide utilisée |
| COG_RDYFCTR_TE_TRF3 | 06 Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_RDYFCTR_OTSP_TRF3 | 97 Autre (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_ANML_TRF3] | |

| | | |
|--|--------------|--|
| COG_3 | COG_BGN_TRF3 | |
| [ASK IF COG_RDY_TRF3 or COG_RDYRPT_TRF3 = YES] | | |
| Je vais commencer l'enregistrement maintenant. | | |
| L'INTERVIEWEUR DOIT INDIQUER SI LE PARTICIPANT A CLAIREMENT ENTENDU L'ENREGISTREMENT, NSP / RF NON PERMIS | | |
| YES | 1 | Oui, a bien entendu l'enregistrement |
| NO | 2 | Non, n'a pas bien entendu l'enregistrement |
| <i>[IF COG_BGN_TRF3 = YES SKIP TO COG_WRD_TRF3]</i> | | |

| | | |
|--|--------------|--|
| COG_4 | COG_HRD_TRF3 | |
| [ASK IF COG_BGN_TRF3 = NO] | | |
| AJUSTER LE VOLUME ET DIRE : Je viens d'ajuster le volume. Je vais maintenant vous faire écouter l'enregistrement à nouveau. | | |
| L'INTERVIEWEUR DOIT INDIQUER SI LE PARTICIPANT A CLAIREMENT ENTENDU L'ENREGISTREMENT, NSP / RF NON PERMIS | | |
| YES | 1 | Oui, a bien entendu l'enregistrement |
| NO | 2 | Non, n'a pas bien entendu l'enregistrement |
| <i>[IF COG_HRD_TRF3 = YES SKIP TO COG_WRD_TRF3]</i> | | |

| | | |
|--|-----------------|-----|
| COG_4a | COG_HRDIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_HRD_TRF3 = NO] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| <i>[IF COG_HRDIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_ANML_TRF3]</i> | | |

| | | |
|--|------------------|---|
| COG_4b | COG_HRDFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_HRDIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_HRDFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_HRDFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_HRDFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraktion ou milieu bruyant |
| COG_HRDFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_HRDFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_HRDFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_HRDFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_ANML_TRF3] | | |

| | | |
|--|--------------|---|
| COG_5 | COG_WRD_TRF3 | |
| [ASK IF COG_BGN_TRF3 or COG_HRD_TRF3 = YES] | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LA LISTE DE MOTS NE JOUE PAS EN RAISON D'UN PROBLÈME TECHNIQUE, NE PAS RÉCITER LES MOTS AU PARTICIPANT, PASSER À COG_ANML_TRF3. | | |
| La première tâche commence par une voix enregistrée qui lira une liste de mots. Nous avons volontairement choisi une liste assez longue, pour qu'il soit difficile de se souvenir de tous les mots. La plupart des gens ne se souviennent que de quelques-uns. Écoutez attentivement, car la liste de mots ne pourra pas être répétée. Quand la liste de mots sera terminée, je vous demanderai de me dire à voix haute tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. Est-ce que je peux vous faire écouter l'enregistrement? | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LA LISTE DE MOTS NE JOUE PAS EN RAISON D'UN PROBLÈME TECHNIQUE, NE PAS RÉCITER LES MOTS AU PARTICIPANT, PASSER À COG_ANML_TRF3. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_WRD_TRF3 = REFUSED SKIP TO COG_ANML_TRF3, IF COG_WRD_TRF3 = YES SKIP TO COG_WRDLST_TRF3] | | |

| | | |
|--|-----------------|--|
| COG_6 | COG_WRDRPT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_WRD_TRF3 = NO or DK_NA] | | |
| INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS | | |
| La première tâche commence par une voix enregistrée qui lira une liste de mots. Nous avons volontairement choisi une liste assez longue, pour qu'il soit difficile de se souvenir de tous les mots. La plupart des gens ne se souviennent que de quelques-uns. Écoutez attentivement, car la liste de mots ne pourra pas être répétée. Quand la liste de mots sera terminée, je vous demanderai de me dire à voix haute tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. Est-ce que je peux vous faire écouter l'enregistrement? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_WRDRPT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_ANML_TRF3, IF COG_WRDRPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_WRDLST_TRF3] | | |

| | | |
|--|-----------------|-----|
| COG_6a | COG_WRDIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_WRDRPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_WRDIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_ANML_TRF3] | | |

| | | |
|--|-------------------|---|
| COG_6b | COG_W RDFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_WRDIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_W RDFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_W RDFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_W RDFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraktion ou milieu bruyant |
| COG_W RDFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_W RDFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_W RDFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_W RDFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_ANML_TRF3] | | |

| | | | | | | |
|---|---|----|----------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| COG_7 | COG_WRDLST_TRF3 | | | | | |
| [ASK IF COG_WRD_TRF3 = YES or COG_WRDRPT_TRF3 = YES] | | | | | | |
| Je vais commencer l'enregistrement maintenant. | | | | | | |
| CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT | | | | | | |
| Dites-moi maintenant tous les mots dont vous vous souvenez, dans n'importe quel ordre. Veuillez commencer. | | | | | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, INSCRIRE TOUS LES MOTS DONT LE PARTICIPANT SE SOUVIENT CORRECTEMENT. (SAUF SI 96 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉS) | | | | | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE PARTICIPANT A 90 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP. | | | | | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE PARTICIPANT, PASSER À COG_END | | | | | | |
| | | | Oui | No n | Variante | Variantes acceptées |
| COG_WRDLST_DRUM_TRF3 | Tambour | 01 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_CURT_TRF3 | Rideau | 02 | | | | Lit d'eau |
| COG_WRDLST_BELL_TRF3 | Cloche | 03 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_COFF_TRF3 | Café | 04 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_SCHL_TRF3 | École | 05 | | | | Colle |
| COG_WRDLST_PRNT_TRF3 | Parent | 06 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_MOON_TRF3 | Lune | 07 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_GARD_TRF3 | Jardin | 08 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_HAT_TRF3 | Chapeau | 09 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_FARM_TRF3 | Fermier | 10 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_NOSE_TRF3 | Nez | 11 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_TURK_TRF3 | Dinde | 12 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_COLR_TRF3 | Couleur | 13 | | | | Couleuvre |
| COG_WRDLST_HOUS_TRF3 | Maison | 14 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_RIVR_TRF3 | Rivière | 15 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_NONE_TRF3 | Nul/Le participant ne s'est souvenu d'aucun mot correctement | 96 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST_OTSP_TRF3 | AUTRES mots qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus (veuillez préciser : _____) | 97 | | | | |
| COG_WRDLST_REFUSED_TRF3 | | 99 | [NE PAS LIRE] | | | Refus |

* Voir la référence au début du module sur la cognition de ce questionnaire.

| | |
|--|---|
| COG_7a | COG_WRDLST_COMMT_TRF3 |
| [ASK IF COG_WRD_TRF3 = YES or COG_WRDRPT_TRF3 = YES] | |
| | Commentaires (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : |
| Merci. Cette tâche est terminée. | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | |

| | |
|---|----------------------|
| COG_7b | COG_WRDLST_LANG_TRF3 |
| [ASK IF COG_WRD_TRF3 = YES or COG_WRDRPT_TRF3 = YES] | |
| INTERVIEWEUR : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français? | |
| ENGLISH | 1 Anglais |
| FRENCH | 2 Français |

| | |
|---|--|
| COG_8 | COG_ANML_TRF3 |
| [ASK IF COG_REC_TRF3 = YES] | |
| Dans les prochaines tâches, nous allons vous demander de faire une énumération, ainsi que de compter des chiffres et de dire des lettres à voix haute. | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : Faire les tâches suivantes en français ou en anglais, mais pas dans les deux langues. | |
| J'aimerais à présent que vous me nommiez autant d'animaux différents auxquels vous pouvez penser. Vous disposez d'une minute pour le faire. Lorsque vous serez prêt(e), je commencerai l'enregistrement. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ANML_TRF3 = YES SKIP TO COG_ANMLLIST_TRF3, IF COG_ANML_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_CNT_TRF3] | |

| | | |
|---|-------------------|--|
| COG_9 | COG_ANML_RPT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ANML_TRF3 = NO OR DK_NA] | | |
| INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS. | | |
| J'aimerais à présent que vous me nommiez autant d'animaux différents auxquels vous pouvez penser. Vous disposez d'une minute pour le faire. Lorsque vous serez prêt(e), je commencerai l'enregistrement. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ANML_RPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_ANMLLIST_TRF3, IF COG_ANML_RPT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_CNT_TRF3] | | |

| | | |
|--|------------------|-----|
| COG_9a | COG_ANMLIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ANML_RPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_ANMLIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_CNT_TRF3] | | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| COG_9b | COG_ANMLFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ANMLIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_ANMLFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_ANMLFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_ANMLFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraction ou milieu bruyant |
| COG_ANMLFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_ANMLFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_ANMLFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_ANMLFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_CNT_TRF3] | | |

| | |
|--|---|
| COG_10 | COG_ANMLLIST_TRF3 |
| [ASK IF COG_ANML_TRF3 OR COG_ANML_RPT_TRF3 = YES] | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | |
| Veuillez commencer. | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE PARTICIPANT A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP. | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, L'ENCOURAGER EN DISANT : « Pensez-vous à d'autres animaux? » NE PAS INTERROMPRE LE PARTICIPANT S'IL DONNE DE BONNES RÉPONSES. FOURNIR DES CLARIFICATIONS SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS SUR LES CATÉGORIES D'ANIMAUX AUTORISÉS OU DEMANDE SI UNE CATÉGORIE SPÉCIFIQUE COMPTE (C.-À-D. OISEAUX, POISSONS, INSECTES) NE PAS AIDER LE PARTICIPANT. | |
| COG_ANMLLIST_COMMT_TRF3 | Commentaires (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : |
| Merci. Cette tâche est terminée. | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | |

| | |
|---|------------------------|
| COG_10a | COG_ANMLLIST_LANG_TRF3 |
| [ASK IF COG_ANML_TRF3 OR COG_ANML_RPT_TRF3 = YES] | |
| INTERVIEWEUR : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français? | |
| ENGLISH | 1 Anglais |
| FRENCH | 2 Français |

| | |
|---|--|
| COG_11 | COG_CNT_TRF3 |
| [ASK IF COG_REC_TRF3 = YES] | |
| Maintenant, j'aimerais que vous comptiez de 1 à 20, c'est-à-dire 1, 2, 3, 4 et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_CNT_TRF3 = YES SKIP TO COG_CNTTIME_RECYN_TRF3, IF COG_CNT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | |

| | | |
|--|-----------------|--|
| COG_12 | COG_CNTRPT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_CNT_TRF3 = NO OR DK_NA] | | |
| INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS. | | |
| Maintenant, j'aimerais que vous comptiez de 1 à 20, c'est-à-dire 1, 2, 3, 4 et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_CNTRPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_CNTPRIME_RECYN_TRF3, IF COG_CNT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|-----------------|-----|
| COG_12a | COG_CNTIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_CNTRPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_CNTIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|------------------|---|
| COG_12b | COG_CNTFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_CNTIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_CNTFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_CNTFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_CNTFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraction ou milieu bruyant |
| COG_CNTFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_CNTFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_CNTFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_CNTFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | |
|---|---|
| COG_13 | COG_CNTTME_RECORD_TRF3 |
| [ASK IF COG_CNT_TRF3 OR COG_CNTRPT_TRF3 = YES] | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | |
| Veuillez commencer. | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : ARRÊTER L'ENREGISTREMENT DÈS QUE LE PARTICIPANT A RÉUSSI À COMPTER DE 1 À 20 OU SI LE CHRONOMÈTRE ATTEINT 30 SECONDES, SELON L'OPTION QUI ARRIVE EN PREMIER. UNE FOIS CETTE QUESTION COMMENCÉE, ON NE PEUT Y REVENIR. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. NSP / RF NON PERMIS | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : FAIRE LA TÂCHE SUIVANTE EN FRANÇAIS OU EN ANGLAIS, MAIS PAS DANS LES DEUX LANGUES. | |
| COG_CNTTME_RECYN_TRF3 | |
| [ASK IF COG_CNT_TRF3 or COG_CNTRPT_TRF3 = YES] | |
| Le participant a-t-il réussi à compter de 1 à 20? | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| COG_CNTTIME_COMMT_TRF3 | Commentaires (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : |
| [IF COG_CNTTIME_RECYN_TRF3 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| COG_13a | COG_CNTTIME_REC_TRF3 |
| [ASK IF COG_CNTTME_RECYN_TRF3 = YES] | |
| | ___ Inscrire le temps exact en secondes : (MASK: [MIN=01, MAX=30]) |
| Merci. Cette tâche est terminée. | |

| | |
|--|--|
| COG_14 | COG_ALP_TRF3 |
| [ASK IF COG_CNTTIME_RECYN_TRF3 = YES] | |
| J'aimerais maintenant que vous disiez l'alphabet, c'est-à-dire A, B, C, D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ALP_TRF3 = YES SKIP TO COG_ALTTIME_REC_TRF3, IF COG_ALP_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | |

| | | |
|--|-----------------|--|
| COG_15 | COG_ALPRPT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALP_TRF3 = NO OR DK_NA] | | |
| SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS. | | |
| J'aimerais maintenant que vous disiez l'alphabet, c'est-à-dire A, B, C, D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ALPRPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_ALPTIME_REC_TRF3, IF COG_ALPRPT_TRF3 = REFUSED OR DON'T KNOW/NO ANSWER SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|-----------------|-----|
| COG_15a | COG_ALPIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALPRPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_ALPIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|------------------|---|
| COG_15b | COG_ALPFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALPIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_ALPFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_ALPFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_ALPFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraction ou milieu bruyant |
| COG_ALPFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_ALPFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_ALPFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_ALPFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|---|-----|
| COG_16 | COG_ALPTIME_RECORD_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALP_TRF3 = YES OR COG_ALPRPT_TRF3 = YES AND COG_CNTTIME_RECYN_TRF3 = YES] | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | | |
| Veuillez commencer. | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : ARRÊTER L'ENREGISTREMENT DÈS QUE LE PARTICIPANT A RÉUSSI À RÉCITER L'ALPHABET DE A À Z OU SI LE CHRONOMÈTRE ATTEINT 30 SECONDES, SELON L'OPTION QUI ARRIVE EN PREMIER. UNE FOIS CETTE QUESTION COMMENCÉE, ON NE PEUT Y REVENIR. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. NSP / RF NON PERMIS | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : FAIRE LA TÂCHE SUIVANTE EN FRANÇAIS OU EN ANGLAIS, MAIS PAS DANS LES DEUX LANGUES. | | |
| COG_ALPTIME_RECYN_TRF3 | | |
| [ASK IF COG_ALP_TRF3 = YES or COG_ALPRPT_TRF3 = YES] | | |
| Le participant a-t-il réussi à réciter l'alphabet? | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_ALPTIME_RECYN_TRF3 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |
| COG_ALPTIME_COMMT_TRF3 | Commentaires (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : | |

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| COG_16a | COG_ALPTIME_REC_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALPTIME_RECYN_TRF3 = YES] | | |
| | ___ | Inscrire le temps exact en secondes : (MASK: [MIN=01, MAX=30]) |
| Merci. Cette tâche est terminée. | | |

| | | |
|---|--------------|--|
| COG_17 | COG_ALT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_REC_TRF3 = YES and COG_CNTTIME_RECYN_TRF3 = YES and COG_ALPTIME_RECYN_TRF3 = YES] | | |
| Maintenant, je vous demanderais d'alterner des chiffres consécutifs en commençant par le chiffre 1, et l'alphabet, en commençant par la lettre A, par exemple, 1-A, 2-B, 3-C, 4-D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ALT_TRF3 = YES SKIP TO COG_ALPTIME_REC_TRF3, IF COG_ALT_TRF3 = REFUSED SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|---|-----------------|--|
| COG_18 | COG_ALTRPT_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALT_TRF3 = NO OR DK_NA] | | |
| SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS. | | |
| Maintenant, je vous demanderais d'alterner des chiffres consécutifs en commençant par le chiffre 1, et l'alphabet, en commençant par la lettre A, par exemple, 1-A, 2-B, 3-C, 4-D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt(e) à commencer? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF COG_ALTRPT_TRF3 = YES SKIP TO COG_ALTTIME_REC_TRF3, IF COG_ALTRPT_TRF3 = REFUSED OR DK_NA SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|-----------------|-----|
| COG_18a | COG_ALTIMP_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALTRPT_TRF3 = NO, DK_NA, REFUSED] | | |
| INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| [IF COG_ALTIMP_TRF3 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|------------------|---|
| COG_18b | COG_ALTFCTR_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALTIMP_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| COG_ALTFCTR_LG_TRF3 | 01 | Difficulté de compréhension du français / anglais |
| COG_ALTFCTR_PH_TRF3 | 02 | Handicap physique, tel que difficulté à entendre |
| COG_ALTFCTR_DI_TRF3 | 03 | Distraction ou milieu bruyant |
| COG_ALTFCTR_IM_TRF3 | 04 | Difficulté de concentration / problèmes de mémoire |
| COG_ALTFCTR_AID_TRF3 | 05 | Aide utilisée |
| COG_ALTFCTR_TE_TRF3 | 06 | Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel |
| COG_ALTFCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : (veuillez préciser : _____) |
| [SKIP TO COG_WRDLST2_TRF3] | | |

| | | |
|--|---|--|
| COG_19 | COG_ALTTIME_REC_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALT_TRF3 OR COG_ALTRPT_TRF3 = YES AND COG_CNTPRIME_RECYN_TRF3 AND COG_ALTPRIME_RECYN_TRF3 = YES] | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | | |
| Veuillez commencer. | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE POUR 30 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP. | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT COMMENCE AVEC UNE LETTRE AU LIEU D'UN NOMBRE, L'INTERROMPRE, RÉPÉTER LES CONSIGNES ET LUI DEMANDER DE RECOMMENCER LE TEST CORRECTEMENT. NE PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE. | | |
| | — | INSCRIRE LE NOMBRE D'ALTERNANCES CORRECTES EN 30 SECONDES (MASK: MIN=00, MAX=51) |
| COG_ALTTIME_COMMT_TRF3 | Commentaires (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : | |
| Merci. Cette tâche est terminée. | | |

| | | |
|---|----------------------|----------|
| COG_19a | COG_ALTTME_LANG_TRF3 | |
| [ASK IF COG_ALT_TRF3 OR COG_ALTRPT_TRF3 = YES] | | |
| INTERVIEWEUR : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français? | | |
| ENGLISH | 1 | Anglais |
| FRENCH | 2 | Français |

| | | | | | | |
|---|---|----|----------------------------|------------|-----------------|----------------------------|
| COG_20 | COG_WRDLST2_TRF3 | | | | | |
| [ASK IF COG_WRDLSTREC_TRF3 IS NOT NULL] | | | | | | |
| Il y a quelques instants, une voix enregistrée vous a lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Pourriez-vous s'il vous plaît me dire les mots dont vous vous souvenez maintenant? | | | | | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE | | | | | | |
| RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, INSCRIRE TOUS LES MOTS DONT LE PARTICIPANT SE SOUVIENT CORRECTEMENT. (SAUF SI 96 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉS). | | | | | | |
| CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE PARTICIPANT A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP. | | | | | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT COMMENCE À ÉNUMÉRER LES ANIMAUX QU'IL A NOMMÉS PRÉCÉDEMMENT, L'INTERROMPRE ET RÉPÉTER LES CONSIGNES. | | | | | | |
| | | | Oui | Non | Variante | Variantes acceptées |
| COG_WRDLST2_DRUM_TRF3 | Tambour | 01 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_CURT_TRF3 | Rideau | 02 | | | | Lit d'eau |
| COG_WRDLST2_BELL_TRF3 | Cloche | 03 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_COFF_TRF3 | Café | 04 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_SCHL_TRF3 | École | 05 | | | | Colle |
| COG_WRDLST2_PRNT_TRF3 | Parent | 06 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_MOON_TRF3 | Lune | 07 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_GARD_TRF3 | Jardin | 08 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_HAT_TRF3 | Chapeau | 09 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_FARM_TRF3 | Fermier | 10 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_NOSE_TRF3 | Nez | 11 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_TURK_TRF3 | Dinde | 12 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_COLR_TRF3 | Couleur | 13 | | | | Coulevvre |
| COG_WRDLST2_HOUS_TRF3 | Maison | 14 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_RIVR_TRF3 | Rivière | 15 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_NONE_TRF3 | Nul/Le participant ne s'est souvenu d'aucun mot correctement | 96 | | | | S. o. |
| COG_WRDLST2_OTSP_TRF3 | AUTRES mots qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus (veuillez préciser : _____) | 97 | | | | |
| COG_WRDLST2_REFUSED_TRF3 | | 99 | [NE PAS LIRE] Refus | | | |
| [SKIP TO COG_WRDLST2_COMMT_TRF3] | | | | | | |

* Voir la référence au début du module sur la cognition de ce questionnaire.

Merci. Cela termine la session d'enregistrement.

CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE

| | |
|----------------|-------------------------------|
| COG_20a | COG_WRDLST2_COMMT_TRF3 |
|----------------|-------------------------------|

Commentaires : (s'il n'y a aucun commentaire, écrire « N/A ») : _____

| | |
|----------------|------------------------------|
| COG_20b | COG_WRDLST2_LANG_TRF3 |
|----------------|------------------------------|

[ASK IF COG_ALT_TRF3 OR COG_ALTRPT_TRF3 = YES]

INTERVIEWEUR : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français?

| | | |
|---------|---|----------|
| ENGLISH | 1 | Anglais |
| FRENCH | 2 | Français |

COG_END

Problèmes de santé chroniques (CCT)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Ce module porte sur les problèmes de santé à long terme diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui pourraient durer, ou qui ont déjà duré 6 mois ou plus.</p> <p>Les renseignements recueillis dans ce module pourront être utilisés pour estimer le nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies du cœur ou la maladie de Parkinson.</p> <p>En combinant ces renseignements avec ceux d'autres modules, les chercheurs pourront étudier la relation entre les problèmes de santé chroniques et d'autres variables comme l'utilisation des services de soins de santé ou le niveau d'activités physiques.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur des problèmes de santé chroniques que vous pourriez avoir. Nous sommes intéressés aux « problèmes à long terme » qui pourraient durer ou qui ont déjà duré 6 mois ou plus et qui **ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé.**

[PROGRAMMING NOTE:

CCT_xxxx_PAST is a combination of responses to the two latest consecutive participant interviews (allowing for wave skips)

CCT_xxxx_PAST is defined as YES when (CCT_xxxx_TRF2 = YES AND CCT_xxxx_TRF1 = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF2 = NULL AND CCT_xxxx_TRF1 = YES AND CCT_xxxx_TRM = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF2 = YES AND CCT_xxxx_TRF1 = NULL AND CCT_xxxx_TRM = YES)]

Arthrose

| | |
|---|---|
| CCT_1 | CCT_OAKNEE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_OAKNEE_PAST ≠ YES] | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou? | |
| REMARQUE : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| CCT_1a | CCT_OAKNEEAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAKNEE_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose au genou? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| CCT_1b | CCT_OAKNEECHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAKNEE_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_OAKNEE_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|--|
| CCT_2 | CCT_OAHIP_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHIP_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche? | | |
| REMARQUE : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_2a | CCT_OAHIPAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHIP_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose à la hanche? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| CCT_2b | CCT_OAHIPCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHIP_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_OAHIP_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|--|
| CCT_3 | CCT_OAHAND_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHAND_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux? | | |
| REMARQUE : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| CCT_3a | CCT_OAHANDAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHAND_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CCT_3b | CCT_OAHANDCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OAHAND_TRF3 = NO AND CCT_OAHAND_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Arthrite

| | | |
|---|-------------|---|
| CCT_4 | CCT_RA_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_RA_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de polyarthrite rhumatoïde? | | |
| REMARQUE : LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE EST UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE QUI TOUCHE HABITUELLEMENT LES PETITES ARTICULATIONS DES MAINS ET DES PIEDS. CONTRAIREMENT À L'ARTHROSE OÙ LES DOMMAGES SONT LIÉS À L'USURE, LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CAUSE UNE ENFLURE DOULOUREUSE DE LA MEMBRANE SYNOVIALE DE L'ARTICULATION, CE QUI PEUT MENER À L'ÉROSION DES OS ET DES DÉFORMATIONS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| CCT_4a | CCT_RAAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_RA_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint(e) de polyarthrite rhumatoïde? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------|---|
| CCT_4b | CCT_RACHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_RA_TRF3 = NO AND CCT_RA_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint(e) de polyarthrite rhumatoïde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Respiratoire

| | | |
|---|----------------|---|
| CCT_5 | CCT_ASTHM_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ASTHM_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'asthme? | | |
| REMARQUE : L'ASTHME EST UNE MALADIE QUI SE CARACTÉRISE PAR L'INFLAMMATION ET L'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES ET LA PRODUCTION D'UN SURPLUS DE MUCUS. CETTE OBSTRUCTION PEUT ENTRAÎNER UNE DIFFICULTÉ À RESPIRER, DE LA TOUX, UNE RESPIRATION SIFFLANTE OU L'ESSOUFFLEMENT. | | |
| POUR CERTAINES PERSONNES, L'ASTHME EST MINEUR ET INCOMMODANT. POUR D'AUTRES, IL NUIT AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES ET PEUT MENER À UNE CRISE QUI MET LA VIE DE LA PERSONNE EN DANGER. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_5a | CCT_ASTHMAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ASTHM_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'asthme? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| CCT_5b | CCT_ASTHMCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ASTHM_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_ASTHM_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'asthme. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| CCT_6 | CCT_COPD_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_COPD_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette? | | |
| REMARQUE : L'EMPHYSÈME ENDOMMAGE GRADUELLEMENT LES SACS ALVÉOLAIRES (ALVÉOLES) DANS VOS POUMONS, CE QUI VOUS REND PROGRESSIVEMENT PLUS ESSOUFFLÉ. L'EMPHYSÈME EST L'UNE DES NOMBREUSES MALADIES CONNUES COLLECTIVEMENT COMME LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC). | | |
| LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) EST UNE MALADIE DES POUMONS CARACTÉRISÉE PAR L'OBSTRUCTION CHRONIQUE DU DÉBIT D'AIR DANS LES POUMONS QUI EMPÊCHE LA RESPIRATION NORMALE. ELLE N'EST PAS COMPLÈTEMENT RÉVERSIBLE. LES TERMES « BRONCHITE CHRONIQUE » ET « EMPHYÈME » NE SONT PLUS UTILISÉS. CES MALADIES SONT MAINTENANT REGROUPÉES SOUS LE DIAGNOSTIC DE MPOC. UNE MPOC N'EST PAS SIMPLEMENT UNE « TOUX DE FUMEUR », MAIS BIEN UNE MALADIE DES POUMONS SOUS-DIAGNOSTIQUÉE ET QUI PEU ENTRAÎNER LA MORT. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_6a | CCT_COPDAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_COPD_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| CCT_6b | CCT_COPDCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_COPD_TRF3 = NO AND CCT_COPD_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Cardiaque/cardiovasculaire

| | | |
|---|--------------|---|
| CCT_7 | CCT_HBP_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HBP_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension? | | |
| HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HAUTE PRESSION) | | |
| L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR. | | |
| LA PRESSON SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSON SANGUINE SERA ÉLEVÉE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|--|
| CCT_7a | CCT_HBPPRG_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HBP_TRF3 = YES <u>AND</u> SEX = FEMALE] | | |
| Étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu le diagnostic d'hypertension? | | |
| HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HAUTE PRESSION) L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR. LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|--|
| CCT_7b | CCT_HBPOT_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HBPPRG_TRF3 = YES] | | |
| À part quand vous étiez enceinte, avez-vous reçu un diagnostic d'hypertension à un autre moment de votre vie? | | |
| HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HAUTE PRESSION) L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR. LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| CCT_7c | CCT_HBPAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HBP_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| CCT_7d | CCT_HBPCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HBP_TRF3 = NO AND CCT_HBP_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CCT_8 | CCT_DIAB_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_8a | CCT_DIABAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ [MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE] |
| YR_SP | Année | _____ [MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR] |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|--|
| CCT_8b | CCT_DIABCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_TRF3 = NO AND CCT_DIAB_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|--|
| CCT_9 | CCT_DIAB_DR_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_TRF3 = YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique? | | |
| LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE EST UNE COMPLICATION DU DIABÈTE QUI TOUCHE LES YEUX. ELLE SE CARACTÉRISE PAR LA DÉGRADATION DES VAISSEAUX SANGUINS DES TISSUS SENSIBLES À LA LUMIÈRE AU FOND DE L'ŒIL (RÉTINE). AU DÉBUT, IL EST POSSIBLE QUE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE NE PRÉSENTE AUCUN SYMPTÔME OU QU'ELLE CAUSE SEULEMENT DES TROUBLES VISUELS LÉGERS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| CCT_9a | CCT_DIAB_DRAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_DR_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de rétinopathie diabétique? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ [MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE] |
| YR_SP | Année | _____ [MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR] |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|--|
| CCT_9b | CCT_DIAB_DRCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_DIAB_DR_TRF3 = NO AND CCT_DIAB_DR_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|--|
| CCT_10 | CCT_HEART_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HEART_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)? | | |
| REMARQUE : L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE EST UNE MALADIE DU COEUR QUI SURVIENT LORSQUE LE COEUR NE PEUT PLUS POMPER ASSEZ DE SANG AU CORPS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_10a | CCT_HEARTAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HEART_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| CCT_10b | CCT_HEARTCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HEART_TRF3 = NO AND CCT_HEART_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| CCT_11 | CCT_ANGI_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANGI_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)? | | |
| ANGINE EST UN TERME QUI DÉCRIT UNE DOULEUR À LA POITRINE QUI SURVIENT SI UNE PARTIE DU MUSCLE CARDIAQUE NE REÇOIT PAS ASSEZ DE SANG. L'ANGINE EST UN SYMPTÔME D'INSUFFISANCE CORONAIRE. LES PERSONNES ATTEINTES D'ANGINE PEUVENT RESSENTIR UN SERREMENT, UNE PRESSION, UNE LOURDEUR, UNE CONTRACTION OU DE LA DOULEUR À LA POITRINE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_11a | CCT_ANGIAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANGI_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| CCT_11b | CCT_ANGICHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANGI_TRF3 = NO AND CCT_ANGI_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| CCT_12 | CCT_AMI_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde? | | |
| ON PEUT APPELER UNE CRISE CARDIAQUE UN INFARCTUS DU MYOCARDE. | | |
| UNE CRISE CARDIAQUE SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE VERS LE CŒUR EST BLOQUÉE, LE PLUS SOUVENT PAR UNE ACCUMULATION DE GRAS, DE CHOLESTÉROL ET D'AUTRES SUBSTANCES QUI FORMENT UNE PLAQUE DANS LES ARTÈRES QUI ALIMENTENT LE CŒUR (ARTÈRES CORONARIENNES). L'INTERRUPTION DE LA CIRCULATION PEUT ENDOMMAGER OU DÉTRUIRE LE MUSCLE CARDIAQUE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| CCT_12a | CCT_AMIAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_AMI_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------|---|
| CCT_12b | CCT_AMICHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_AMI_TRF3 = NO AND CCT_AMI_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| CCT_13 | CCT_PAD_TRF3 |
| [ASK IF CCT_PVD_PAST ≠ YES] | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes? | |
| REMARQUE : LA MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE EST UN PROBLÈME CIRCULATOIRE COURANT QUI SE PRODUIT LORSQUE DES ARTÈRES RÉTRÉCIES RÉDUISENT LA CIRCULATION SANGUINE JUSQU'AUX MEMBRES. CELA N'INCLUT PAS LES MALADIES VEINEUSES COMME LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP), LES VARICES ET L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| CCT_13a | CCT_PADAGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_PAD_TRF3 = YES] | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | |
| NB_SP | Âge _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| CCT_13b | CCT_PADCHANGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_PAD_TRF3 = NO AND CCT_PAD_TRF2 = YES] | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | |
| YES | 1 Oui : _____ |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| CCT_14 | CCT_CVA_TRF3 |
| [ASK IF CCT_CVA_PAST ≠ YES] | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC? | |
| ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : DESTRUCTION SOUDAINE DES CELLULES DU CERVEAU EN RAISON D'UN MANQUE D'OXYGÈNE CAUSÉ PAR LE BLOCAGE DE LA CIRCULATION SANGUINE OU LA RUPTURE D'UNE ARTÈRE ALIMENTANT LE CERVEAU. LES SYMPTÔMES PEUVENT ÊTRE : PERTE SOUDAINE DE LA PAROLE, FAIBLESSE OU PARALYSIE D'UN CÔTÉ DU CORPS. ON CONFIRME UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL À L'AIDE D'UNE RADIOGRAPHIE SPÉCIALE COMME UN TOMODENSITOGRAMME. | |
| L'ABBREVIATION AVC EST AUSSI UTILISÉE POUR PARLER D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL. ÉGALEMENT APPELÉ ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| CCT_14a | CCT_CVAAGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_CVA_TRF3 = YES] | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | |
| NB_SP | Âge _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| CCT_14b | CCT_CVACHANGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_CVA_TRF3 = NO AND CCT_CVA_TRF2 = YES] | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | |
| YES | 1 Oui : _____ |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| CCT_15 | CCT_TIA_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_TIA_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)? | | |
| ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT OU MINI-AVC) : PROBLÈME NEUROLOGIQUE DONT LES SYMPTÔMES SONT SEMBLABLES À CEUX D'UN AVC, MAIS QUI SE DISSIPE EN PEU DE TEMPS. CE PROBLÈME EST AUSSI APPELÉ UN MINI-AVC. UN AIT SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE AU CERVEAU S'ARRÊTE (ISCHÉMIE). | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| CCT_15a | CCT_TIAAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_TIA_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| CCT_15b | CCT_TIACHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_TIA_TRF3 = NO AND CCT_TIA_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CCT_16 | CCT_CVAFX_TRF3 | |
| [ASK IF CCC_CVA_TRF3 = YES OR CCC_TIA_COF3 = YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| CCT_16a | CCT_CVAFXAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CVAFX_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| CCT_16b | CCT_CVAFXCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CVAFX_TRF3 = NO AND CCT_CVAFX_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Neurologique

Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux « problèmes à long terme » qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé.

| | | |
|---|----------------|---|
| CCT_17 | CCT_MEMPB_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MEMPB_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_17a | CCT_MEMPBAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MEMPB_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de problèmes de mémoire? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CCT_17b | CCT_MEMPB_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MEMPB_TRF3 = NO AND CCT_MEMPB_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| CCT_18 | CCT_ALZH_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ALZH_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer? | | |
| REMARQUE : LA MALADIE D'ALZHEIMER EST UNE FORME DE DÉMENCE. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AUTRES FORMES DE DÉMENCE ENTRAÎNENT LA DIMINUTION DES FACULTÉS COGNITIVES POUVANT MENER À DES PERTES DE MÉMOIRE ET, À UN STADE AVANCÉ, À L'IMPOSSIBILITÉ D'EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|---|
| CCT_18a | CCT_ALZHAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ALZH_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| CCT_18b | CCT_ALZH_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ALZH_TRF3 = NO AND CCT_ALZH_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------|---|
| CCT_19 | CCT_MS_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MS_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques? | | |
| REMARQUE : LA SCLÉROSE EN PLAQUES EST UNE MALADIE AUTO-IMMUNE DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL). DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES, LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ATTAQUE LA GAINÉ PROTECTRICE (MYÉLINE) DES FIBRES NERVEUSES. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| CCT_19a | CCT_MSAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MS_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| CCT_19b | CCT_MS_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MS_TRF3 = NO AND CCT_MS_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| CCT_20 | CCT_MGRN_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MGRN_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de migraines? | | |
| REMARQUE : UNE MIGRAINE EST CARACTÉRISÉE PAR DES ÉLANCEMENTS OU DES PULSATIONS RESENTIS D'UN SEUL CÔTÉ DE LA TÊTE ET PEUT SOUVENT S'ACCOMPAGNER DE NAUSÉES, DE VOMISSEMENTS ET D'UNE SENSIBILITÉ EXTRÊME À LA LUMIÈRE ET AU BRUIT. LA MIGRAINE PEUT OCCASIONNER DES DOULEURS IMPORTANTES POUVANT DURER DE QUELQUES HEURES À QUELQUES JOURS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | | |
|--|------------------|---|--|
| CCT_20a | CCT_MGRNAGE_TRF3 | | |
| [ASK IF CCT_MGRN_TRF3 = YES] | | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de migraines? | | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) | |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) | |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|---|----------------------|--|--|
| CCT_20b | CCT_MGRN_CHANGE_TRF3 | | |
| [ASK IF CCT_MGRN_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_MGRN_TRF2 = YES] | | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de migraines. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | | |
| YES | 1 | Oui : _____ | |
| NO | 2 | Non | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

Gastro-intestinal

| | | | |
|--|---------------|--|--|
| CCT_21 | CCT_ULCR_TRF3 | | |
| [ASK IF CCT_ULCR_PAST ≠ YES] | | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques? | | | |
| REMARQUE : LES ULCÈRES INTESTINAUX ET GASTRIQUES COMPRENNENT LES ULCÈRES DE L'INTESTIN ET DE L'OESOPHAGE. LES PLAIES CAUSÉES PAR LES ULCÈRES RESSEMBLENT À DES CRATÈRES (GÉNÉRALEMENT D'UN DIAMÈTRE DE ¼ À ¾ DE POUCES, MAIS POUVANT ALLER JUSQU'À UN DIAMÈTRE DE 1 À 2 POUCES) QUI SE FORMENT SUR LA PAROI DE L'ESTOMAC (ULCÈRES GASTRIQUES), TOUT JUSTE SOUS L'ESTOMAC AU DÉBUT DU PETIT INTESTIN DANS LE DUODÉNUM (ULCÈRES DUODÉNAUX) OU, MOINS COURAMMENT, DANS L'OESOPHAGE (ULCÈRES OESOPHAGIENS). | | | |
| YES | 1 | Oui | |
| NO | 2 | Non | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|--|-------------------------|---|--|
| CCT_21a | CCT_ULCRAGE_TRF3 | | |
| [ASK IF CCT_ULCR_TRF3 = YES] | | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques? | | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER ? | | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) | |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) | |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| CCT_21b | CCT_ULCR_CHANGE_TRF3 | | |
| [ASK IF CCT_ULCR_TRF3 = NO AND CCT_ULCR_TRF2 = YES] | | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | | |
| YES | 1 | Oui | |
| NO | 2 | Non | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----|-----|---|------------------------|
| CCT_22 | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que : | | | | | |
| REMARQUE : LA MALADIE DE CROHN ET LA COLITE ULCÉREUSE SONT DES FORMES DE MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES CARACTÉRISÉES PAR L'INFLAMMATION (ROUGEUR ET ENFLURE) DES INTESTINS, PROBABLEMENT À LA SUITE D'UNE RÉACTION IMMUNITAIRE DU CORPS CONTRE SES PROPRES TISSUS INTESTINAUX. | | | | | |
| LE SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE EST UNE AFFECTION CAUSANT DE LA DOULEUR ABDOMINALE ET DES CRAMPES, AINSI QUE DES CHANGEMENTS DANS LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN ET D'AUTRES SYMPTÔMES. CONTRAIREMENT AUX MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES, LA STRUCTURE DE L'INTESTIN N'EST PAS ANORMALE. | | | | | |
| | | OUI | NON | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | [NE PAS LIRE] Refus |
| CCT_CRDIS_TRF3 | Maladie de Crohn | | | | |
| CCT_ULCOL_TRF3 | Colite ulcéreuse | | | | |
| CCT_IBSYD_TRF3 | Syndrome du côlon irritable | | | | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_22a | CCT_CRDISAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CRDIS_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez la maladie de Crohn? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| CCT_22b | CCT_CRDIS_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CRDIS_TRF3 = NO AND CCT_CRDIS_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez la maladie de Crohn? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_22c | CCT_ULCOLAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ULCOL_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de colite ulcéreuse? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CCT_22d | CCT_ULCOL_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ULCOL_TRF3 = NO AND CCT_ULCOL_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de colite ulcéreuse. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_22e | CCT_IBSYDAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_IBSYD_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez du syndrome du côlon irritable? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| CCT_22f | CCT_IBSYD_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_IBSYD_TRF3 = NO AND CCT_IBSYD_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez du syndrome du côlon irritable. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| CCT_23 | CCT_BOWINC_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_BOWINC_PAST ≠ YES] | | |
| Avez-vous déjà eu des pertes de selles? | | |
| REMARQUE : L'INCONTINENCE ANALE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DES INTESTINS MENANT À L'ÉMISSION INVOLONTAIRE DE SELLES. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------|---|
| CCT_23a | CCT_BOWINCAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_BOWINC_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes de selles? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| CCT_23b | CCT_BOWINC_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_BOWINC_TRF3 = NO AND CCT_BOWINC_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes de selles. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|--|
| CCT_24 | CCT_URIINC_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_URIINC_PAST ≠ YES] | | |
| Avez-vous déjà eu des pertes d'urine? | | |
| REMARQUE : L'INCONTINENCE URINAIRE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DE LA VESSIE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------|---|
| CCT_24a | CCT_URIINCAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_URIINC_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes d'urine? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|--|
| CCT_24b | CCT_URIINC_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_URIINC_TRF3 = NO AND CCT_URIINC_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes d'urine. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Vision

| | | |
|---|----------------|--|
| CCT_25 | CCT_CATAR_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CATAR_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des cataractes? | | |
| REMARQUE : UNE CATARACTE EST UNE OPACITÉ PARTIELLE OU TOTALE DU CRISTALLIN DE L'ŒIL. CETTE OPACITÉ PEUT MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_25a | CCT_CATARAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CATAR_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des cataractes? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| CCT_25b | CCT_CATAR_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CATAR_TRF3 = NO AND CCT_CATAR_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez des cataractes. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|--|
| CCT_26 | CCT_GLAUC_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_GLAUC_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez du glaucome? | | |
| GLAUCOME : LE GLAUCOME EST UNE MALADIE DE L'OEIL CARACTÉRISÉE PAR UNE AUGMENTATION ANORMALE DE LA PRESSION DES FLUIDES DANS L'OEIL. SANS TRAITEMENT, LE GLAUCOME PEUT ENDOMMAGER LE NERF OPTIQUE ET MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_26a | CCT_GLAUCAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_GLAUC_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous faisiez du glaucome? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|--|
| CCT_26b | CCT_GLAUCCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_GLAUC_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_GLAUC_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous faisiez du glaucome. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|--|
| CCT_27 | CCT_MACDEG_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MACDEG_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire? | | |
| REMARQUE : LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE TOUCHE HABITUELLEMENT LES ADULTES PLUS ÂGÉS ET ENTRAÎNE UNE PERTE DE VISION AU CENTRE DU CHAMP VISUEL (LA MACULA) CAUSÉE PAR DES DOMMAGES À LA RÉTINE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------|---|
| CCT_27a | CCT_MACDEGAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MACDEG_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dégénérescence maculaire? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|--|
| CCT_27b | CCT_MACDEG_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MACDEG_TRF3 = NO AND CCT_MACDEG_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Cancer

Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux « problèmes à long terme » qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé.

| | |
|--|---|
| CCT_28 | CCT_CANC_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| CCT_28a | CCT_CANTP_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_CANC_TRF3 = YES] | | |
| Pour quel(s) type(s) de cancer avez-vous reçu un diagnostic? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| CCT_CANTP_CNS_TRF3 | 01 | Cerveau / moelle épinière / système nerveux central |
| CCT_CANTP_TH_TRF3 | 02 | Thyroïde |
| CCT_CANTP_SM_TRF3 | 03 | Peau : mélanome |
| CCT_CANTP_SNM_TRF3 | 04 | Peau : non mélanique |
| CCT_CANTP_OR_TRF3 | 05 | Buccal |
| CCT_CANTP_LX_TRF3 | 06 | Larynx |
| CCT_CANTP_ES_TRF3 | 07 | Œsophage |
| CCT_CANTP_BR_TRF3 | 08 | Sein |
| CCT_CANTP_LU_TRF3 | 09 | Poumon |
| CCT_CANTP_ST_TRF3 | 10 | Estomac (gastrique) |
| CCT_CANTP_BL_TRF3 | 11 | Vessie |
| CCT_CANTP_KD_TRF3 | 12 | Rein |
| CCT_CANTP_LV_TRF3 | 13 | Foie |
| CCT_CANTP_PA_TRF3 | 14 | Pancréatique |
| CCT_CANTP_COL_TRF3 | 15 | Colorectal |
| CCT_CANTP_PR_TRF3 | 16 | Prostate (hommes seulement) |
| CCT_CANTP_TT_TRF3 | 17 | Testicule (hommes seulement) |
| CCT_CANTP_OV_TRF3 | 18 | Ovaire (femmes seulement) |
| CCT_CANTP_FU_TRF3 | 19 | Utérus (femmes seulement) |
| CCT_CANTP_FC_TRF3 | 20 | Cervical (femmes seulement) |
| CCT_CANTP_LK_TRF3 | 21 | Leucémie |
| CCT_CANTP_MM_TRF3 | 22 | Myélome multiple |
| CCT_CANTP_HL_TRF3 | 23 | Lymphome de Hodgkin |
| CCT_CANTP_NHL_TRF3 | 24 | Lymphome non hodgkinien |
| CCT_CANTP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| CCT_CANTP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| CCT_CANTP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_28b | CCT_CANPAGE_TRF3 | |
| [ASK FOR EACH CANCER INDICATED IN CCT_CANTP_TRF3] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint(e) [INSÉRER LE TYPE DE CANCER] ? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

Santé mentale

| | | |
|---|---------------|---|
| CCT_29 | CCT_ANXI_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANXI_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique? | | |
| REMARQUE : LE TERME GÉNÉRAL « TROUBLE ANXIEUX » REGROUPE PLUSIEURS MALADIES DIFFÉRENTES RELIÉES PAR DES MANIFESTATIONS CONSTANTES D'INQUIÉTUDE OU D'ANXIÉTÉ ASSOCIÉES À DIFFÉRENTES ACTIVITÉS OU ÉVÉNEMENTS. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_29a | CCT_ANXIAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANXI_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| CCT_29b | CCT_ANXI_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ANXI_TRF3 = NO AND CCT_ANXI_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CCT_30 | CCT_MOOD_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MOOD_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniaco-dépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : DYSTHYMIE SE PRONONCE « DI-STI-MIE » | | |
| REMARQUE : LA DYSTHYMIE EST UNE FORME DE DÉPRESSION CHRONIQUE CARACTÉRISÉE PAR UN TROUBLE DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF. TOUTEFOIS, LES SYMPTÔMES SONT MOINS GRAVES QUE LORS D'UNE DÉPRESSION MAJEURE. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| CCT_30a | CCT_MOODAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MOOD_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniaco-dépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CCT_30b | CCT_MOOD_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_MOOD_TRF3 = NO AND CCT_MOOD_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Autres maladies chroniques

| | | |
|--|----------------|---|
| CCT_31 | CCT_ALLRG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'allergies? | | |
| REMARQUE : LA QUESTION PORTE SUR TOUS LES TYPES D'ALLERGIE. | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| CCT_31a | CCT_ALLRGAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ALLRG_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'allergies? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| CCT_31b | CCT_ALLRG_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_ALLRG_TRF3 = NO AND CCT_ALLRG_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'allergies. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CCT_32 | CCT_OSTPO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| CCT_32a | CCT_OSTPOAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OSTPO_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| CCT_32b | CCT_OSTPOCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OSTPO_TRF3 = NO AND CCT_OSTPO_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| CCT_33 | CCT_UTHYR_TRF3 |
| [ASK IF CCT_UTHYR_PAST ≠ YES] | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| CCT_33a | CCT_UTHYRAGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_UTHYR_TRF3 = YES] | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | |
| NB_SP | Âge _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| CCT_33b | CCT_UTHYRCHANGE_TRF3 |
| [ASK IF CCT_UTHYR_TRF3 = NO AND CCT_UTHYR_TRF2 = YES] | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | |
| YES | 1 Oui : _____ |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| CCT_34 | CCT_OTHYR_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OTHYR_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| CCT_34a | CCT_OTHYRAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OTHYR_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| CCT_34b | CCT_OTHYRCHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_OTHYR_TRF3 = NO AND CCT_OTHYR_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CCT_35 | CCT_KIDN_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_KIDN_PAST ≠ YES] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_35a | CCT_KIDNAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_KIDN_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| CCT_35b | CCT_KIDN_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_KIDN_TRF3 = NO AND CCT_KIDN_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_35c | CCT_KIDNSTN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des pierres aux reins? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| CCT_35d | CCT_KIDNSTNAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_KIDNSTN_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des pierres aux reins? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| CCT_35e | CCT_KIDNSTN_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_KIDNSTN_TRF3 = NO <u>AND</u> CCT_KIDNSTN_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez des pierres aux reins. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|--|
| CCT_36 | CCT_HCV_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'hépatite C? | | |
| REMARQUE : L'HÉPATITE C EST UNE INFECTION CAUSÉE PAR UN VIRUS QUI S'ATTAQUE AU FOIE ET QUI PROVOQUE DE L'INFLAMMATION. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| CCT_36a | CCT_HCVAGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HCV_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge avez-vous reçu pour la première fois le diagnostic d'hépatite C? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB_SP | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR_SP | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| CCT_36b | CCT_HCV_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HCV_TRF3 = NO AND CCT_HCV_TRF2 = YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'hépatite C. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| CCT_36c | CCT_HCV_TRT_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HCV_TRF3 = YES] | | |
| Avez-vous déjà reçu des traitements pour l'hépatite C? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| CCT_36d | CCT_HCV_TXS_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HCV_TRT_TRF3 = YES] | | |
| Le traitement a-t-il permis d'éliminer le virus? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| CCT_36e | CCT_HCV_CURR_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_HCV_TRF3 = YES] | | |
| Avez-vous l'hépatite C présentement? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| CCT_37 | CCT_GERD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Votre médecin vous a-t-il diagnostiqué un reflux gastroœsophagien? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| CCT_38 | CCT_GERDSYM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous des symptômes de brûlures d'estomac, d'indigestion ou de ballonnements, une sensation de brûlure dans la gorge ou la poitrine, une régurgitation des aliments ou un goût sûr ou amer dans la bouche? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| CCT_38a | CCT_GERDFQ_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_GERDSYM_TRF3 = YES] | | |
| Avez-vous ces symptômes... | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps |
| SOME_TIME | 2 | Parfois |
| RARELY | 3 | Rarement |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| CCT_38b | CCT_GERDTRT_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_GERDSYM_TRF3 = YES] | | |
| Prenez-vous un traitement régulièrement pour contrôler ces symptômes? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CCT_39 | CCT_RHSN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Votre médecin vous a-t-il diagnostiqué une rhinite ou une sinusite? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| CCT_39a | CCT_RHSNSYM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous des symptômes d'écoulement nasal, d'éternuements, de congestion nasale, de douleur ou d'obstruction au visage, de sécrétions nasales ou de sensation d'écoulement post-nasal? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|
| CCT_39b | CCT_RHSNFQ_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_RHSNSYM = YES] | | |
| Avez-vous ces symptômes... | | |
| SEASONAL | 1 | De manière saisonnière |
| THROUGH_YEAR | 2 | Tout au long de l'année |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| CCT_39c | CCT_RHSNTRT_TRF3 | |
| [ASK IF CCT_RHSNSYM = YES] | | |
| Prenez-vous un traitement régulièrement pour contrôler ces symptômes? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Infections

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur les infections que vous pourriez avoir eues récemment.

| | | | | | |
|--|------------------------------------|-----|-----|----------|-------|
| CCT_40 | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | |
| Au cours de la dernière année, avez-vous vu un médecin pour l'une des raisons suivantes? | | | | | |
| LIRE CHAQUE INFECTION, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR INFECTION | | | | | |
| REMARQUE : l'Influenza, communément appelée la grippe, est une maladie infectieuse causée par des virus à ARN. On compte parmi les symptômes les plus fréquents les frissons, la fièvre, les maux de gorge, la douleur musculaire, les maux de tête sévères, la toux, la faiblesse ou la fatigue et un malaise généralisé. L'Influenza est différente du rhume ou de la grippe intestinale (qui est en fait une gastroentérite). | | | | | |
| | | OUI | NON | NSP / PR | REFUS |
| CCT_DRPNEU_TRF3 | Pneumonie | | | | |
| CCT_DRFLU_TRF3 | Grippe (Influenza) | | | | |
| CCT_DRUTI_TRF3 | Infection des voies urinaires | | | | |
| CCT_DROT_TRF3 | Toutes autres infections? _____ | | | | |

CCT_END

Comportement préventif en matière de santé (PHB)

| | | |
|--|-----------------------|---|
| PHB_1 | PHB_FLUV1_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous reçu le vaccin contre la grippe saisonnière au cours de la dernière année? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| PHB_2 | PHB_PCV1_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque, qui protège contre la pneumonie? | | |
| INTERVIEWEUR : Ce vaccin peut également s'appeler Prevnar-13 ou Pneumovax-23. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| PHB_2a | PHB_PCVAGE_TRF3 | |
| [ASK IF PHB_PCV1_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le pneumocoque? | | |
| PHB_PCVAGE_NB_SP_TRF3 | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| PHB_PCVAGE_YR_SP_TRF3 | Année | _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| PHB_3 | PHB_SHIN1_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le zona? | | |
| INTERVIEWEUR : Le zona est également connu sous le nom d'herpès zoster. Ce vaccin peut également s'appeler Shingrix ou Zostavax. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|--|
| PHB_3a | PHB_SHINAGE_TRF3 | |
| [ASK IF PHB_SHIN1_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le zona? | | |
| PHB_SHINAGE_NB_SP_TRF3 | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| PHB_SHINAGE_YR_SP_TRF3 | Année | _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

CCC_END

Parkinsonisme (PKD)

La Dre Caroline Tanner, auteure, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument.

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Dans ce module, les participants doivent répondre à des questions sur le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson afin de nous permettre d'estimer le pourcentage de participants qui pourraient être atteints de l'une ou l'autre de ces maladies.</p> <p>Importance du module : Le parkinsonisme est une affection qui entraîne une combinaison de mouvements anormaux associés à la maladie de Parkinson, tels que des tremblements, de la lenteur au niveau des mouvements, des problèmes d'élocution ou de la rigidité musculaire. Les personnes atteintes de parkinsonisme ne sont pas toutes atteintes de la maladie de Parkinson.</p> <p>La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central. Au début de la maladie, les symptômes les plus visibles sont associés aux mouvements et incluent des tremblements, de la rigidité, une lenteur du mouvement et de la difficulté à marcher et à avoir une démarche normale. Plus tard, des troubles cognitifs et comportementaux peuvent apparaître et la démence débute à un stade avancé de la maladie. D'autres symptômes peuvent survenir, comme des problèmes sensoriels, des troubles de sommeil et des problèmes émotionnels.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur le parkinsonisme ou sur la maladie de Parkinson. Même si vous n'êtes pas atteint(e) de ces maladies ou des symptômes leur étant associés, veuillez répondre à ces questions pour nous aider à estimer le pourcentage de personnes dans notre étude qui ont ou qui n'ont pas ces maladies ou ces symptômes.

| | | |
|---|----------------------|---|
| PKD_1 | PKD_PARK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson? | | |
| REMARQUE : | | |
| Le parkinsonisme est une affection qui entraîne une combinaison de mouvements anormaux associés à la maladie de Parkinson, tels que des tremblements, de la lenteur au niveau des mouvements, des problèmes d'élocution ou de la rigidité musculaire. Les personnes atteintes de parkinsonisme ne sont pas toutes atteintes de la maladie de Parkinson. | | |
| La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central. Au début de la maladie, les symptômes les plus visibles sont associés aux mouvements et incluent des tremblements, de la rigidité, une lenteur du mouvement et de la difficulté à marcher et à avoir une démarche normale. Plus tard, des troubles cognitifs et comportementaux peuvent apparaître et la démence débute à un stade avancé de la maladie. D'autres symptômes peuvent survenir, comme des problèmes sensoriels, des troubles de sommeil et des problèmes émotionnels. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| PKD_1a | PKD_PARK_CHANGE_TRF3 | |
| [ASK IF PKD_PARK_TRF3 = NO and last entry on record is YES] | | |
| Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue? | | |
| YES | 1 | Oui : _____ |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| PKD_2 | PKD_AGE_TRF3 | |
| [ASK IF PKD_PARK_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à souffrir de parkinsonisme ou vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de la maladie de Parkinson? | | |
| INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER? | | |
| NB | Âge | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| YR | Année | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR) |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|-----------|
| PKD_3 | PKD_MED_TRF3 | | | | |
| Même si vous n'avez pas reçu un diagnostic de parkinsonisme ou de maladie de Parkinson, nous devons vous poser quelques questions sur les médicaments ou traitements qui sont habituellement utilisés pour traiter ces maladies. | | | | | |
| Prenez-vous actuellement l'un ou l'autre des médicaments suivants? | | | | | |
| | PD Medications | OUI | NON | NSP | RF |
| PKD_MED_LEV_TRF3 | Levodopa/carbidopa (<i>Sinemet, Prolopa</i>) | | | | |
| PKD_MED_LEN_TRF3 | Levodopa/entacapone (<i>Stalevo</i>) | | | | |
| PKD_MED_PRA_TRF3 | Pramipexole (<i>Mirapex</i>) | | | | |
| PKD_MED_ROP_TRF3 | Ropinirole (<i>ReQuip</i>) | | | | |
| PKD_MED_RAS_TRF3 | Rasagiline (<i>Azilect</i>) | | | | |
| PKD_MED_SEL_TRF3 | Selegiline (<i>Deprenyl</i>) | | | | |
| PKD_MED_ENT_TRF3 | Entacapone (<i>Comtan</i>) | | | | |
| PKD_MED_BEN_TRF3 | Benzotropine (<i>Cogentin</i>) | | | | |
| PKD_MED_ETH_TRF3 | Ethopropazine (<i>Parsitan</i>) | | | | |
| PKD_MED_PRO_TRF3 | Procyclidine | | | | |
| PKD_MED_TRI_TRF3 | Trihexyphenidyl (<i>Artane</i>) | | | | |
| PKD_MED_AMA_TRF3 | Amantadine (<i>Symmetrel</i>) | | | | |
| PKD_MED_ROT_TRF3 | Timbre de rotigotine (<i>Neupro</i>) | | | | |
| PKD_MED_LCI_TRF3 | Gel intestinal de lévodopa/carbidopa (<i>Duodopa</i>) | | | | |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| PKD_4 | PKD_OTHMD_TRF3 | |
| Suivez-vous un autre traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| PKD_5 | PKD_EVRMED_TRF3 | |
| [ASK IF PKD_OTHMD_TRF3 = NO] | | |
| Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LES QUESTIONS PKD_SHKE_TRF3 À PKD_RISE_TRF3 PORTENT SUR LES SYMPTÔMES QUE LE PARTICIPANT POURRAIT RESSENTIR PRÉSENTEMENT. LES PERSONNES ATTEINTES DE PARKINSONISME ONT TENDANCE À RESSENTIR UN OU PLUSIEURS DE CES SYMPTÔMES SUR UNE BASE RÉGULIÈRE. DONC, « PRÉSENTEMENT » SIGNIFIE RÉGULIÈREMENT.

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|---|
| PKD_6 | PKD_SHKE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Vos bras ou vos jambes tremblent-ils? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| PKD_6a | PKD_SHKSEV_TRF3 | |
| [ASK IF PKD_SHKE_TRF3 = YES] | | |
| Ce tremblement est-il plus important ou perceptible lorsque vos membres sont au repos ou lorsque vous vous en servez? | | |
| RESTING | 1 | Au repos |
| DURING_USE_ACTION | 2 | Pendant l'utilisation |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| PKD_7 | PKD_SMWRT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| PKD_8 | PKD_BUTON_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à attacher les boutons? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| PKD_9 | PKD_VOICE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Vous a-t-on mentionné que votre voix est plus faible qu'auparavant? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| PKD_10 | PKD_FEET_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Vos pieds bloquent-ils soudainement dans les entrées de porte? | | |
| INTERVIEWEUR : LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON SAVENT CE QUE CETTE EXPRESSION SIGNIFIE. SI UN PARTICIPANT NE COMPREND PAS CE QUE ÇA VEUT DIRE, INSCRIVEZ « NON ». | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| PKD_11 | PKD_WALK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Traînez-vous les pieds et/ou faites-vous de petits pas lorsque vous marchez? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---------------------------------|---------------------|---|
| PKD_12 | PKD_BAL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Votre équilibre est-il mauvais? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| PKD_13 | PKD_FACE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Votre visage est-il moins expressif qu'auparavant? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| PKD_14 | PKD_RISE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à vous lever d'une chaise? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

PKD_END

Épilepsie (EPI)

Ce module utilise l'algorithme du questionnaire sur l'épilepsie (CLSA-EA) de l'Étude canadienne longitudinale sur le vieillissement. Le questionnaire CLSA-EA a été développé et validé par le Dr Mark Keezer et son équipe de recherche.

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur l'épilepsie. Même si vous n'êtes pas atteint(e) de cette maladie ou des symptômes lui étant associés, vos réponses à ces questions nous aideront à estimer le pourcentage de personnes dans notre étude qui ont ou qui n'ont pas cette maladie ou les symptômes lui étant associés.

Pour chaque question suivante, S.V.P. répondez « oui », « non » ou « c'est possible ».

[SAUF INDICATION CONTRAIRE, PASSEZ D'UNE QUESTION À L'AUTRE]

| | |
|---|------------------------------------|
| EPI_1 | EPI_CAUS_FEV_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu une crise d'épilepsie ou des convulsions en raison d'une forte fièvre quand vous étiez enfant? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| POSSIBLE | 3 C'est possible |
| DK | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|------------------------------------|
| EPI_2 | EPI_EVER_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : LIRE LE PRÉAMBULE SEULEMENT SI EPI_1 (EPI_CAUS_FEV_TRF3) = OUI OU C'EST POSSIBLE | |
| PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [À PART LA CRISE (OU LES CRISES) D'ÉPILEPSIE EN RAISON D'UNE FORTE FIÈVRE] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_TRF3 = YES OR POSSIBLE | |
| [À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre], avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de troubles épileptiques ou d'épilepsie? | |
| [NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'épilepsie est un trouble du système nerveux central (trouble neurologique) dans lequel l'activité des cellules nerveuses est perturbée, ce qui cause des crises ou des périodes où le comportement et les sensations sont inhabituels, et qui provoque parfois une perte de conscience. Les symptômes d'une crise d'épilepsie peuvent varier considérablement. Certaines personnes atteintes d'épilepsie peuvent simplement regarder dans le vide pendant quelques secondes pendant une crise, alors que d'autres contractent leurs bras et leurs jambes de manière répétée.] | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| POSSIBLE | 3 C'est possible |
| DK | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |
| [IF EPI_2 (EPI_EVER_TRF3) = NO SKIP TO EPI_4 (EPI_MED_TRF3)] | |

| | | |
|--|------------------------|----------------------------------|
| EPI_3 | EPI_EPILSZ_TRF3 | |
| ASK IF EPI_EVER_TRF3 ≠ NO] | | |
| Avez-vous eu une crise d'épilepsie durant les cinq dernières années? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| POSSIBLE | 3 | C'est possible |
| DK | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|----------------------------------|
| EPI_4 | EPI_MED_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous déjà pris des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| POSSIBLE | 3 | C'est possible |
| DK | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|
| EPI_5 | EPI_CURRMED_TRF3 | |
| [ASK IF EPI_MED_TRF3 ≠ NO] | | |
| Présentement, prenez-vous des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| POSSIBLE | 3 | C'est possible |
| DK | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | | | | | |
|--|---|-----|-----|----------------|-------------------|------------------|
| EPI_6 | EPI_CAUS_TRF3 | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : LIRE LE PRÉAMBULE <u>SEULEMENT SI</u> EPI_1 (EPI_CAUS_FEV_TRF3) = OUI OU C'EST POSSIBLE | | | | | | |
| PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [À PART LA CRISE (OU LES CRISES) D'ÉPILEPSIE EN RAISON D'UNE FORTE FIÈVRE] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_TRF3 = YES OR POSSIBLE | | | | | | |
| [À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre], avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants... | | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : IL FAUT RÉPONDRE (OUI / NON / NSP / REFUS) À CHAQUE QUESTION DU TABLEAU | | | | | | |
| | | Oui | Non | C'est possible | [NE PAS LIRE] NSP | [NE PAS LIRE] RF |
| EPI_CAUS_SEIZ_TRF3 | i. <u>Une attaque, crise ou épisode de convulsions, peu importe les circonstances?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_TWIT_TRF3 | ii. <u>Des mouvements incontrôlés d'une partie de votre corps ou de tout votre corps, comme des secousses musculaires, des mouvements saccadés, des tremblements ou devenir mou?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_MENT_TRF3 | iii. <u>Un changement inexplicable de votre état mental ou de votre niveau de conscience, ou un épisode d'absence que vous ne pouviez pas contrôler?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_DREM_TRF3 | iv. <u>Vous a-t-on déjà dit que, quand vous étiez un jeune enfant, vous rêvassiez ou vous regardiez dans le vide plus que les autres enfants?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_BDMV_TRF3 | v. <u>Avez-vous déjà remarqué des mouvements corporels ou des sensations lorsque vous étiez en présence d'une lumière stroboscopique, de jeux vidéo, d'une lumière vacillante ou du soleil éblouissant?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_JERK_TRF3 | vi. <u>Peu après votre réveil, le matin ou après une sieste, avez-vous déjà remarqué des secousses musculaires incontrôlables ou de la maladresse, comme échapper des choses ou les objets qui « volent » de vos mains?</u> | | | | | |
| EPI_CAUS_SPEL_TRF3 | vii. <u>Avez-vous déjà éprouvé d'autres types d'épisodes inhabituels répétés?</u> | | | | | |
| [IF EPI_CAUS_TRF3 = NO, DK, REFUSED SKIP TO EPI_END] | | | | | | |

| | | |
|--|------------------|----------------------------------|
| EPI_7 | EPI_CAUS5YR_TRF3 | |
| [ASK IF EPI_CAUS_TRF3 = YES OR POSSIBLE TO AT LEAST ONE SYMPTOM FROM EPI_CAUS_TRF3] | | |
| Avez-vous eu [INSÉRER LE/LES SYMPTÔME(S) AUXQUELS LE PARTICIPANT A RÉPONDU OUI OU C'EST POSSIBLE À LA QUESTION EPI_CAUS_TRF3. INSÉRER LE BOUT DE PHRASE QUI EST SOULIGNÉ] durant les cinq dernières années? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| POSSIBLE | 3 | C'est possible |
| DK | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

EPI_END

PAUSE

| | | |
|---|----|----------------------|
| PAUSE | | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| La première partie de l'entrevue téléphonique est terminée. Maintenant, nous pouvons : | | |
| 1) Continuer. Il reste environ 35 minutes d'entrevue. 2) Prendre une pause. Je vous rappellerai dans 15 minutes pour terminer l'entrevue. 3) Fixer un autre rendez-vous pour continuer plus tard. | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS DOIT AVOIR LIEU DANS LES 24 À 72 HEURES QUI SUIVENT. | | |
| CONTINUE | 01 | Continuer l'entrevue |
| TAKE_BREAK | 02 | Prendre une pause |
| APPOINTMENT | 03 | Fixer un rendez-vous |

| | | |
|---|--|--|
| CONTINUE | | |
| [ASK IF INTERMISSION = CONTINUE] | | |
| TRÈS BIEN, PASSONS AUX QUESTIONS RESTANTES. | | |

| | | |
|--|--|--|
| CONTINUE | | |
| [ASK IF INTERMISSION = TAKE_BREAK] | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : PLANIFIER UN RAPPEL ET IL SERA ASSIGNÉ À VOUS AUTOMATIQUEMENT. | | |
| PARFAIT. JE VOUS RAPPELLE DANS 10 À 15 MINUTES POUR TERMINER. | | |

| | | |
|--|--|--|
| APPOINTMENT | | |
| [ASK IF INTERMISSION = APPOINTMENT] | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS DOIT AVOIR LIEU DANS LES 24 À 72 HEURES QUI SUIVENT. | | |
| TRÈS BIEN, PRENONS RENDEZ-VOUS. | | |

Capacités fonctionnelles (FUL)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | L'objectif de ces questions est de connaître le degré de mobilité des personnes vieillissantes lors des activités de la vie quotidienne. |
|---------------|--|

| | |
|---|---|
| FUL_1 | FUL_SHLD_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Avez-vous de la difficulté à atteindre des objets ou à étendre vos bras au-dessus de vos épaules? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| UNABLE | 3 Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|-------------------------------------|---|
| FUL_1a | FUL_SHLDDG_TRF3 |
| [ASK IF FUL_SHLD_TRF3 = YES] | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 Très difficile |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| FUL_2 | FUL_STOOP_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Avez-vous de la difficulté à vous pencher, à vous accroupir ou à vous agenouiller? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| UNABLE | 3 Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_2a | FUL_STOOPDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_STOOP_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| FUL_3 | FUL_PUSH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets comme un fauteuil? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| FUL_3a | FUL_PUSHDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_PUSH_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| FUL_4 | FUL_LFT10_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à soulever des objets de 10 livres (ou 4,5 kg), comme un sac d'épicerie lourd? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_4a | FUL_LFT10DG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_LFT10_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| FUL_5 | FUL_HDLG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à manipuler des petits objets, comme saisir une pièce de monnaie sur la table? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| FUL_5a | FUL_HDLGDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_HDLG_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| FUL_6 | FUL_ST15_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à rester debout pendant un long moment, environ 15 minutes? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| FUL_6a | FUL_ST15DG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_ST15_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FUL_7 | FUL_SIT1H_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à rester assis(e) pendant un long moment, disons une heure? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_7a | FUL_SIT1HDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_SIT1H_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FUL_8 | FUL_STDUP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à vous lever après avoir été assis(e) sur une chaise? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_8a | FUL_STDUPDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_STDUP_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| FUL_9 | FUL_FSTR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à monter et descendre les escaliers seul(e)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| FUL_9a | FUL_FSTRDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_FSTR_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FUL_10 | FUL_WK23B_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à marcher 2 à 3 pâtés de maisons? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_10a | FUL_WK23BDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_WK23B_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FUL_11 | FUL_MKBED_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à faire un lit? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_11a | FUL_MKBEDDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_MKBED_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| FUL_12 | FUL_WSHBK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à vous laver le dos? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_12a | FUL_WSHBKDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_WSHBK_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FUL_13 | FUL_KNCUT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à utiliser un couteau pour couper vos aliments? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| FUL_13a | FUL_KNCUTDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_KNCUT_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| FUL_14 | FUL_FORC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous de la difficulté à faire des activités récréatives ou un travail dans lesquels vos bras, vos épaules ou vos mains doivent amortir une force ou un impact (par exemple, jouer au golf, manipuler un marteau, jouer au tennis, taper à l'ordinateur, etc.)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| UNABLE | 3 | Incapable de le faire |
| DOCTORS_ORDERS | 4 | Ne le fait pas selon les directives d'un médecin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| FUL_14a | FUL_FORCDG_TRF3 | |
| [ASK IF FUL_FORC_TRF3 = YES] | | |
| Diriez-vous que cette tâche est... | | |
| LITTLE_DIFFICULT | 1 | Un peu difficile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

FUL_END

Activités de base de la vie quotidienne (ADL)

Ce module est une modification des questions sur les activités de la vie quotidienne du OARS Multidimensional Assessment Questionnaire©; cet instrument a été développé par Dre Gerda G. Fillenbaum (Duke University Medical Center). L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser l'instrument.

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>L'échelle des activités de base de la vie quotidienne (AVQ) vise à évaluer l'aptitude du participant à exercer des activités quotidiennes <u>de base</u>. Les activités de base de la vie quotidienne sont considérées comme indispensables à une vie indépendante au sein de la communauté.</p> <p>On demande au participant s'il a besoin d'aide pour se nourrir, s'habiller, soigner son apparence, marcher, se lever et se coucher, se laver et s'il a des problèmes d'incontinence. Ces activités de base de la vie quotidienne peuvent être difficiles pour les personnes qui ont des problèmes de mobilité.</p> <p>Les renseignements sur les activités de la vie quotidienne donneront un aperçu des problèmes auxquels peuvent faire face les personnes âgées au Canada dans leur vie quotidienne. Cette mesure est associée au besoin d'aidants naturels et de soins à domicile.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur des activités de base de la vie quotidienne. Vous trouverez peut-être que ces questions ne s'appliquent pas à vous, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ADL_1 | ADL_ABLDR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller vous-même sans aide (y compris choisir vos vêtements et mettre vos chaussettes et vos souliers)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| ADL_2 | ADL_HPDR_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLDR_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller vous-même avec un peu d'aide? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ADL_3 | ADL_UNDR_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPDR_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de vous habiller et vous déshabiller vous-même? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ADL_4 | ADL_ABLFD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous manger sans aide, c'est-à-dire êtes-vous capable de vous nourrir complètement vous-même? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ADL_5 | ADL_HPF3_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLFD_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous manger avec un peu d'aide (par exemple, vous avez besoin d'aide pour couper vos aliments, etc.)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| ADL_6 | ADL_UNFD_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPF3_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de vous nourrir vous-même? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| ADL_7 | ADL_ABLAP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous vous occuper de votre apparence sans aide, par exemple peigner vos cheveux, vous raser (si vous êtes un homme)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| ADL_8 | ADL_HPAP_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLAP_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous vous occuper de votre apparence avec un peu d'aide? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| ADL_9 | ADL_UNAP_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPAP_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de vous occuper de votre apparence? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| ADL_10 | ADL_ABLWK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous marcher sans aide? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT MARCHE AVEC UNE CANNE, INSCRIRE « OUI » | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| ADL_11 | ADL_HPWK_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLWK_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous marcher avec l'aide d'une personne ou en utilisant une marchette ou des béquilles, etc.? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| ADL_12 | ADL_UNWK_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPWK_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de marcher? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| ADL_13 | ADL_ABLBD_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous vous mettre au lit et en sortir sans aucune aide ou aide technique? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| ADL_14 | ADL_HPBD_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLBD_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous vous mettre au lit et en sortir avec un peu d'aide (d'une personne ou d'un appareil fonctionnel)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ADL_15 | ADL_UNBD_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPBD_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement dépendant(e) d'une autre personne pour vous mettre au lit et en sortir? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ADL_16 | ADL_ABLBT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous prendre un bain ou une douche sans aide? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| ADL_17 | ADL_HPBT_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_ABLBT_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous prendre un bain ou une douche avec un peu d'aide (vous avez besoin de l'aide d'une personne pour entrer dans le bain et en sortir ou vous avez besoin de poignées spéciales pour le faire)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ADL_18 | ADL_UNBT_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_HPBT_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de prendre un bain et une douche vous-même? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| ADL_19 | ADL_BATH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous déjà eu de la difficulté à vous rendre à la salle de bain à temps? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| ADL_20 | ADL_INCNT_TRF3 | |
| [ASK IF ADL_BATH_TRF3 = YES] | | |
| À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ou de selles (le jour ou la nuit)? Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| 0_1_TIME_WEEK | 1 | Jamais ou moins d'une fois par semaine |
| 1_2_TIME_WEEK | 2 | Une ou deux fois par semaine |
| 3_MORE_TIMES_WEEK | 3 | Trois fois par semaine ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

ADL_END

Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL)

Ce module est une modification des questions sur les activités de la vie quotidienne du OARS Multidimensional Assessment Questionnaire©; cet instrument a été développé par Dre Gerda G. Fillenbaum (Duke University Medical Center). L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser l'instrument.

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) vise à évaluer l'aptitude du participant à exercer seul diverses activités quotidiennes.</p> <p>On demande au participant s'il a besoin d'aide pour utiliser le téléphone, se déplacer, magasiner, cuisiner, faire les tâches ménagères, prendre des médicaments et s'occuper de ses finances.</p> <p>Les renseignements sur les activités instrumentales de la vie quotidienne donnent un aperçu des problèmes auxquels peuvent faire face les personnes âgées au Canada dans leur vie quotidienne. Cette mesure est associée au besoin d'aidants naturels et de soins à domicile.</p> <p>Ce module va de pair avec le module ADL.</p> |
|---------------|--|

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur certaines activités de la vie quotidienne, activités qui peuvent être faites sans aide, avec un peu d'aide ou que vous êtes incapable de faire. Vous trouverez peut-être que ces questions ne s'appliquent pas à vous, mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde.

| | | |
|--|------------------------|---|
| IAL_1 | IAL_ABLTEL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous utiliser le téléphone sans aide, y compris pour chercher et pour composer les numéros? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| IAL_2 | IAL_HPTTEL_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLTEL_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous utiliser le téléphone avec de l'aide (vous pouvez répondre au téléphone ou appeler l'opérateur en cas d'urgence, mais vous avez besoin d'un téléphone spécial ou d'aide pour chercher ou composer le numéro)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| IAL_3 | IAL_UNTEL_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPTTEL_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable d'utiliser le téléphone? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| IAL_4 | IAL_ABLTRV_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pour les déplacements qui exigent un transport, pouvez-vous vous y rendre sans aide (conduire votre propre auto ou vous déplacer seul(e) en autobus ou en taxi)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_5 | IAL_HPTRV_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLTRV_TRF3 = NO] | | |
| Pour les déplacements qui exigent un transport, pouvez-vous vous y rendre avec de l'aide (vous avez besoin de quelqu'un pour vous aider ou pour vous accompagner dans vos déplacements)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| IAL_6 | IAL_UNTRV_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPTRV_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous complètement incapable de vous déplacer sauf si on met à votre disposition, en cas d'urgence, un véhicule spécialisé comme une ambulance? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| IAL_7 | IAL_ABLGRO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous faire votre épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements sans aide (vous vous occupez de tous vos achats vous-même)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_8 | IAL_HPGRO_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLGRO_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous faire votre épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements avec de l'aide (vous avez besoin d'être accompagné(e) pour tout magasinage)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_9 | IAL_UNGRO_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPGRO_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable de faire du magasinage? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_10 | IAL_ABLML_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous préparer vos propres repas sans aide (planifier et préparer vous-même des repas complets)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| IAL_11 | IAL_HPML_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLML_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous préparer vos propres repas avec de l'aide (vous pouvez préparer certaines choses, mais vous êtes incapable de préparer vous-même des repas complets)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| IAL_12 | IAL_UNML_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPML_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable de préparer les repas? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| IAL_13 | IAL_ABLWRK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous faire l'entretien ménager de votre maison sans aide (vous pouvez laver les planchers, etc.)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_14 | IAL_HPWRK_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLWRK_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous faire l'entretien ménager de votre maison avec de l'aide (vous pouvez faire les travaux légers, mais vous avez besoin d'aide pour les travaux lourds)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_15 | IAL_UNWRK_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPWRK_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable de faire l'entretien ménager de votre maison? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| IAL_16 | IAL_ABLMED_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous prendre vos médicaments sans aide (vous pouvez respecter la posologie exacte, au bon moment)? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT OUBLIE À L'OCCASION, INSCRIRE « OUI ». | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_17 | IAL_HPMED_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLMED_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous prendre vos médicaments avec de l'aide (vous êtes capable de prendre les médicaments si quelqu'un les prépare pour vous ou vous fait penser de les prendre)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| IAL_18 | IAL_UNMED_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPMED_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable de prendre vos médicaments? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| IAL_19 | IAL_ABLMO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Pouvez-vous vous occuper de vos finances sans aide (vous pouvez faire les chèques, payer les factures, etc.)? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT OUBLIE À L'OCCASION, INSCRIRE « OUI ». | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| IAL_20 | IAL_HPMO_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_ABLMO_TRF3 = NO] | | |
| Pouvez-vous vous occuper de vos finances avec de l'aide (vous pouvez faire les achats quotidiens, mais vous avez besoin d'aide pour gérer votre carnet de chèques ou pour payer vos factures)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| IAL_21 | IAL_UNMO_TRF3 | |
| [ASK IF IAL_HPMO_TRF3 = NO] | | |
| Êtes-vous totalement incapable de vous occuper de vos finances? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

IAL_END

Dépression (DEP)

La Dre Elena Andresen, auteure, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser le Center for Epidemiological Studies Short Depression Scale (CES-D-10).

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Nombre de gens se sentent déprimés à un moment ou à un autre, et ce, à différents degrés. En revanche, la dépression de longue durée est un grave problème de santé, à la fois sur le plan physique et mental.</p> <p>Ce module contient une série de questions détaillées sur la dépression. Les réponses seront regroupées pour déterminer la probabilité que le participant soit déprimé.</p> <p>Ce module recueille de l'information sur la durée des épisodes de dépression, le moment auquel ils se sont produits et leurs conséquences.</p> |
|---------------|---|

Pour les prochaines questions, veuillez penser à comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine, c'est-à-dire du [INSÉRER LA DATE DE LA SEMAINE DERNIÈRE] à hier. Veuillez choisir la réponse qui convient le mieux.

Je vous lirai d'abord une question, puis je vous lirai les choix de réponse. Veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

| | |
|--|---|
| DEP_1 | DEP_BOTR_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| À quelle fréquence avez-vous été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas? | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | |
| ALL_TIME | 1 Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| DEP_2 | DEP_MIND_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| À quelle fréquence avez-vous eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez? | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | |
| ALL_TIME | 1 Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_3 | DEP_FLDP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| DEP_4 | DEP_FFRT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_5 | DEP_HPFL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence avez-vous été confiant(e) en l'avenir? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Rappelez-vous, les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_6 | DEP_FRFL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) craintif(ve) ou larmoyant(e)? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| DEP_7 | DEP_RSTLS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence votre sommeil n'a-t-il pas été bon? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_8 | DEP_HAPP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence avez-vous été heureux(se)? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_9 | DEP_ONLY_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) seul(e)? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| DEP_10 | DEP_GTGO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence avez-vous senti(e) que vous manquiez d'entraîment? | | |
| INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés. | | |
| ALL_TIME | 1 | Tout le temps (5 à 7 jours) |
| OCCASIONALLY | 2 | Occasionnellement (3 à 4 jours) |
| SOME_TIME | 3 | Parfois (1 à 2 jours) |
| RARELY_NEVER | 4 | Rarement ou jamais (moins d'un jour) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

DEP_END

Échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SLS)

Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. J Pers Assess, 49(1), 71-75.

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | Dans ce module, on demande aux participants quel est leur degré de satisfaction face à leur vie en général. Les chercheurs s'intéressent au lien entre la satisfaction à l'égard de la vie des individus, leur état général de santé (physique et mentale) et leur bien-être. Le degré de satisfaction d'une personne à l'égard de la vie peut être relié au soutien social dont elle dispose, à son travail ou à ses activités. Il peut aussi être affecté de façon négative par des pertes importantes. |
|---------------|---|

Nous allons vous poser plusieurs questions générales sur votre santé mentale au fil de l'entrevue d'aujourd'hui. Certaines de ces questions peuvent vous paraître semblables, mais elles s'intéressent à des aspects légèrement différents de la santé qui sont tous essentiels pour déterminer le bien-être général de nos participants. Veuillez faire de votre mieux pour répondre à ces questions sans tenir compte de vos réponses aux questions précédentes.

Maintenant, je vais vous lire une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour décrire leur satisfaction à l'égard de leur vie. Veuillez me dire si vous êtes en désaccord ou en accord avec chaque énoncé.

| | | |
|---|----------------------|---|
| SLS_1 | SLS_LIFE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DISAGREE | 1 | En désaccord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 2 | Ni en accord ni en désaccord |
| AGREE | 3 | En accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_2 | SLS_LIFENEG_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_LIFE_TRF3 = DISAGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_DISAGREE | 1 | Légèrement en désaccord |
| DISAGREE | 2 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 3 | Fortement en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_3 | SLS_LIFEPOS_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_LIFE_TRF3 = AGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_AGREE | 1 | Légèrement en accord |
| AGREE | 2 | En accord |
| STRONGLY_AGREE | 3 | Fortement en accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SLS_4 | SLS_COND_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Mes conditions de vie sont excellentes. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DISAGREE | 1 | En désaccord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 2 | Ni en accord ni en désaccord |
| AGREE | 3 | En accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_5 | SLS_CONDNEG_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_COND_TRF3 = DISAGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_DISAGREE | 1 | Légèrement en désaccord |
| DISAGREE | 2 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 3 | Fortement en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_6 | SLS_CONDPOS_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_COND_TRF3 = AGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_AGREE | 1 | Légèrement en accord |
| AGREE | 2 | En accord |
| STRONGLY_AGREE | 3 | Fortement en accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SLS_7 | SLS_SATS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Je suis satisfait(e) de ma vie. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DISAGREE | 1 | En désaccord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 2 | Ni en accord ni en désaccord |
| AGREE | 3 | En accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_8 | SLS_SATSNEG_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_SATS_TRF3 = DISAGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_DISAGREE | 1 | Légèrement en désaccord |
| DISAGREE | 2 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 3 | Fortement en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_9 | SLS_SATSPOS_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_SATS_TRF3 = AGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_AGREE | 1 | Légèrement en accord |
| AGREE | 2 | En accord |
| STRONGLY_AGREE | 3 | Fortement en accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| SLS_10 | SLS_IMP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DISAGREE | 1 | En désaccord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 2 | Ni en accord ni en désaccord |
| AGREE | 3 | En accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| SLS_11 | SLS_IMPNEG_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_IMP_TRF3 = DISAGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_DISAGREE | 1 | Légèrement en désaccord |
| DISAGREE | 2 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 3 | Fortement en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_12 | SLS_IMPPPOS_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_IMP_TRF3 = AGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_AGREE | 1 | Légèrement en accord |
| AGREE | 2 | En accord |
| STRONGLY_AGREE | 3 | Fortement en accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SLS_13 | SLS_OVER_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DISAGREE | 1 | En désaccord |
| NEITHER_AGREE_DISAGREE | 2 | Ni en accord ni en désaccord |
| AGREE | 3 | En accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| SLS_14 | SLS_OVERNEG_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_OVER_TRF3 = DISAGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_DISAGREE | 1 | Légèrement en désaccord |
| DISAGREE | 2 | En désaccord |
| STRONGLY_DISAGREE | 3 | Fortement en désaccord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| SLS_15 | SLS_OVERPOS_TRF3 | |
| [ASK IF SLS_OVER_TRF3 = AGREE] | | |
| Diriez-vous... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SLIGHTLY_AGREE | 1 | Légèrement en accord |
| AGREE | 2 | En accord |
| STRONGLY_AGREE | 3 | Fortement en accord |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

SLS_END

Solitude (LON)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | La solitude est un phénomène commun et complexe qui a d'importantes répercussions sur plusieurs aspects de la vie des adultes d'âge moyen et des aînés. On décrit souvent la solitude comme étant l'équivalent subjectif de l'isolement social. L'isolement social peut être mesuré objectivement en recueillant de l'information sur la quantité et la qualité du réseau social (inclus dans l'ÉLCV), mais la solitude doit être mesurée subjectivement en posant des questions sur les perceptions et les sentiments à l'égard des relations et des activités sociales. |
|---------------|---|

Les questions qui suivent portent sur les sentiments que vous ressentez par rapport aux différents aspects de votre vie. Pour chacune des questions, dites-moi combien de fois vous avez éprouvé ces sentiments.

| | | |
|--|-----------------------|---|
| LON_1 | LONE_OFTN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HARDLY_EVER | 1 | À peu près jamais |
| SOME_TIME | 2 | Parfois |
| OFTEN | 3 | Souvent |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| LON_2 | LONE_LEFT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être tenu(e) à l'écart? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HARDLY_EVER | 1 | À peu près jamais |
| SOME_TIME | 2 | Parfois |
| OFTEN | 3 | Souvent |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| LON_3 | LONE_ISOL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment d'être isolé(e) des autres? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HARDLY_EVER | 1 | À peu près jamais |
| SOME_TIME | 2 | Parfois |
| OFTEN | 3 | Souvent |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

LON_END

Réseaux sociaux (SN)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Le fonctionnement social permet de déceler les problèmes reliés à l'engagement continu du participant dans sa vie, dont la caractéristique essentielle est l'interaction entre l'individu et la société. Les échanges entre les individus et la société contribuent au fonctionnement social et ceux-ci sont également facilités par les liens familiaux ou autres.</p> <p>Les informations recueillies par l'ÉLCV touchent à la fois les domaines structurels (réseau social, taille et fréquence de contact) et les domaines fonctionnels (perception du soutien reçu) du soutien social. Le questionnaire comporte 15 questions sur le réseau social du participant, dont le statut matrimonial, les conditions de logement, la composition de la famille, les liens et les contacts sociaux.</p> |
|---------------|---|

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur les personnes qui vivent dans votre logement et sur leur lien avec vous. Je vous poserai également des questions sur vos enfants, y compris s'ils habitent actuellement avec vous.

| | |
|--|--|
| SN_1 | SN_LIVH_NB_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Combien de personnes, autres que vous, vivent dans votre domicile? NOTE : LA PERSONNE NO 1 EST LE RÉPONDANT, INSCRIRE SON SEXE ET SON ÂGE. | |
| SN_LIVH_NB_TRF3 | _____ |
| DK_NA | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |
| a) | Quel lien la personne no 2 a-t-elle avec vous (c'est-à-dire époux(se), parent, enfant, grand-parent, petit-enfant, etc.) |
| b) | Quel est le sexe de la personne no 2? |
| c) | Quel âge a la personne no 2? (MASK: MIN=000, MAX=115) |
| RÉPÉTEZ LA SÉQUENCE DE QUESTIONS POUR TOUS LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE. | |

| Membre du ménage (HM) | Lien | Sexe | Âge | |
|-----------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| HM#1 | SN_LIVH_M1_R_TRF3 | Participant | SN_LIVH_M1_S_TRF3 | SN_LIVH_M1_A_TRF3 |
| HM#2 | SN_LIVH_M2_R_TRF3 | | SN_LIVH_M2_S_TRF3 | SN_LIVH_M2_A_TRF3 |
| HM#3 | SN_LIVH_M3_R_TRF3 | | SN_LIVH_M3_S_TRF3 | SN_LIVH_M3_A_TRF3 |
| HM#4 | SN_LIVH_M4_R_TRF3 | | SN_LIVH_M4_S_TRF3 | SN_LIVH_M4_A_TRF3 |
| HM#5 | SN_LIVH_M5_R_TRF3 | | SN_LIVH_M5_S_TRF3 | SN_LIVH_M5_A_TRF3 |
| HM#6 | SN_LIVH_M6_R_TRF3 | | SN_LIVH_M6_S_TRF3 | SN_LIVH_M6_A_TRF3 |
| HM#7 | SN_LIVH_M7_R_TRF3 | | SN_LIVH_M7_S_TRF3 | SN_LIVH_M7_A_TRF3 |
| HM#8 | SN_LIVH_M8_R_TRF3 | | SN_LIVH_M8_S_TRF3 | SN_LIVH_M8_A_TRF3 |
| HM#9 | SN_LIVH_M9_R_TRF3 | | SN_LIVH_M9_S_TRF3 | SN_LIVH_M9_A_TRF3 |
| HM#10 | SN_LIVH_M10_R_TRF3 | | SN_LIVH_M10_S_TRF3 | SN_LIVH_M10_A_TRF3 |

| | |
|--|-------------------------------|
| SN_2 | SN_CHILDSTPF2_NB_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Combien d'enfants d'une union précédente de votre conjoint(e) avez-vous? _____ (MASK: MIN=00, MAX=30) | |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|-------------------------------|
| SN_3 | SN_DGHTRLIV_NB_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| S'il y a lieu, combien avez-vous de filles encore en vie (c'est-à-dire des filles biologiques, adoptées ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))? _____ (MASK: MIN=00, MAX=30) | |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|-------------------------------|
| SN_4 | SN_SONLIV_NB_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| S'il y a lieu, combien avez-vous de fils encore en vie (c'est-à-dire des fils biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))? _____ (MASK: MIN=00, MAX=30) | |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|--|
| SN_5 | SN_SEECHILD_TRF3 |
| [ASK IF SN_DGHTRLIV_NB_TRF3 ≠ 0 OR REFUSED OR SN_SONLIV_NB_TRF3 ≠ 0 OR REFUSED] | |
| Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos enfants vivant à l'extérieur de votre domicile? | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| WITHIN_LAST_DAY_TWO | 1 Hier ou avant-hier |
| WITHIN_LAST_WEEK_TWO | 2 Cette semaine ou la semaine dernière |
| WITHIN_PAST_MONTH | 3 Au cours du dernier mois |
| WITHIN_PAST_6_MONTHS | 4 Au cours des six derniers mois |
| WITHIN_PAST_YEAR | 5 Au cours de la dernière année |
| MORE_THAN_1_YEAR | 6 Il y a plus d'un an |
| NA_CHILD_IN_HOUSEHOLD | 7 Sans objet, tous les enfants vivent dans le domicile |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| SN_6 | SN_SIBLIV_NB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| S'il y a lieu, combien avez-vous de frères et sœurs encore en vie? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| _____ (MASK: MIN=00, MAX=50) | | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|--|
| SN_7 | SN_SEESIB_TRF3 | |
| [ASK IF SN_SIBLIV_NB_TRF3 ≠ 0 OR REFUSED] | | |
| Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos frères et sœurs vivant à l'extérieur de votre domicile? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| WITHIN_LAST_DAY_TWO | 1 | Hier ou avant-hier |
| WITHIN_LAST_WEEK_TWO | 2 | Cette semaine ou la semaine dernière |
| WITHIN_PAST_MONTH | 3 | Au cours du dernier mois |
| WITHIN_PAST_6_MONTHS | 4 | Au cours des derniers six mois |
| WITHIN_PAST_YEAR | 5 | Au cours de la dernière année |
| MORE_THAN_1_YEAR | 6 | Il y a plus d'un an |
| NA_SIB_IN_HOUSEHOLD | 7 | Sans objet, tous les frères et sœurs vivent dans le domicile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------|---|
| SN_8 | SN_RELLIV_NB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Environ combien d'autres membres toujours vivants votre famille compte-t-elle (parents, grands-parents, petits-enfants, nièces, neveux, cousins, tantes, oncles)? | | |
| REMARQUE : Cette question inclut la belle-famille du participant, c.-à-d. le beau-père, la belle-mère, la belle-sœur, le beau-frère (N'INCLUT PAS les parents du beau-père ou de la belle-mère, N'INCLUT PAS l'époux(se) ou les enfants du beau-frère ou de la belle-sœur). | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| _____ (MASK: MIN=000, MAX=100) | | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| SN_9 | SN_SEEREL_TRF3 | |
| [ASK IF SN_RELLIV_NB_TRF3 ≠ 0 OR REFUSED] | | |
| Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs des autres membres de votre famille vivant à l'extérieur de votre domicile? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| WITHIN_LAST_DAY_TWO | 1 | Hier ou avant-hier |
| WITHIN_LAST_WEEK_TWO | 2 | Cette semaine ou la semaine dernière |
| WITHIN_PAST_MONTH | 3 | Au cours du dernier mois |
| WITHIN_PAST_6_MONTHS | 4 | Au cours des derniers six mois |
| WITHIN_PAST_YEAR | 5 | Au cours de la dernière année |
| MORE_THAN_1_YEAR | 6 | Il y a plus d'un an |
| NA_REL_IN_HOUSEHOLD | 7 | Sans objet, tous les membres de la famille vivent dans le domicile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| SN_10 | SN_FRND_NB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À l'exception des membres de votre famille, combien de personnes comptez-vous parmi vos amis proches, c'est-à-dire des personnes à qui vous pouvez vous confier et avec qui vous pouvez parler de sujets personnels? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| | _____ (MASK: MIN=00, MAX=90) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|--|
| SN_11 | SN_SEEFRND_TRF3 | |
| [ASK IF SN_FRND_NB_TRF3 ≠ 0 OR REFUSED] | | |
| Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos amis proches vivant à l'extérieur de votre domicile? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| WITHIN_LAST_DAY_TWO | 1 | Hier ou avant-hier |
| WITHIN_LAST_WEEK_TWO | 2 | Cette semaine ou la semaine dernière |
| WITHIN_PAST_MONTH | 3 | Au cours du dernier mois |
| WITHIN_PAST_6_MONTHS | 4 | Au cours des derniers six mois |
| WITHIN_PAST_YEAR | 5 | Au cours de la dernière année |
| MORE_THAN_1_YEAR | 6 | Il y a plus d'un an |
| NA_FRND_IN_HOUSEHOLD | 7 | Sans objet, aucun ami ne vit à l'extérieur du domicile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|---|
| SN_12 | SN_SEENEIBR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos voisins? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| WITHIN_LAST_DAY_TWO | 1 | Hier ou avant-hier |
| WITHIN_LAST_WEEK_TWO | 2 | Cette semaine ou la semaine dernière |
| WITHIN_PAST_MONTH | 3 | Au cours du dernier mois |
| WITHIN_PAST_6_MONTHS | 4 | Au cours des derniers six mois |
| WITHIN_PAST_YEAR | 5 | Au cours de la dernière année |
| MORE_THAN_1_YEAR | 6 | Il y a plus d'un an |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

SN_END

Soutien social – Disponibilité (SSA)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>La capacité des personnes à demander du soutien lorsqu'elles en ont besoin est un élément important de la santé générale. Par exemple, le fait d'avoir une personne pour vous amener à un rendez-vous médical peut signifier que vous avez plus de chance d'obtenir les soins dont vous avez besoin.</p> <p>Ce module comprend une série de questions détaillées sur la disponibilité du soutien social. Les réponses à ces questions seront combinées afin de déterminer la probabilité qu'a le participant de recevoir du soutien social.</p> <p>Les résultats obtenus par ce module seront essentiels à l'identification des groupes sociaux qui manquent le plus de soutien social.</p> |
|---------------|--|

Voici maintenant quelques questions concernant le soutien auquel vous avez accès.

| | | |
|---|-------------------------|---|
| <p>Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien. Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? LIRE LA LISTE D'ÉNONCÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ</p> | | |
| SSA_1 | SSA_CONFBED_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit? | | |
| LIRE LA LISTE D'ÉNONCÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |
| SSA_2 | SSA_NDTLK_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| SSA_3 | SSA_CRISIS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne qui vous conseille en situation de crise? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SSA_4 | SSA_TYTDR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| SSA_5 | SSA_SHLOV_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SSA_6 | SSA_GOODT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne avec qui partager du bon temps? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SSA_7 | SSA_INFO_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| SSA_8 | SSA_CONFID_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SSA_9 | SSA_HUGS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pour vous serrer dans ses bras? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SSA_10 | SSA_RELAX_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne avec qui vous détendre? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SSA_11 | SSA_MEALS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| SSA_12 | SSA_ADVCE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| SSA_13 | SSA_MINDOFF_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne avec qui faire des activités pour vous distraire? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| SSA_14 | SSA_CHORES_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| SSA_15 | SSA_SHFEAR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| SSA_16 | SSA_SUGG_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SSA_17 | SSA_ENJOY_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne avec qui faire des choses agréables? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| SSA_18 | SSA_PROBLM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne qui comprend vos problèmes? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SSA_19 | SSA_LOVU_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ | | |
| NONE_TIME | 1 | Jamais |
| LITTLE_TIME | 2 | Rarement |
| SOME_TIME | 3 | Parfois |
| MOST_TIME | 4 | La plupart du temps |
| ALL_TIME | 5 | Tout le temps |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| SSA_20 | SSA_PET_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous un animal de compagnie? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

SSA_END

Participation sociale (SPA)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module recueille de l'information sur le type et la quantité des différentes activités sociales auxquelles le participant prend part, dont les activités sportives ou religieuses, ainsi que sur les facteurs pouvant limiter cette participation.</p> <p>Les données recueillies montreront le degré de participation à des activités sociales de la population canadienne vieillissante et mettront en lumière les raisons qui, selon les participants, pourraient limiter leur participation à ces activités.</p> |
|---------------|--|

Les questions qui suivent portent sur vos activités sociales.

| | | |
|---|----------------------|---|
| SPA_1 | SPA_SOAC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous? | | |
| REMARQUE : LE CHOIX DE RÉPONSE N° 1 - « JE LIS UN JOURNAL / QUOTIDIEN » INCLUT LES SITUATIONS OÙ LE PARTICIPANT NE LIT QUE L'ÉDITION DU SAMEDI D'UN QUOTIDIEN. | | |
| LIRE CHAQUE ÉNONCÉ. RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| SPA_SOAC_RNP_TRF3 | 01 | Je lis un journal / quotidien |
| SPA_SOAC_HY_TRF3 | 02 | J'ai un hobby ou un passe-temps |
| SPA_SOAC_HIC_TRF3 | 03 | J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois |
| SPA_SOAC_HOC_TRF3 | 04 | J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois |
| SPA_SOAC_DT_TRF3 | 05 | J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois |
| SPA_SOAC_INT_TRF3 | 06 | J'utilise Internet ou un courriel |
| SPA_SOAC_VOT_TRF3 | 07 | J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales |
| SPA_SOAC_NONE_TRF3 | 96 | Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi |
| SPA_SOAC_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| SPA_SOAC_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

Activités communautaires

Les questions qui suivent portent sur des activités communautaires auxquelles vous avez pu participer au cours des 12 derniers mois.

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé à : **LIRE LA LISTE D'ACTIVITÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ACTIVITÉ**

| | | |
|--|----------------------|---|
| SPA_2 | SPA_OUTS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du ménage? | | |
| LIRE SI NÉCESSAIRE – Par exemple : des activités informelles et formelles comme des petites rencontres sociales, repas à l'extérieur du ménage, mariages ou réunions. | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE. | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SPA_3 | SPA_CHRCH_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| SPA_4 | SPA_SPORT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| SPA_5 | SPA_EDUC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts, à des pièces de théâtre ou aller au musée. | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| SPA_6 | SPA_CLUB_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités organisées par un club social ou une société d'aide mutuelle | | |
| LIRE SI NÉCESSAIRE – PAR EXEMPLE : CLUB LION, CHEVALIERS DE COLOMB, CLUB KIWANIS, LA LÉGION, LES FILLES D'ISABELLE, CLUB D'ÂGE D'OR, ETC. | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SPA_7 | SPA_NEIBR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| SPA_8 | SPA_VOLUN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Des activités bénévoles ou de bienfaisance | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SPA_9 | SPA_OTACT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Toute autre activité récréative à laquelle d'autres personnes participent comme les passe-temps, le jardinage, le poker, le bridge, les jeux de cartes et d'autres jeux | | |
| NOTES À L'INTERVIEWEUR : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE. | | |
| ONCE_DAY | 1 | Au moins une fois par jour |
| ONCE_WEEK | 2 | Au moins une fois par semaine |
| ONCE_MONTH | 3 | Au moins une fois par mois |
| ONCE_YEAR | 4 | Au moins une fois par an |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| SPA_10 | SPA_MORAC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| SPA_11 | SPA_PREVAC_TRF3 | |
| [ASK IF SPA_MORAC_TRF3 = YES] | | |
| Qu'est-ce qui vous a empêché(e) de participer à plus d'activités sociales, récréatives ou de groupe? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| SPA_PREVAC_CO_TRF3 | 01 | Coût |
| SPA_PREVAC_TP_TRF3 | 02 | Problèmes de transport |
| SPA_PREVAC_ANA_TRF3 | 03 | Activités non disponibles dans la région |
| SPA_PREVAC_LNA_TRF3 | 04 | Endroit physiquement inaccessible |
| SPA_PREVAC_TF_TRF3 | 05 | Endroit trop éloigné |
| SPA_PREVAC_HC_TRF3 | 06 | Problème de santé |
| SPA_PREVAC_TI_TRF3 | 07 | Horaire des activités ne convient pas |
| SPA_PREVAC_GA_TRF3 | 08 | Ne veut pas y aller seul(e) |
| SPA_PREVAC_PR_TRF3 | 09 | Responsabilités personnelles ou familiales |
| SPA_PREVAC_LRR_TRF3 | 10 | Raisons liées à la langue |
| SPA_PREVAC_TB_TRF3 | 11 | Trop occupé(e) |
| SPA_PREVAC_AF_TRF3 | 12 | Crainte ou préoccupation concernant la sécurité |
| SPA_PREVAC_GR_TRF3 | 13 | Deuil |
| SPA_PREVAC_WH_TRF3 | 14 | Conditions météorologiques |
| SPA_PREVAC_MO_TRF3 | 15 | Manque de motivation, d'organisation ou d'information |
| SPA_PREVAC_RL_TRF3 | 16 | Déménagement ou voyage |
| SPA_PREVAC_ANS_TRF3 | 17 | Activités inintéressantes / non convenables |
| SPA_PREVAC_SC_TRF3 | 18 | Barrières sociales (rejet, gêne, intimidation, etc.) |
| SPA_PREVAC_PH_TRF3 | 19 | Mesures de santé publique / COVID |
| SPA_PREVAC_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| SPA_PREVAC_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| SPA_PREVAC_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

Cohésion sociale

| | | |
|--|----------------|---|
| SPA_12 | SPA_COHES_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...? | | |
| VERY_STRONG | 1 | Très fort |
| SOMEWHAT_STRONG | 2 | Plutôt fort |
| SOMEWHAT_WEAK | 3 | Plutôt faible |
| VERY_WEAK | 4 | Très faible |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

SPA_END

Trouble d'anxiété généralisée (GAD)

A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7

Robert L. Spitzer, MD; Kurt Kroenke, MD; Janet B. W. Williams, DSW; Bernd Löwe, MD, PhD ARCH INTERN MED/VOL 166, MAY 22, 2006, 1092

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module proviennent du test GAD-7 qui mesure combien la personne a été dérangée par un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension, par l'impossibilité d'arrêter de s'inquiéter ou de contrôler ses inquiétudes, par des inquiétudes excessives à propos de tout et de rien, par de la difficulté à se détendre, par une agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille, en devenant facilement contrarié(e) ou irritable, et en ayant peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver.</p> <p>Importance du module : Le trouble d'anxiété généralisée interfère avec le fonctionnement quotidien, y compris le travail ou l'école, les activités sociales et les relations avec d'autres personnes. Il augmente également le risque de toxicomanie et de troubles de l'alimentation.</p> |
|---------------|--|

Nous allons vous poser plusieurs questions générales sur votre santé mentale au fil de l'entrevue d'aujourd'hui. Certaines de ces questions peuvent vous paraître semblables, mais elles s'intéressent à des aspects légèrement différents de la santé qui sont tous essentiels pour déterminer le bien-être général de nos participants. Veuillez faire de votre mieux pour répondre à ces questions sans tenir compte de vos réponses aux questions précédentes.

| GAD_1 | | | | | | | |
|---|---|---------------|------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? | | | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | | | |
| | | JAMAIS | PLUSIEURS JOURS | PLUS DE LA MOITIÉ DES JOURS | PRESQUE TOUS LES JOURS | [NE PAS LIRE] NSP / RF | [NE PAS LIRE] Refus |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| GAD_NERV_TRF3 | Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension | | | | | | |
| GAD_STPWOR_TRF3 | Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes | | | | | | |
| GAD_WORRTO_TRF3 | Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien | | | | | | |
| GAD_RELAX_TRF3 | Difficulté à se détendre | | | | | | |
| GAD_RESTLS_TRF3 | Agitation telle qu'il est difficile de rester | | | | | | |

| | tranquille | | | | | | |
|-----------------|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| | | JAMAIS | PLUSIEURS JOURS | PLUS DE LA MOITIÉ DES JOURS | PRESQUE TOUS LES JOURS | [NE PAS LIRE] NSP / RF | [NE PAS LIRE] Refus |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 8 | 9 |
| GAD_ANNOY_TRF3 | Devenir facilement contrarié(e) ou irritable | | | | | | |
| GAD_AFRAID_TRF3 | Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver | | | | | | |

$$\text{GAD_TOTAL_TRF3} = \text{GAD_NERV_TRF3} + \text{GAD_STPWOR_TRF3} + \text{GAD_WORRTO_TRF3} + \text{GAD_RELAX_TRF3} + \text{GAD_RESTLS_TRF3} + \text{GAD_ANNOY_TRF3} + \text{GAD_AFRAID_TRF3}$$

| GAD_2 | GAD_TOTAL2_TRF3 | |
|--|-----------------|---|
| [ASK IF GAD_TOTAL_TRF3 ≥ 1] | | |
| Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres? | | |
| NOT_DIFFICULT | 1 | Pas du tout difficile(s) |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 2 | Plutôt difficile(s) |
| VERY_DIFFICULT | 3 | Très difficile(s) |
| EXTREMELY_DIFFICULT | 4 | Extrêmement difficile(s) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

GAD_END

Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module est le premier de deux portant sur les soins reçus à la maison au cours des 12 derniers mois. Ce premier module demande au participant s'il a reçu des soins à domicile prodigués par des professionnels à cause d'un problème de santé qui a des répercussions sur ses activités quotidiennes. Le deuxième module traite de l'aide reçue des membres de la famille, des amis et des voisins.</p> <p>Dans le présent module, on demande au participant d'indiquer l'aide reçue des travailleurs ou d'organismes rémunérés pour diverses activités, comme les soins médicaux, les soins personnels, le ménage, le transport, etc. On lui demande également s'il a eu besoin de soins à domicile, mais ne les a pas reçus.</p> <p>Les soins à domicile officiels constituent un aspect important de la réforme des soins de santé. Le système de santé et la personne qui reçoit les soins peuvent tous deux y gagner si certains types de soins sont donnés à domicile plutôt que dans un hôpital ou dans un établissement spécialisé.</p> |
|---------------|--|

Maintenant, voici quelques questions sur les soins à domicile reçus en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant vos activités quotidiennes. Par services à domicile, on entend des soins de santé, des services d'entretien ménager ou d'autres services de soutien reçus à domicile. Veuillez inclure seulement les services donnés par des professionnels ou des travailleurs rémunérés.

| | |
|--|---|
| CR1_1 | CR1_PRO_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide professionnelle, de courte ou de longue durée, en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne, concernant l'une ou l'autre des activités suivantes? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : PAR AIDE PROFESSIONNELLE, NOUS PARLONS D'AIDE APPORTÉE PAR DES TRAVAILLEURS RÉMUNÉRÉS OU PAR DES ORGANISMES BÉNÉVOLES. INCLURE L'AIDE REÇUE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF. LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| CR1_PRO_PR_TRF3 | 01 Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles |
| CR1_PRO_MD_TRF3 | 02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| CR1_PRO_MG_TRF3 | 03 L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| CR1_PRO_MH_TRF3 | 04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| CR1_PRO_WK_TRF3 | 05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| CR1_PRO_TR_TRF3 | 06 Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| CR1_PRO_PT_TRF3 | 07 Physiothérapie |
| CR1_PRO_TA_TRF3 | 08 Entraînement et adaptation |
| CR1_PRO_MB_TRF3 | 09 Mobilité |
| CR1_PRO_FM_TRF3 | 10 Gestion financière |
| CR1_PRO_NONE_TRF3 | 96 Aucune |
| CR1_PRO_OTSP_TRF3 | 97 Autre : _____ |
| CR1_PRO_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| CR1_PRO_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| CR1_1a | CR1_IMPT_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PRO_TRF3 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION] | | |
| Lequel des services professionnels que vous avez mentionnés est le plus important pour vous? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS ÉGALEMENT, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NOTE POUR LA PROGRAMMATION : REMETTRE SEULEMENT LES RÉPONSES SÉLECTIONNÉES À LA QUESTION CR1_PRO_TRF3 | | |
| PR | 01 | Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles |
| MD | 02 | Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| MG | 03 | L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| MH | 04 | La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| WK | 05 | L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| TR | 06 | Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| PT | 07 | Physiothérapie |
| TA | 08 | Entraînement et adaptation |
| MB | 09 | Mobilité |
| FM | 10 | Gestion financière |
| OTSP1 | 97 | Autre |

| | | |
|---|---------------|--|
| CR1_2 | CR1_MOST_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PRO_TRF3 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION] | | |
| Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NOTE POUR LA PROGRAMMATION : REMETTRE SEULEMENT LES RÉPONSES SÉLECTIONNÉES À LA QUESTION CR1_PRO_TRF3 | | |
| PR | 01 | Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles |
| MD | 02 | Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| MG | 03 | L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| MH | 04 | La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| WK | 05 | L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| TR | 06 | Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| PT | 07 | Physiothérapie |
| TA | 08 | Entraînement et adaptation |
| MB | 09 | Mobilité |
| FM | 10 | Gestion financière |
| OTSP1 | 97 | Autre |

| | | |
|---|--------------|---|
| CR1_3 | CR1_PAY_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PRO_TRF3 ≠ NONE, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Avez-vous (ou quelqu'un d'autre faisant partie de votre famille) directement payé, en partie ou en totalité, pour l'aide que vous avez reçue? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| PAID_ALL_COST | 1 | Oui, nous avons payé la totalité des coûts |
| PAID_PART_COST | 2 | Oui, nous avons payé une partie des coûts |
| NO_COST_INVOLVED | 3 | Non, il n'y avait pas de coûts associés à cette aide (p. ex. donné par un bénévole ou inclus dans un régime d'assurance-soins médicaux) |
| DIDNT_PAY_COST | 4 | Non, nous n'avons pas payé les coûts associés à cette aide |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| CR1_3a | CR1_PAY_COST1_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PAY_TRF3 = PAID_ALL_COST OR PAID_PART_COST] | | |
| En moyenne, combien avez-vous déboursé personnellement, par mois, pour ces services au cours des 12 derniers mois? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU COÛT | | |
| | _____ \$ | |
| DK_NA | 99998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| CR1_4 | CR1_FRQ_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PRO_TRF3 ≠ NONE, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines est-ce que cette personne ou cet organisme vous a-t-il aidé? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=52) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| CR1_5 | CR1_HOUR_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CR1_PRO_TRF3 ≠ NONE, DK_NA OR REFUSED] | | |
| Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne ou cet organisme vous offrait-il cette aide? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT D'HEURES | | |
| | _____ (MASK: MIN=001, MAX=168) | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

CR1_END

Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module demande au participant s'il a reçu des services de soins à domicile au cours des 12 derniers mois. Il traite de l'aide fournie par des membres de la famille, des amis ou des voisins (aidants naturels) en raison d'un problème de santé qui a des répercussions sur ses activités quotidiennes.</p> <p>On demande au participant d'indiquer l'aide reçue pour diverses activités, comme les soins médicaux, les soins personnels, le ménage, le transport, etc.</p> <p>Le module porte sur divers sujets liés aux soins non officiels reçus à domicile, dont l'identité de la personne qui apporte l'aide, ainsi que la durée et l'intensité des soins reçus.</p> |
|---------------|--|

Les questions qui suivent portent sur les types d'aide reçue en raison d'un problème de santé ou de limitations. Veuillez inclure seulement l'aide reçue de la famille, d'amis ou de voisins.

| | |
|--|---|
| CR2_1 | CR2_FAM_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide à court ou à long terme de la part de la famille, d'amis ou de voisins en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne pour accomplir l'une ou l'autre des activités suivantes? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : INCLURE L'AIDE REÇUE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| CR2_FAM_PR_TRF3 | 01 Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles |
| CR2_FAM_MD_TRF3 | 02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| CR2_FAM_MG_TRF3 | 03 L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| CR2_FAM_MH_TRF3 | 04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| CR2_FAM_WK_TRF3 | 05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| CR2_FAM_TR_TRF3 | 06 Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| CR2_FAM_PT_TRF3 | 07 Physiothérapie |
| CR2_FAM_TA_TRF3 | 08 Entraînement et adaptation |
| CR2_FAM_CS_TRF3 | 09 Soutien social / émotionnel |
| CR2_FAM_MB_TRF3 | 10 Mobilité |
| CR2_FAM_MO_TRF3 | 11 Aide pécuniaire |
| CR2_FAM_FM_TRF3 | 12 Gestion financière |
| CR2_FAM_NONE_TRF3 | 96 Aucune |
| CR2_FAM_OTSP_TRF3 | 97 Autre : _____ |
| CR2_FAM_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| CR2_FAM_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| CR2_2 | CR2_NMBR_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, approximativement combien de personnes différentes (parmi votre famille, vos amis et vos voisins) vous ont-elles aidé? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=50) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| CR2_3 | CR2_WKALL_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines est-ce que cette ou ces personne(s) vous a-t-elle/ont-elles aidé? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des amis et des voisins dans votre estimation | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=52) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CR2_4 | CR2_HOUR_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette ou ces personne(s) vous offrai(en)t-elle(s) cette aide? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des amis et des voisins dans votre estimation. | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| | _____ (MASK: MIN=001, MAX=168) | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|--|
| CR2_5 | CR2_MOST_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION] | | |
| Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NOTE POUR LA PROGRAMMATION : REMETTRE SEULEMENT LES RÉPONSES SÉLECTIONNÉES À LA QUESTION CR2_FAM_TRF3 | | |
| PR | 01 | Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles |
| MD | 02 | Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| MG | 03 | L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| MH | 04 | La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| WK | 05 | L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| TR | 06 | Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| PT | 07 | Physiothérapie |
| TA | 08 | Entraînement et adaptation |
| CS | 09 | Soutien social / émotionnel |
| MB | 10 | Mobilité |
| MO | 11 | Aide pécuniaire |
| FM | 12 | Gestion financière |
| OTSP | 97 | Autre |

| | | |
|--|---------------|--------------------------------------|
| CR2_6 | CR2_PERS_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne qui a consacré le plus de temps et de ressources à vous aider avec cette activité [INSÉRER LA RÉPONSE DE CR2_MOST_TRF3; SI CR2_MOST_TRF3 A ÉTÉ SAUTÉE, INSÉRER LA RÉPONSE DE CR2_FAM_TRF3] . | | |
| Est-ce que la personne qui vous a aidé le plus... | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LIVING_IN_HOUSEHOLD | 1 | Habite dans votre ménage |
| LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD | 2 | Habite à l'extérieur de votre ménage |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|--|
| CR2_6a | CR2_PERS_FAR_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_PERS_TRF3 = LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD] | | |
| À combien d'heures ou de minutes de voiture cette personne habite-t-elle de chez vous? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| HOURS | _____ heures | |
| MINUTES | _____ minutes | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---------------------|
| CR2_7 | CR2_GNDR_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Est-ce que la personne qui vous a aidé le plus est de sexe masculin ou de sexe féminin? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| MALE | 1 | De sexe masculin |
| FEMALE | 2 | De sexe féminin |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---------------------|
| CR2_8 | CR2_AGE_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Quel âge a cette personne? _____ (MASK: MIN=003, MAX=110) | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| CR2_9 | CR2_RELN_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre... | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HUSBAND_WIFE | 01 | Époux / épouse |
| COMMON_LAW | 02 | Partenaire en union libre |
| FATHER_MOTHER | 03 | Père / mère |
| SON_DAUGHTER | 04 | Fils / fille |
| BROTHER_SISTER | 05 | Frère / sœur |
| GRAND_PARENTS | 06 | Grand-père / grand-mère |
| GRAND_CHILD | 07 | Petit-fils / petite-fille |
| FATHER_MOTHER_IN_LAW | 08 | Beau-père / belle-mère |
| SON_DAUGHTER_IN_LAW | 09 | Beau-fils / belle-fille |
| BROTHER_SISTER_IN_LAW | 10 | Beau-frère / belle-sœur |
| OTHER_RELATIVE | 11 | Autre parent |
| FRIEND | 12 | Ami |
| NEIGHBOUR | 13 | Voisin |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| CR2_10 | CR2_DUR_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Depuis combien de temps recevez-vous de l'aide de cette personne? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_6_MONTHS | 1 | Moins de 6 mois |
| 6_12_MONTHS | 2 | Entre 6 et 12 mois (1 an) |
| 13_36_MONTHS | 3 | Entre 12 mois (1 an) et 36 mois (3 ans) |
| 37_60_MONTHS | 4 | Entre 36 mois (3 ans) et 60 mois (5 ans) |
| MORE_5_YEARS | 5 | Plus de 5 ans |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| CR2_11 | CR2_WKMST_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines avez-vous reçu de l'aide de la part de cette personne? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES | | |
| _____ (MASK: MIN=01, MAX=52) | | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| CR2_12 | CR2_HRWK_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CR2_FAM_TRF3 ≠ CR2_FAM_NONE_TRF3, CR2_FAM_DK_NA_TRF3 OR CR2_FAM_REFUSED_TRF3] | | |
| Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne vous offrait-il(elle) de l'aide? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT D'HEURES | | |
| _____ (MASK: MIN=001, MAX=168) | | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| CR2_13 | CR2_DEVC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| <p>NOTES À L'INTERVIEWEUR : Une définition couramment utilisée par les spécialistes des technologies d'assistance provient de la loi de 2004 sur les technologies d'assistance des États-Unis (Public Law 108-364) (Congrès du gouvernement des États-Unis, 2004). La Loi définit un appareil fonctionnel technologique comme tout « article, pièce d'équipement ou système, qu'il soit acheté dans un commerce, modifié ou personnalisé, utilisé pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes handicapées. »</p> <p>Les appareils fonctionnels et technologies d'assistance ont pour objectif principal de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'un individu afin de faciliter sa participation et d'améliorer son bien-être général. Ils peuvent également aider à prévenir les déficiences et les problèmes de santé secondaires. Voici quelques exemples d'appareils fonctionnels et de technologies d'assistance : les fauteuils roulants, les prothèses, les appareils auditifs, les aides visuelles et les logiciels et matériels informatiques spécialisés qui augmentent la mobilité, l'audition, la vision ou la communication.</p> | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un des appareils fonctionnels ou technologies d'assistance suivants? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| CR2_DEVC_CN_TRF3 | 01 | Béquilles, canne ou bâton de marche |
| CR2_DEVC_WC_TRF3 | 02 | Chaise roulante |
| CR2_DEVC_SC_TRF3 | 03 | Triporteur / quadriporteur |
| CR2_DEVC_WK_TRF3 | 04 | Marchette |
| CR2_DEVC_LG_TRF3 | 05 | Attelle ou appareil de support pour le cou, le dos ou la jambe |
| CR2_DEVC_HD_TRF3 | 06 | Attelle pour la main ou le bras |
| CR2_DEVC_BR_TRF3 | 07 | Barres d'appui |
| CR2_DEVC_BT_TRF3 | 08 | Matériel pour la salle de bain |
| CR2_DEVC_LT_TRF3 | 09 | Aide au soulèvement du bain ou du lit ou autres appareils de soulèvement |
| CR2_DEVC_GR_TRF3 | 10 | Appareil de préhension ou rallonges pour récupérer des objets |
| CR2_DEVC_UT_TRF3 | 11 | Ustensiles spéciaux pour manger |
| CR2_DEVC_AL_TRF3 | 12 | Alarme personnelle |
| CR2_DEVC_MD_TRF3 | 13 | Distributeur de médicaments |
| CR2_DEVC_RA_TRF3 | 14 | Assistant robotisé |
| CR2_DEVC_RP_TRF3 | 15 | Prothèse robotique |
| CR2_DEVC_MA_TRF3 | 16 | Aide-mémoires tels que minuteriers, horloges |
| CR2_DEVC_GT_TRF3 | 17 | Dispositif de localisation GPS |
| CR2_DEVC_FA_TRF3 | 18 | Système d'alerte en cas de chute |
| CR2_DEVC_VA_TRF3 | 19 | Assistant virtuel tel que Google Nest ou Alexa d'Amazon |
| CR2_DEVC_TW_TRF3 | 20 | Fauteuil roulant muni de différentes technologies |
| CR2_DEVC_VR_TRF3 | 21 | Reconnaissance vocale, logiciel de reconnaissance vocale et de synthèse vocale |
| CR2_DEVC_WT_TRF3 | 22 | Technologies portables telles que les montres intelligentes pour la surveillance à distance ou la communication |
| CR2_DEVC_MS_TRF3 | 23 | Logiciel d'agrandissement |
| CR2_DEVC_VO_TRF3 | 24 | Lecteurs d'écran |
| CR2_DEVC_VC_TRF3 | 25 | Aides visuelles à la communication telles qu'un iPad ou une tablette |
| CR2_DEVC_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucun |
| CR2_DEVC_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| CR2_DEVC_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| CR2_DEVC_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

CR2_END

Prestation de soins (CAG)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Dans ce module, on demande au participant s'il a aidé d'autres personnes ayant un problème de santé ou une limitation au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Le module porte sur divers sujets liés à l'aide prodiguée aux autres, dont le type d'aide prodiguée, le nombre total de personnes aidées, des renseignements sur la personne à laquelle le plus d'aide a été apportée, les répercussions de l'aide prodiguée sur le travail et la santé, ainsi que les aspects positifs et négatifs du fait de prodiguer de l'aide.</p> <p>Les renseignements obtenus dans le présent module serviront à fournir de l'information sur la prestation de soins ainsi que sur les caractéristiques des situations impliquant des aidants naturels.</p> |
|---------------|--|

Les questions suivantes portent sur les formes d'aide que vous avez pu apporter à des personnes qui ont ou avaient un problème de santé ou des limitations. Veuillez inclure seulement l'aide apportée à des membres de votre famille, des amis et d'autres personnes vivant à l'intérieur ou à l'extérieur de votre ménage. N'incluez pas l'aide apportée comme bénévole pour une organisation ou dans le cadre d'un emploi rémunéré.

| CAG_1 | CAG_HLT_TRF3 |
|---|--|
| [ALWAYS ASK] | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous apporté l'une ou l'autre des formes d'aide suivantes à une personne en raison d'un problème de santé ou de limitations? | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : INCLURE L'AIDE APPORTÉE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF OU EN RAISON DU VIEILLISSEMENT. LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| CAG_HLT_PR_TRF3 | 01 Des soins personnels tels que de l'aide pour prendre un bain, s'habiller, aller à la toilette, l'entretien de ses cheveux ou ses ongles |
| CAG_HLT_MD_TRF3 | 02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical |
| CAG_HLT_MG_TRF3 | 03 L'organisation et la planification de ses soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle |
| CAG_HLT_MH_TRF3 | 04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture |
| CAG_HLT_WK_TRF3 | 05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs |
| CAG_HLT_TR_TRF3 | 06 Le transport pour faire ses courses ou pour se rendre à ses rendez-vous médicaux ou à une activité sociale |
| CAG_HLT_CS_TRF3 | 07 Soutien social / émotionnel |
| CAG_HLT_MB_TRF3 | 08 Mobilité |
| CAG_HLT_MO_TRF3 | 09 Aide pécuniaire |
| CAG_HLT_FM_TRF3 | 10 Gestion financière |
| CAG_HLT_NONE_TRF3 | 96 [NE PAS LIRE] Aucune |
| CAG_HLT_OTSP_TRF3 | 97 Autre : _____ |
| CAG_HLT_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| CAG_HLT_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| CAG_2 | CAG_PPL_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à combien de personnes avez-vous apporté de l'aide en raison d'un problème de santé ou de limitations, y compris de l'aide financière? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : INCLUT TOUTES LES FORMES D'AIDE, PAS SEULEMENT L'AIDE FINANCIÈRE | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT. | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=50) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| CAG_3 | CAG_MOST_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne à qui vous avez consacré le plus de temps et de ressources à aider au cours des 12 derniers mois. Est-ce que la personne à qui vous avez apporté le plus d'aide... | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HOUSEHOLD | 1 | Habite dans votre ménage |
| ANOTHER_HOUSEHOLD | 2 | Habite à l'extérieur de votre ménage |
| HEALTH_CARE_INSTITUTION | 3 | Habite dans un établissement de soins de santé |
| DECEASED | 4 | Est décédée |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| CAG_4 | CAG_GNDR_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| La personne à qui vous apportez le plus d'aide est-elle de sexe masculin ou de sexe féminin? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| MALE | 1 | De sexe masculin |
| FEMALE | 2 | De sexe féminin |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| CAG_5 | CAG_RELN_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre... | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HUSBAND_WIFE | 01 | Époux / épouse |
| COMMON_LAW | 02 | Partenaire en union libre |
| FATHER_MOTHER | 03 | Père / mère |
| SON_DAUGHTER | 04 | Fils / fille |
| BROTHER_SISTER | 05 | Frère / sœur |
| GRAND_PARENTS | 06 | Grand-père / grand-mère |
| GRAND_CHILD | 07 | Petit-fils / petite-fille |
| FATHER_MOTHER_IN_LAW | 08 | Beau-père / belle-mère |
| SON_DAUGHTER_IN_LAW | 09 | Beau-fils / belle-fille |
| BROTHER_SISTER_IN_LAW | 10 | Beau-frère / belle-sœur |
| OTHER_RELATIVE | 11 | Autre parent |
| FRIEND | 12 | Ami |
| NEIGHBOUR | 13 | Voisin |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| CAG_6 | CAG_WEEK_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, pendant environ combien de semaines avez-vous apporté de l'aide à cette personne? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=52) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| CAG_7 | CAG_HRWK_NB_TRF3 | |
| [ASK IF CAG_HLT_TRF3 ≠ CAG_HLT_NONE_TRF3, CAG_HLT_DK_NA_TRF3 OR CAG_HLT_REFUSED_TRF3] | | |
| En moyenne, pendant environ combien d'heures par semaine avez-vous apporté de l'aide à cette personne? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT D'HEURES | | |
| | _____ (MASK: MIN=001, MAX=168) | |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

CAG_END

Blessures (INJ)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | Dans ce module, on demandera de l'information détaillée sur les circonstances et la nature de blessures, la perception du risque, l'adaptation et l'utilisation des services de soins de santé à la suite de la blessure. |
|---------------|---|

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur les blessures que vous auriez pu subir au cours des 12 derniers mois et qui étaient suffisamment graves pour limiter vos activités normales.

| | | |
|---|---------------------|---|
| INJ_1 | INJ_OCC_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure suffisamment grave pour limiter certaines de vos activités normales? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| INJ_2a | INJ_NMBR_NB_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| Combien de fois vous êtes-vous blessé(e) au cours des 12 derniers mois? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE BLESSURES | | |
| | _____ (MASK: MIN=01, MAX=30) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| INJ_2b | INJ_CAUS_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| Quelle était la cause de cette (ces) blessure(s)? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INJ_CAUS_FL_TRF3 | 01 | Chute |
| INJ_CAUS_VH_TRF3 | 02 | Accident de véhicule motorisé (y compris comme piéton) |
| INJ_CAUS_WK_TRF3 | 03 | Accident de travail |
| INJ_CAUS_NONE_TRF3 | 96 | Aucune de ces réponses |
| INJ_CAUS_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| INJ_CAUS_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| INJ_3 | INJ_HOW_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, qu'est-ce qui s'est passé? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ACCIDENT_DRIVER | 01 | Accident de la route (conducteur ou passager) |
| ACCIDENT_PEDESTRIAN | 02 | Accident de la route (piéton) |
| STRUCK_BY_OBJECT | 03 | Frappé par un objet |
| EXPLOSION | 04 | Explosion |
| NATURAL_FACTORS | 05 | Facteur naturel ou environnemental |
| SUFFOCATION | 06 | Suffocation |
| POISONING | 07 | Empoisonnement |
| ANIMAL_BITE | 08 | Morsure de serpent ou d'animal |
| FALL_SAME_LEVEL | 09 | Chute du même étage |
| FALL_HEIGHT | 10 | Chute d'une hauteur |
| FIRE | 11 | Feu / flammes |
| DROWNING | 12 | Noyade / submersion |
| HOT_CORROSIVE_LIQUIDS | 13 | Liquides ou substances chauds / corrosifs |
| CRUSH_INJURIES | 14 | Écrasement |
| MACHINERY | 15 | Accident impliquant de l'équipement / machines |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------|---|
| INJ_4 | INJ_WHR_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| Encore une fois, en pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, où étiez-vous lorsque vous vous êtes blessé(e)? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE, DEMANDER DES PRÉCISIONS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SI LE PARTICIPANT DIT « AU TRAVAIL » | | |
| HOME | 01 | Dans une maison ou aux alentours |
| INSTITUTION | 02 | Institution résidentielle |
| SCHOOL | 03 | École, collège, université (sauf les lieux de sport) |
| OTHER_INSTITUTION | 04 | Autre établissement (p. ex. église, hôpital, théâtre, édifice public) |
| ATHLETIC_AREA | 05 | Lieux de sport ou d'athlétisme (y compris les lieux de sports des écoles) |
| STREET | 06 | Rue, autoroute, trottoir |
| COMMERCIAL_AREA | 07 | Zone commerciale (p. ex. magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport) |
| CONSTRUCTION_AREA | 08 | Zone industrielle ou de construction |
| FARM | 09 | Entreprise agricole (sauf la maison de l'agriculteur et autour de la maison) |
| CONSERVATION | 10 | Aire de conservation ou lieu de plein air |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| INJ_5 | INJ_ACT_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| Encore une fois, en pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, que faisiez-vous lorsque vous avez été blessé(e)? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| SPORTS | 01 | Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires) |
| LEISURE | 02 | Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat) |
| WORKING | 03 | Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi) |
| HOUSEHOLD_CHORES | 04 | Tâches ménagères, ou autre cours ou travail non rémunéré |
| SLEEPING | 05 | Sommeil, repas, soins personnels |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|--|
| INJ_6 | INJ_TYPE_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_OCC_TRF3 = YES] | | |
| En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, quel genre de blessure était-ce? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| MULTIPLE_INJURIES | 01 | Blessures multiples |
| BROKEN_BONES | 02 | Fracture ou cassure |
| BURNS | 03 | Brûlure, brûlure chimique |
| DISLOCATION | 04 | Dislocation |
| SPRAIN | 05 | Entorse ou foulure (notamment des élongations ou déchirures musculo-squelettiques comme une hernie discale, des muscles ou des tendons déchirés, etc.) |
| CUT | 06 | Coupure |
| PUNCTURE | 07 | Perforation, morsure d'animal (plaie ouverte) |
| BRUISE | 08 | Éraflure |
| SCRAPE | 09 | Meurtrissure, cloque |
| CONCUSSION | 10 | Commotion ou autre traumatisme cérébral |
| POISONING | 11 | Empoisonnement |
| INJURY_INTERNAL_ORGANS | 12 | Lésion des organes internes |
| DISCOMFORT | 13 | Malaise ou inconfort |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| INJ_7 | INJ_BRKN_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_TYPE_TRF3 = MULTIPLE_INJURIES] | | |
| À cause de cette(ces) blessure(s), avez-vous subi une fracture ou une cassure de vos os? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|--|
| INJ_8 | INJ_SITE_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_TYPE_TRF3 = BROKEN_BONES OR INJ_BRKN_TRF3 = YES] | | |
| Quelle partie de votre corps a été fracturée? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INJ_SITE_ML_TRF3 | 01 | Parties multiples |
| INJ_SITE_EYE_TRF3 | 02 | Orbite de l'oeil |
| INJ_SITE_HD_TRF3 | 03 | Tête (sauf les yeux) |
| INJ_SITE_NE_TRF3 | 04 | Cou |
| INJ_SITE_SH_TRF3 | 05 | Épaule, bras |
| INJ_SITE_EL_TRF3 | 06 | Coude, avant-bras |
| INJ_SITE_WR_TRF3 | 07 | Poignet, main |
| INJ_SITE_HIP_TRF3 | 08 | Hanche |
| INJ_SITE_TH_TRF3 | 09 | Cuisse |
| INJ_SITE_KN_TRF3 | 10 | Genou, partie inférieure de la jambe |
| INJ_SITE_AN_TRF3 | 11 | Cheville, pied |
| INJ_SITE_UP_TRF3 | 12 | Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale |
| INJ_SITE_LO_TRF3 | 13 | Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale |
| INJ_SITE_CH_TRF3 | 14 | Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale) |
| INJ_SITE_AB_TRF3 | 15 | Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale) |
| INJ_SITE_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| INJ_SITE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| INJ_SITE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

INJ_END

Chutes (FAL)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur les chutes subies au cours des 12 derniers mois où le participant s'est blessé assez gravement pour limiter ses activités normales, en partie ou complètement. On demande aussi si le participant reçoit présentement des soins à la suite d'une chute et s'il a peur de tomber de nouveau.</p> <p>Les chutes représentent la plus fréquente cause de blessures chez les personnes âgées au Canada. Elles sont parmi les principales causes d'hospitalisation des aînés subissant une blessure. La peur de tomber et son lien potentiel avec une incapacité ou une diminution de la mobilité et des activités constituent un problème émergent de santé publique.</p> |
|---------------|---|

[PROGRAMMING NOTE :
THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF INJ_CAUS_TRF3=INJ_CAUS_FL_TRF3
OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT]

Vous avez indiqué avoir subi une blessure en raison d'une chute. Nous aimerions vous poser quelques questions sur des chutes que vous auriez pu faire au cours des 12 derniers mois. Nous nous intéressons aux chutes où vous vous êtes suffisamment fait mal pour limiter vos activités normales.

| | |
|--|--|
| FAL_1 | FAL_NMBR_NB_TRF3 |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | |
| Combien de fois êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois? | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE CHUTES. CONFIRMER LE NOMBRE AVEC LE PARTICIPANT <u>SI</u> CE DERNIER A CHUTÉ PLUS DE DIX FOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. | |
| _____ (MASK: MIN=01, MAX=30) | |
| DK_NA | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| FAL_2 | FAL_MOST_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | | |
| Quel a été votre plus grave blessure ou problème attribuable à une chute au cours des 12 derniers mois? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NO_SERIOUS_INJURY | 01 | Pas de blessure grave |
| SPRAIN | 02 | Entorse / foulure |
| BRUISES | 03 | Bleus |
| CUTS | 04 | Coupures |
| DISCOMFORT | 05 | Malaise ou inconfort |
| FRACTURE_HIP | 06 | Fracture de la hanche |
| FRACTURE_LEG | 07 | Fracture de la jambe |
| FRACTURE_ARM | 08 | Fracture du bras ou du poignet |
| FRACTURE_BACK | 09 | Fracture du dos / des vertèbres |
| HEAD_INJURY | 10 | Blessure à la tête |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| FAL_3a | FAL_ATT_N_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | | |
| Avez-vous reçu des soins médicaux par un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant cette blessure (attribuable à une chute)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| FAL_3b | FAL_HOSP_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | | |
| Avez-vous été hospitalisé(e) pour cette blessure? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------|---|
| FAL_3c | FAL_FU_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | | |
| Présentement, êtes-vous suivi(e) par un professionnel de la santé en raison d'une blessure attribuable à une chute que vous avez pu faire au cours des 12 derniers mois? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| FAL_4 | FAL_WHERE_TRF3 | |
| [ASK IF INJ_CAUS_TRF3 = INJ_CAUS_FL_TRF3 OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_SAME_LEVEL OR INJ_HOW_TRF3 = FALL_HEIGHT] | | |
| À quel endroit cette chute a-t-elle eu lieu? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| INSIDE_HOME | 1 | Dans votre maison |
| OUTSIDE_HOME | 2 | À l'extérieur de votre maison, mais à l'intérieur d'un immeuble |
| OUTDOORS | 3 | À l'extérieur |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|--|
| FAL_5 | FAL_HOW_TRF3 | |
| [ASK IF FAL_WHERE_TRF3 = INSIDE_HOME OR OUTSIDE_HOME] | | |
| Comment votre chute a-t-elle eu lieu? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| FELL_STANDING_WALKING | 01 | Vous avez trébuché pendant que vous étiez debout ou en marchant |
| FELL_STAIRS_STEPS | 02 | Vous êtes tombé(e) dans les marches ou un escalier |
| FELL_EXERCISING | 03 | Vous êtes tombé(e) en faisant de l'exercice (autre que la marche à pied) |
| FELL_HEIGHT | 04 | Vous êtes tombé(e) d'une hauteur de plus d'un mètre ou trois pieds (p. ex. échelle, arbre, toit) |
| FELL_FURNITURE | 05 | Vous êtes tombé(e) d'un meuble (p. ex. lit, chaise) |
| FELL_BATHTUB | 06 | Vous avez glissé dans la baignoire |
| FELL_SHOWER | 07 | Vous avez glissé en entrant ou en sortant de la douche |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|--|
| FAL_6 | FAL_HOW2_TRF3 | |
| [ASK IF FAL_WHERE_TRF3 = OUTDOORS] | | |
| Comment votre chute a-t-elle eu lieu? | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| FELL_STANDING_WALKING | 01 | Vous avez trébuché pendant que vous étiez debout ou en marchant |
| FELL_STAIRS_STEPS | 02 | Vous êtes tombé(e) dans les marches ou un escalier |
| FELL_EXERCISING | 03 | Vous êtes tombé(e) en faisant de l'exercice (autre que la marche à pied) |
| FELL_HEIGHT | 04 | Vous êtes tombé(e) d'une hauteur de plus d'un mètre ou trois pieds (p. ex. échelle, arbre, toit) |
| FELL_SNOW_ICE | 05 | Vous avez glissé sur la neige ou la glace |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

FAL_END

Retraite (RET)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur l'âge de la retraite, les principales raisons de la retraite, la participation à la vie active et la capacité de travailler.</p> <p>Ce module porte aussi sur la retraite partielle lorsque le participant a pris sa retraite, mais continue de travailler ou lorsqu'il est en retraite progressive.</p> <p>Il est important de comprendre les raisons sous-jacentes à la décision des personnes âgées au Canada de prendre leur retraite. Les renseignements recueillis dans ce module aideront à comprendre les raisons qui poussent les gens à prendre leur retraite et à savoir s'ils pourraient continuer de travailler par la suite.</p> |
|---------------|--|

Les prochaines questions portent sur votre expérience de la retraite.

| | | |
|--|----------------------|---|
| RET_1 | RET_RTRD_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_PAST = NOT_RETIRED or PARTLY_RETIRED] | | |
| RET_RTRD_PAST = use the first non-NULL value in (RET_RTRD_TRF2, RET_RTRD_TRF1, RET_RTRD_TRM) | | |
| En ce moment, vous considérez-vous complètement retraité(e), partiellement retraité(e) ou non-retraité(e)? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| COMPLETELY_RETIRED | 1 | Complètement retraité |
| PARTLY_RETIRED | 2 | Partiellement retraité |
| NOT_RETIRED | 3 | Non-retraité |
| NEVER_PAID | 4 | N'a jamais eu un emploi rémunéré |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| RET_2 | RET_RTRN_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_PAST = COMPLETELY_RETIRED] | | |
| RET_RTRD_PAST = use the first non-NULL value in (RET_RTRD_TRF2, RET_RTRD_TRF1, RET_RTRD_TRM) | | |
| Après la retraite, certaines personnes retournent travailler et prennent de nouveau leur retraite plus tard. Depuis votre dernière entrevue, avez-vous d'abord pris votre retraite, puis êtes-vous retourné(e) sur le marché du travail? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| RET_3 | RET_SPSE_TRF3 | |
| [ASK IF SDC_MRTL_TRF3 = COMMON_LAW] | | |
| Est-ce que votre époux(se) ou votre conjoint(e) de fait est retraité(e)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de votre expérience de la retraite depuis votre dernière entrevue.

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| RET_4 | RET_AGE_NB_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris votre retraite, complète ou partielle? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN | | |
| INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT A PRIS SA RETRAITE AVANT 40 ANS, INSCRIRE 40 | | |
| | _____ (MASK: MIN=40, MAX=CURRENT AGE) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| RET_4a | RET_SPSEAG_NB_TRF3 | |
| [ASK IF RET_SPSE_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge votre conjoint(e) / partenaire a-t-il(elle) pris sa retraite? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN | | |
| INTERVIEWEUR : SI LE CONJOINT / PARTENAIRE A PRIS SA RETRAITE AVANT 40 ANS, INSCRIRE 40. | | |
| | _____ (MASK: MIN=40, MAX=97) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| RET_5 | RET_WHY_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Les gens prennent leur retraite pour de nombreuses raisons. Quelles raisons, parmi les suivantes, ont motivé votre décision de prendre votre retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RET_WHY_CM_TRF3 | 01 | Vous aviez accumulé le nombre d'années de service requis pour être admissible à la retraite |
| RET_WHY_RE_TRF3 | 02 | La retraite était possible sur le plan financier |
| RET_WHY_HL_TRF3 | 03 | Raisons liées à la santé, au stress ou à une incapacité |
| RET_WHY_IN_TRF3 | 04 | Mesures spéciales d'encouragement à la retraite offertes par l'employeur |
| RET_WHY_OR_TRF3 | 05 | Restructuration organisationnelle ou poste supprimé |
| RET_WHY_PR_TRF3 | 06 | Devait prendre soin d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e) |
| RET_WHY_MD_TRF3 | 07 | Politique de retraite obligatoire de l'employeur |
| RET_WHY_HO_TRF3 | 08 | Vous vouliez vous adonner à vos passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt personnel |
| RET_WHY_ST_TRF3 | 09 | Vous vouliez arrêter de travailler |
| RET_WHY_AG_TRF3 | 10 | Un accord pris avec votre conjoint(e) ou partenaire |
| RET_WHY_NA_TRF3 | 11 | N'a jamais travaillé / parent ou époux(se) au foyer |
| RET_WHY_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RET_WHY_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RET_WHY_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|--|
| RET_6 | RET_DUEHLTH_TRF3 | |
| [ASK IF RET_WHY_TRF3 = RET_WHY_HL_TRF3] | | |
| Vous avez mentionné que vous aviez pris votre retraite en raison d'un problème de santé, de stress ou d'une incapacité. Était-ce à cause de votre santé physique, santé émotionnelle ou mentale, ou les deux? | | |
| PHYSICAL_HEALTH | 1 | Santé physique |
| MENTAL_HEALTH | 2 | Santé émotionnelle ou mentale (y compris le stress) |
| BOTH | 3 | À la fois, la santé physique et la santé émotionnelle ou mentale |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| RET_7 | RET_VOLUN_TRF3 | |
| [RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Diriez-vous que votre retraite était volontaire, c'est-à-dire que vous avez pris votre retraite au moment désiré? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| RET_8 | RET_PREP_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Avez-vous fait l'une ou l'autre des choses suivantes pour vous préparer à la retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RET_PREP_DH_TRF3 | 01 | Diminuer le nombre d'heures travaillées |
| RET_PREP_IH_TRF3 | 02 | Augmenter le nombre d'heures travaillées |
| RET_PREP_CJ_TRF3 | 03 | Changer d'emploi |
| RET_PREP_ILA_TRF3 | 04 | Augmenter les loisirs ou passe-temps |
| RET_PREP_ED_TRF3 | 05 | S'inscrire à un programme d'études ou de formation |
| RET_PREP_RSP_TRF3 | 06 | Planification financière (cotisation à un REER ou d'autres investissements) |
| RET_PREP_INV_TRF3 | 07 | Faire fructifier vos économies ou faire d'autres investissements |
| RET_PREP_POM_TRF3 | 08 | Rembourser l'hypothèque ou les dettes |
| RET_PREP_DLA_TRF3 | 09 | Déménager dans un logement plus petit |
| RET_PREP_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune |
| RET_PREP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RET_PREP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RET_PREP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| RET_9 | RET_PENSPL_TRF3 | |
| [RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Avant de prendre votre retraite, avez-vous déjà cotisé à un régime de retraite d'un employeur, autre que le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| RET_10 | RET_STDLIV_TRF3 | |
| [RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Avant de prendre votre retraite, est-ce que vous pensiez que le revenu et les investissements de votre ménage seraient suffisants pour maintenir votre niveau de vie? Diriez-vous qu'ils étaient... | | |
| ADEQUATE | 1 | Suffisants |
| BARELY_ADEQUATE | 2 | À peine suffisants |
| INADEQUATE | 3 | Insuffisants |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| RET_10a | RET_STDFNC_TRF3 | |
| [RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Comment décririez-vous votre niveau de vie financière à la retraite? | | |
| ADEQUATE | 1 | Adéquat |
| BARELY_ADEQUATE | 2 | À peine adéquat |
| INADEQUATE | 3 | Inadéquat |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|--|
| RET_11 | RET_BCKWRK_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRN_TRF3 = YES] | | |
| Quelles raisons, parmi les suivantes, ont motivé votre décision de retourner travailler après votre retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RET_BCKWRK_FC_TRF3 | 01 | Considérations d'ordre financier |
| RET_BCKWRK_CD_TRF3 | 02 | Les soins que vous donniez n'étaient plus requis |
| RET_BCKWRK_IH_TRF3 | 03 | Amélioration de votre état de santé |
| RET_BCKWRK_LW_TRF3 | 04 | Vous aimiez travailler/être actif(ve) |
| RET_BCKWRK_WO_TRF3 | 05 | Occasion intéressante |
| RET_BCKWRK_GR_TRF3 | 06 | Vous préférez prendre votre retraite graduellement |
| RET_BCKWRK_MC_TRF3 | 07 | Vous désiriez apporter une contribution |
| RET_BCKWRK_WC_TRF3 | 08 | Vous vouliez un défi |
| RET_BCKWRK_NL_TRF3 | 09 | Vous n'aimiez pas être à la retraite ou vous n'étiez pas prêt à prendre votre retraite |
| RET_BCKWRK_SR_TRF3 | 10 | Services demandés par un employeur précédent |
| RET_BCKWRK_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RET_BCKWRK_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RET_BCKWRK_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| RET_12 | RET_WKSAME_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRN_TRF3 = YES] | | |
| Était-ce pour le même employeur ou pour un employeur différent de celui avant votre retraite? | | |
| SAME_EMPLOYER | 1 | Le même employeur |
| DIFFERENT_EMPLOYER | 2 | Un employeur différent |
| OWN_BUSINESS | 3 | Travailleur autonome ou votre propre entreprise |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|--|
| RET_13 | RET_FOFTIME_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRN_TRF3 = YES] | | |
| Était-ce principalement un travail à temps plein ou à temps partiel? | | |
| FULL_TIME | 1 | Travail à temps plein |
| PART_TIME | 2 | Travail à temps partiel |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|--|
| RET_14 | RET_POCWORK_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRN_TRF3 = YES] | | |
| Était-ce un travail permanent ou contractuel? | | |
| PERMANENT_WORK | 1 | Travail permanent |
| CONTRACT_WORK | 2 | Travail contractuel |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

RET_END

Participation à la population active avant la retraite (LFP)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | Ce module sera seulement visible aux participants qui sont partiellement ou complètement retraités. Les questions portent sur le dernier emploi occupé avant la retraite partielle ou complète. |
|---------------|---|

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED

Les questions qui suivent portent sur le dernier emploi que vous avez occupé avant de prendre votre retraite / retraite partielle.

| | | |
|---|--|---|
| LFP_1 | LFP_LAST_NB_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| En quelle année avez-vous occupé un emploi rémunéré, dirigé une entreprise ou exploité une ferme pour la dernière fois? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE L'ANNÉE EXACTE. | | |
| | _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH + 40, MAX=CURRENT YEAR) [NOTE: DATA MAY LOOK DIFFERENT DUE TO PROGRAMMING REQUIREMENTS] | |
| DK_NA | 9998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|---|
| LFP_2 | LFP_YRS_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Pendant combien d'années avez-vous travaillé à cet emploi? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_YEAR | 1 | Moins d'un an |
| 1_3_YEARS | 2 | Entre 1 an et moins de 3 ans |
| 3_5_YEARS | 3 | Entre 3 ans et moins de 5 ans |
| 5_MORE_YEARS | 4 | 5 ans ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| LFP_3 | LFP_HRWK_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Si vous pensez au dernier emploi que vous avez occupé avant de prendre votre retraite, environ combien d'heures par semaine travailliez-vous? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| EMPLOYED_ALL_TIME | 1 | Employé à temps plein (c'est-à-dire 30+ heures/semaine) |
| EMPLOYED_MOST_TIME | 2 | Employé à mi-temps (c'est-à-dire moins de 30 heures, mais plus de 20 heures/semaine) |
| EMPLOYED_SOME_TIME | 3 | Employé à temps partiel (c'est-à-dire moins de 20 heures/semaine) |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| LFP_4 | LFP_SCHD_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'horaire du travail que vous aviez à ce moment-là? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAYTIME | 01 | Horaire de jour ou quart de travail de jour |
| EVENING | 02 | Quart de travail de soir |
| NIGHT | 03 | Quart de travail de nuit |
| ROTATING | 04 | Quart de travail rotatif, changeant périodiquement de jour à soir à nuit |
| SEASONAL | 05 | Saisonnier, sur appel ou occasionnel, pas d'horaire préétabli, mais appelé quand le besoin augmente |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---------------------|
| LFP_5 | LFP_TYPE_SP_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Quel type d'emploi aviez-vous? | | |
| INSCRIRE TEXTUELLEMENT, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE | | |
| | <hr/> <hr/> <hr/> | |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---------------------|
| LFP_6 | LFP_IND_SP_TRF3 | |
| [ASK IF RET_RTRD_TRF3 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED] | | |
| Dans quel secteur d'entreprise ou d'industrie travailliez-vous? | | |
| INSCRIRE TEXTUELLEMENT, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE | | |
| LFP_IND_SP_TRF3 | <hr/> <hr/> <hr/> | |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

LFP_END

Population active (LBF)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Ce module comprend de nombreuses questions reliées à la vie professionnelle du participant, y compris s'il travaille, est au chômage ou est à la retraite. Il y a aussi des questions sur la profession, les raisons de ne pas travailler et l'horaire de travail habituel.</p> <p>Il existe de nombreux liens entre l'emploi et la santé. Par exemple, le chômage peut causer diverses maladies associées au stress, tandis que certaines professions sont plus susceptibles que d'autres de causer des lésions en raison des mouvements répétitifs.</p> |
|---------------|--|

Les questions suivantes portent sur vos activités de travail présentes et passées.

| | |
|---|---|
| LBF_1 | LBF_CURR_TRF3 |
| [ASK IF RET_RTRN_TRF3 = YES OR RET_RTRD_TRF3 = PARTLY_RETIRED OR NOT_RETIRED] | |
| Travaillez-vous actuellement? Ceci inclut les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, le travail autonome et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées. | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| LBF_2 | LBF_MANY_TRF3 |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | |
| Travaillez-vous actuellement à plusieurs emplois? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|--|
| LBF_3 | LBF_STTS_TRF3 |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | |
| Quel est votre statut de travail actuel? Si vous êtes un travailleur autonome, choisissez le temps plein ou le temps partiel selon ce qui s'applique à votre situation. | |
| EMPLOYED_ALL_TIME | 1 Employé à temps plein (c'est-à-dire 30+ heures/semaine) |
| EMPLOYED_MOST_TIME | 2 Employé à mi-temps (c'est-à-dire moins de 30 heures, mais plus de 20 heures/semaine) |
| EMPLOYED_SOME_TIME | 3 Employé à temps partiel (c'est-à-dire moins de 20 heures/semaine) |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| LBF_4 | LBF_SCHD_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | | |
| Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAYTIME | 01 | Horaire de jour ou quart de travail de jour |
| EVENING | 02 | Quart de travail de soir |
| NIGHT | 03 | Quart de travail de nuit |
| ROTATING | 04 | Quart de travail rotatif, changeant périodiquement de jour à soir à nuit |
| SEASONAL | 05 | Saisonnier, sur appel ou occasionnel, pas d'horaire préétabli, mais appelé quand le besoin augmente |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|----------------------------|
| LBF_5 | LBF_TYPE_NB_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | | |
| Quel type d'emploi avez-vous? | | |
| INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES. TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE. | | |
| | _____ | |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|----------------------------|
| LBF_6 | LBF_BUSN_NB_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | | |
| Dans quel secteur d'entreprise ou d'industrie travaillez-vous? | | |
| INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES. TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE. | | |
| | _____ | |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| LBF_7 | LBF_DURN_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | | |
| Depuis combien d'années travaillez-vous pour votre employeur actuel ou pour votre entreprise actuelle? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_YEAR | 1 | Moins d'un an |
| 1_3_YEARS | 2 | Entre 1 an et moins de 3 ans |
| 3_5_YEARS | 3 | Entre 3 ans et moins de 5 ans |
| 5_MORE_YEARS | 4 | 5 ans ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| LBF_8 | LBF_RSN_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = NO] | | |
| Qu'est-ce qui décrit le mieux la raison pour laquelle vous ne travaillez pas? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| UNABLE_WORK | 01 | Incapable de travailler pour cause de maladie ou d'incapacité |
| LOOKING_AFTER_FAMILY | 02 | S'occupe de la famille |
| STUDENT | 03 | Étudiant |
| UNEMPLOYED | 04 | Sans emploi |
| UNPAID_WORK | 05 | Fait du travail bénévole ou non rémunéré |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| LBF_9 | LBF_UNEM_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = NO] | | |
| Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU TEMPS EXACT. | | |
| LBF_UNEM_WK_TRF3 | _____ | SEMAINES (MASK: MIN=00, MAX=52) |
| LBF_UNEM_MT_TRF3 | _____ | MOIS (MASK: MIN=00, MAX=12) |
| LBF_UNEM_YR_TRF3 | _____ | ANNÉES (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

LBF_END

Planification de la retraite (RPL)

| | | |
|---|--|--|
| RPL_1 | RPL_AGE_TRF3 | |
| [ASK IF LBF_CURR_TRF3 = YES] | | |
| À quel âge prévoyez-vous prendre votre retraite? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE L'ÂGE EXACT | | |
| NB | _____ (MASK: MIN=CURRENT AGE, MAX=100) | |
| NOT_APPLICABLE | 996 | [NE PAS LIRE] Sans objet, ne prévoit pas prendre sa retraite |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|--|
| RPL_2 | RPL_WHYNT_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 = NOT_APPLICABLE OR DK_NA] | | |
| [Si non] Est-ce parce que : | | |
| NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| HAVE_NOT_PLANNED_FOR_RETIREMENT | 01 | Vous n'y avez pas songé ou vous n'avez pas planifié votre retraite |
| PLAN_TO_CONTINUE_WORKING | 02 | Vous comptez travailler aussi longtemps que vous en serez capable |
| CANT_AFFORD_TO_RETIRE | 03 | Vous n'avez pas les moyens de prendre votre retraite |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------|--|
| RPL_3 | RPL_RSN_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 = GREATER THAN 65] | | |
| L'âge de 65 ans est souvent considéré comme l'âge normal de départ à la retraite, même si plusieurs Canadiens et Canadiennes prennent leur retraite plus tôt ou plus tard. | | |
| Quelles sont les raisons qui vous poussent à travailler après 65 ans? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RPL_RSN_FIN_TRF3 | 01 | Besoin financier |
| RPL_RSN_ENJ_TRF3 | 02 | Relations sociales |
| RPL_RSN_HLT_TRF3 | 03 | Ma santé me permet de continuer à travailler |
| RPL_RSN_LIK_TRF3 | 04 | J'aime travailler/être actif |
| RPL_RSN_INT_TRF3 | 05 | Occasion intéressante |
| RPL_RSN_RWD_TRF3 | 06 | Perspective d'emploi avantageuse financièrement |
| RPL_RSN_COL_TRF3 | 07 | Je peux continuer à travailler et à recevoir des prestations de retraite |
| RPL_RSN_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RPL_RSN_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RPL_RSN_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| RPL_4 | RPL_MOST_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_RSN_TRF3 = MORE THAN 1 RESPONSE OPTION] | | |
| Selon vous, quelle est la raison principale qui vous pousse à continuer à travailler? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| FINANCIAL_NEED | 01 | Besoin financier |
| ENJOY_WORK | 02 | Relations sociales |
| HEALTH_ALLOW | 03 | Ma santé me permet de continuer à travailler |
| LIKE_WORK | 04 | J'aime travailler/être actif |
| WORK_OPPORTUNITY | 05 | Occasion intéressante |
| FINANCIAL_REWARD | 06 | Perspective d'emploi avantageuse financièrement |
| COLLECT_BENEFIT | 07 | Je peux continuer à travailler et à recevoir des prestations de retraite |
| OTSP | 97 | Autre : _____ |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| RPL_5 | RPL_PREP_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 ≠ NOT_APPLICABLE OR DK_NA OR REFUSED] | | |
| Avez-vous fait l'une ou l'autre des choses suivantes pour vous préparer à la retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RPL_PREP_DH_TRF3 | 01 | Diminuer le nombre d'heures travaillées |
| RPL_PREP_IH_TRF3 | 02 | Augmenter le nombre d'heures travaillées |
| RPL_PREP_CJ_TRF3 | 03 | Changer d'emploi |
| RPL_PREP_IPA_TRF3 | 04 | Augmenter l'activité physique |
| RPL_PREP_ILA_TRF3 | 05 | Augmenter les loisirs ou passe-temps |
| RPL_PREP_ED_TRF3 | 06 | S'inscrire à un programme d'études ou de formation |
| RPL_PREP_RET_TRF3 | 07 | S'informer sur la retraite |
| RPL_PREP_RSP_TRF3 | 08 | Planification financière (cotisation à un REER ou d'autres investissements) |
| RPL_PREP_INV_TRF3 | 09 | Faire fructifier vos économies ou faire d'autres investissements |
| RPL_PREP_POM_TRF3 | 10 | Rembourser l'hypothèque ou les dettes |
| RPL_PREP_DLA_TRF3 | 11 | Déménager dans un logement plus petit |
| RPL_PREP_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune |
| RPL_PREP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RPL_PREP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RPL_PREP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| RPL_6 | RPL_PENSPL_TRF3 | |
| [RET_RTRD_TRF3 = NOT_RETIRED] | | |
| Avez-vous déjà cotisé à un régime de retraite d'un employeur, autre que le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| RPL_7 | RPL_STDLIV_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 ≠ NOT_APPLICABLE OR DK_NA OR REFUSED] | | |
| Avant de prendre votre retraite, est-ce que vous pensiez que le revenu et les investissements de votre ménage seraient suffisants pour maintenir votre niveau de vie? Diriez-vous qu'ils étaient... | | |
| ADEQUATE | 1 | Suffisants |
| BARELY_ADEQUATE | 2 | À peine suffisants |
| INADEQUATE | 3 | Insuffisants |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|--|
| RPL_8 | RPL_WHYP_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 ≠ NOT_APPLICABLE OR DK_NA OR REFUSED] | | |
| Les gens prennent leur retraite pour de nombreuses raisons. Quelle(s) raison(s), parmi les suivantes, pourrai(en)t motiver votre décision de prendre votre retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RPL_WHYP_PC_TRF3 | 01 | Devoir prendre soin d'un membre de la famille |
| RPL_WHYP_AR_TRF3 | 02 | Avoir des revenus suffisants pour la retraite (p. ex. : pensions, investissements) |
| RPL_WHYP_MP_TRF3 | 03 | Politique de retraite obligatoire de l'employeur |
| RPL_WHYP_EP_TRF3 | 04 | Mesures d'encouragement hâtif à la retraite offertes par l'employeur |
| RPL_WHYP_JE_TRF3 | 05 | Poste supprimé et ne veut pas recommencer à nouveau |
| RPL_WHYP_WS_TRF3 | 06 | Volonté d'arrêter de travailler |
| RPL_WHYP_SD_TRF3 | 07 | Volonté de commencer une nouvelle carrière ou d'avoir un emploi à temps partiel |
| RPL_WHYP_HL_TRF3 | 08 | Raisons liées à la santé/handicap/stress |
| RPL_WHYP_HO_TRF3 | 09 | Désir de s'adonner à des passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt personnel |
| RPL_WHYP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RPL_WHYP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RPL_WHYP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| RPL_9 | RPL_INFSP_TRF3 | |
| [ASK IF RPL_AGE_TRF3 ≠ NOT_APPLICABLE OR DK_NA OR REFUSED AND MARITAL STATUS = COMMON_LAW] | | |
| Parfois, les raisons qui motivent la décision de prendre sa retraite sont influencées par leur époux(se) ou conjoint(e) de fait. Quelle(s) raison(s), parmi les suivantes, pourrai(en)t motiver votre décision de prendre votre retraite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| RPL_INFSP_SH_TRF3 | 01 | La santé de votre époux(se) ou conjoint(e) de fait |
| RPL_INFSP_SI_TRF3 | 02 | Les revenus pour la retraite de votre époux(se) ou conjoint(e) de fait |
| RPL_INFSP_PS_TRF3 | 03 | La pression de votre époux(se) ou conjoint(e) de fait pour continuer ou cesser de travailler |
| RPL_INFSP_TSR_TRF3 | 04 | Le moment où votre époux(se) conjoint(e) de fait prend sa retraite |
| RPL_INFSP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| RPL_INFSP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| RPL_INFSP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

RPL_END

Revenu (INC)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Dans ce module, on demande au participant d'indiquer son revenu individuel et celui du ménage. Les questions de ce module visent à déterminer toutes les sources de revenus du participant et de son ménage, de même que la principale source dans chaque cas.</p> <p>Des questions de suivi sont posées au sujet des prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec. Comme la situation financière ne se limite pas uniquement au revenu, on demande également aux participants d'estimer la valeur de leurs économies et de leurs placements, à l'exclusion de la valeur de leur résidence principale et des régimes de retraite des employeurs. On demande en outre aux participants si leur revenu couvre leurs dépenses de première nécessité.</p> <p>Il s'agit là d'un sujet délicat, mais ces renseignements sont importants pour l'étude des tendances et des comportements liés à la santé. Même si les régimes d'assurance couvrent une vaste part des coûts des soins de santé au Canada, le revenu joue quand même un rôle important sur la santé des gens, en particulier dans le cas des Canadiens âgés. Les gens touchant des revenus inférieurs sont plus souvent en moins bonne santé, et les gens ont par ailleurs tendance à recourir au système de soins de santé de façon différente selon leurs divers niveaux de revenu.</p> |
|---------------|---|

La section suivante traite de votre revenu. Comme toutes les autres informations que vous nous avez données, vos réponses seront strictement confidentielles.

Revenu familial

| | | |
|---|----------------------|--|
| INC_1 | INC_SRCE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Si l'on pense au revenu total pour tous les membres de votre ménage, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INC_SRCE_WG_TRF3 | 01 | Salaires et traitements |
| INC_SRCE_SE_TRF3 | 02 | Revenu d'un travail autonome |
| INC_SRCE_IN_TRF3 | 03 | Dividendes et intérêts (p. ex. obligations, épargnes) |
| INC_SRCE_EI_TRF3 | 04 | Prestations d'assurance-emploi |
| INC_SRCE_CM_TRF3 | 05 | Indemnités d'accident du travail |
| INC_SRCE_BN_TRF3 | 06 | Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec |
| INC_SRCE_PN_TRF3 | 07 | Pensions de retraite d'un employeur et rentes |
| INC_SRCE_GV_TRF3 | 08 | REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistrés de revenu de retraite) |
| INC_SRCE_OLD_TRF3 | 09 | Sécurité de la vieillesse |
| INC_SRCE_GIS_TRF3 | 10 | Supplément de revenu garanti |
| INC_SRCE_WF_TRF3 | 11 | Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social |
| INC_SRCE_CH_TRF3 | 12 | Prestation pour enfants |

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| INC_1 | INC_SRCE_TRF3 (cont'd...) | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Si l'on pense au revenu total pour tous les membres de votre ménage, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INC_SRCE_SP_TRF3 | 13 | Pension alimentaire - aux enfants |
| INC_SRCE_AL_TRF3 | 14 | Pension alimentaire - au conjoint |
| INC_SRCE_CP_TRF3 | 15 | Gain en capital (p. ex. profits de la vente d'action) |
| INC_SRCE_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune |
| INC_SRCE_OTSP_TRF3 | 97 | Autre (p. ex. revenu de location, pension des Anciens combattants) |
| INC_SRCE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| INC_SRCE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|----------------------------|
| INC_2 | INC_FRST_TRF3 | |
| [ASK IF INC_SRCE_TRF3 HAS GREATER THAN 1 VARIABLE SELECTED] | | |
| Des sources de revenus que vous avez identifiées à la question précédente, quelles étaient les trois principales sources de revenu de votre ménage, en commençant par la plus élevée? [INSÉRER LA RÉPONSE DE INC_SRCE_TRF3]. | | |
| INC_FRST_TRF3 | 1 | Source la plus élevée |
| INC_SCND_TRF3 | 2 | 2e source la plus élevée |
| INC_THRD_TRF3 | 3 | 3e source la plus élevée |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------------|---|
| INC_3 | INC_TOT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous le revenu total du ménage incluant tous les membres de votre ménage, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LESS_20000 | 1 | Moins de 20 000 \$ |
| 20000_50000 | 2 | 20 000 \$ ou plus, mais moins de 50 000 \$ |
| 50000_100000 | 3 | 50 000 \$ ou plus, mais moins de 100 000 \$ |
| 100000_150000 | 4 | 100 000 \$ ou plus, mais moins de 150 000 \$ |
| 150000_MORE | 5 | 150 000 \$ ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| INC_4 | INC_PSRCE_TRF3 | |
|---|----------------|--|
| [ALWAYS ASK] | | |
| Si l'on pense à votre revenu personnel total, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INC_PSRCE_WG_TRF3 | 01 | Salaires et traitements |
| INC_PSRCE_SE_TRF3 | 02 | Revenu d'un travail autonome |
| INC_PSRCE_IN_TRF3 | 03 | Dividendes et intérêts (p. ex. obligations, épargnes) |
| INC_PSRCE_EI_TRF3 | 04 | Prestations d'assurance-emploi |
| INC_PSRCE_CM_TRF3 | 05 | Indemnités d'accident du travail |
| INC_PSRCE_BN_TRF3 | 06 | Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec |
| INC_PSRCE_PN_TRF3 | 07 | Pensions de retraite d'un employeur et rentes |
| INC_PSRCE_GV_TRF3 | 08 | REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistrés de revenu de retraite) |
| INC_PSRCE_OLD_TRF3 | 09 | Sécurité de la vieillesse |
| INC_PSRCE_GIS_TRF3 | 10 | Supplément de revenu garanti |
| INC_PSRCE_WF_TRF3 | 11 | Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social |
| INC_PSRCE_CH_TRF3 | 12 | Prestation pour enfants |
| INC_PSRCE_SP_TRF3 | 13 | Pension alimentaire - aux enfants |
| INC_PSRCE_AL_TRF3 | 14 | Pension alimentaire - au conjoint |
| INC_PSRCE_CP_TRF3 | 15 | Gain en capital (p. ex. profits de la vente d'action) |
| INC_PSRCE_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune |
| INC_PSRCE_OTSP_TRF3 | 97 | Autre (p. ex. revenu de location, pension des Anciens combattants) |
| INC_PSRCE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| INC_PSRCE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| INC_5 | INC_PFRST_TRF3 | |
|---|----------------|----------------------------|
| [ASK IF INC_PSRCE_TRF3 HAS GREATER THAN 1 VARIABLE SELECTED] | | |
| Des sources de revenus que vous avez identifiées à la question précédente, quelles étaient vos trois principales sources de revenu personnel, en commençant pas la plus élevée? [RECALL RESPONSE FROM INC_PSRCE_TRF3]. | | |
| INC_PFRST_TRF3 | 1 | Source la plus élevée |
| INC_PSCND_TRF3 | 2 | 2e source la plus élevée |
| INC_PTHRD_TRF3 | 3 | 3e source la plus élevée |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------|---|
| INC_6 | INC_PTOT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous votre revenu personnel total provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours des 12 derniers mois? [RECALL RESPONSE FROM INC_TOT_TRF2] | | |
| LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI INC_6/INC_PTOT_TRF3 > INC_3/INC_TOT_TRF3, ALORS DEMANDER : « CETTE QUESTION PORTE SUR VOTRE REVENU TOTAL PERSONNEL. VOUS NOUS AVEZ MENTIONNÉ QUE LE REVENU TOTAL DE VOTRE MÉNAGE EST INFÉRIEUR À VOTRE REVENU TOTAL PERSONNEL. POURRIEZ-VOUS NOUS INDICHER QUEL EST LE REVENU TOTAL DE VOTRE MÉNAGE ET VOTRE REVENU TOTAL PERSONNEL? INTERVIEWEUR : FAIRE LES CORRECTIONS, SI NÉCESSAIRE. | | |
| LESS_20000 | 1 | Moins de 20 000 \$ |
| 20000_50000 | 2 | 20 000 \$ ou plus, mais moins de 50 000 \$ |
| 50000_100000 | 3 | 50 000 \$ ou plus, mais moins de 100 000 \$ |
| 100000_150000 | 4 | 100 000 \$ ou plus, mais moins de 150 000 \$ |
| 150000_MORE | 5 | 150 000 \$ ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

INC_END

Utilisation des soins de santé (HCU)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Ce module porte sur divers sujets liés à l'utilisation des services de soins de santé, y compris si le participant a un médecin régulier, consulte des spécialistes ou consulte des praticiens de médecine non traditionnelle.</p> <p>Importance du module : Ce module est utile aux décideurs, aux planificateurs de soins de santé et aux chercheurs qui pourraient utiliser ces données pour comparer la manière dont différents groupes (p. ex. hommes versus femmes, citadins versus résidents ruraux) utilisent les services de soins de santé. Ces recherches peuvent permettre de déterminer quelles personnes ont besoin d'un meilleur accès aux soins de santé.</p> |
|---------------|---|

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les consultations que vous avez eues auprès des professionnels de la santé et votre utilisation du système de soins de santé au cours des 12 derniers mois.

| | | | | | | |
|---|-----------------|---|------------|-----------------|--------------------------|-----------|
| HCU_TRF3 | | | | | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un des professionnels de la santé suivants à propos de votre santé physique ou mentale? | | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : IL FAUT RÉPONDRE OUI / NON / NSP_PR / RF À CHAQUE QUESTION DU TABLEAU | | | | | | |
| | | | Oui | No n | NS P / PR | RF |
| HCU_1 | HCU_FAMPHY_TRF3 | Un omnipraticien, un médecin de famille | | | | |
| HCU_2 | HCU_SPEC_TRF3 | Un médecin spécialiste (comme un cardiologue, un gynécologue ou un ophtalmologiste) | | | | |
| HCU_3 | HCU_PSYCH_TRF3 | Un professionnel de la santé mentale (comme un psychologue ou un psychiatre) | | | | |
| HCU_4 | HCU_PHYSIO_TRF3 | Un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un chiropraticien | | | | |
| HCU_5 | HCU_NP_TRF3 | Un infirmier praticien | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|------------------|-----------|
| HCU_TRF3 | | | | | |
| Au cours des 12 derniers mois, <u>combien de fois</u> avez-vous consulté un des professionnels de la santé suivants à propos de votre santé physique ou mentale? | | | | | |
| [ASK IF ANY OF HCU_1 – HCU_5 = YES] | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT | | | | | |
| | | | INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=001, MAX=365) | NS P / PR | RF |
| HCU_1a | HCU_FAMPHY_NB_TRF3 [ASK IF HCU_FAMPHY_TRF3 = YES] | Un omnipraticien, un médecin de famille | | | |
| HCU_2a | HCU_SPEC_NB_TRF3 [ASK IF HCU_SPEC_TRF3 = YES] | Un médecin spécialiste (comme un cardiologue, un gynécologue ou un ophtalmologiste) | | | |
| HCU_3a | HCU_PSYCH_NB_TRF3 [ASK IF HCU_PSYCH_TRF3 = YES] | Un professionnel de la santé mentale (comme un psychologue ou un psychiatre) | | | |
| HCU_4a | HCU_PHYSIO_NB_TRF3 [ASK IF HCU_PHYSIO_TRF3 = YES] | Un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un chiropraticien | | | |
| HCU_5a | HCU_NP_NB_TRF3 [ASK IF HCU_NP_TRF3 = YES] | Un infirmier praticien | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------|---|--|--|--|
| HCU_6 | HCU_EMEREG_TRF3 | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été à l'urgence? | | | | | |
| YES | 1 | Oui | | | |
| NO | 2 | Non | | | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | | | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | | | |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| HCU_6a | HCU_EMEREG_NB_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_EMEREG_TRF3 = YES] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été à l'urgence? | | |
| | | INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=001, MAX=365) |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| HCU_7 | HCU_HLOVRNT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit comme patient(e) à l'hôpital (y compris à l'urgence)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| HCU_7a | HCU_HLOVRNT_NB_TRF3 | |
| [ASK HCU_HLOVRNT_TRF3 = YES] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une nuit comme patient(e) à l'hôpital (y compris à l'urgence)? | | |
| | | INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=001, MAX=365) |
| DK_NA | 998 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 999 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| HCU_8 | HCU_HAVEFAM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous un médecin de famille, un omnipraticien, un médecin généraliste ou un infirmier praticien que vous pouvez consulter pour des examens réguliers et lorsque vous êtes malade? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| HCU_9 | HCU_FAMQL_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_HAVEFAM_TRF3 = YES] | | |
| Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des services de soins de santé que vous recevez de votre médecin de famille, d'un omnipraticien ou d'un infirmier praticien? | | |
| EXCELLENT | 1 | Excellente |
| GOOD | 2 | Bonne |
| FAIR | 3 | Passable |
| POOR | 4 | Faible |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| HCU_10 | HCU_FAMAPP_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_HAVEFAM_TRF3 = YES] | | |
| Lorsque vous avez besoin de soins immédiats pour un problème de santé, combien de temps devez-vous habituellement attendre avant que vous puissiez avoir un rendez-vous avec votre médecin de famille, omnipraticien, infirmier praticien [ou un autre fournisseur de soins du même bureau]? | | |
| SAME_DAY | 1 | Le même jour |
| NEXT_DAY | 2 | Le lendemain |
| 2_3_DAYS | 3 | De 2 à 3 jours |
| 4_6_DAYS | 4 | De 4 à 6 jours |
| 1_2_WKS | 5 | De 1 à 2 semaines |
| 2_WKS_1_MO | 6 | Entre 2 semaines et un mois |
| 1_MO_PLUS | 7 | Un mois ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| HCU_11 | HCU_OFFHR_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_HAVEFAM_TRF3 = YES] | | |
| Si vous aviez besoin de soins médicaux en soirée, la fin de semaine ou un jour férié, à quel point serait-il facile ou difficile d'obtenir des soins sans aller à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence? | | |
| VERY_EASY | 1 | Très facile |
| SOMEWHAT_EASY | 2 | Quelque peu facile |
| SOMEWHAT_DIFFICULT | 3 | Quelque peu difficile |
| VERY_DIFFICULT | 4 | Très difficile |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| HCU_12 | HCU_COORD_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_HAVEFAM_TRF3 = YES] | | |
| En général, comment évalueriez-vous le niveau de coordination entre votre médecin de famille, omnipraticien, infirmier praticien et les autres professionnels de la santé qui vous fournissent des soins réguliers? Diriez-vous que la coordination est...? | | |
| EXCELLENT | 01 | Excellente |
| VERY_GOOD | 02 | Très bonne |
| GOOD | 03 | Bonne |
| FAIR | 04 | Passable |
| POOR | 05 | Mauvaise |
| NOT_APPLICABLE | 96 | Ne s'applique pas |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| HCU_13 | HCU_NOFAM_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_HAVEFAM_TRF3 = NO] | | |
| Pourquoi n'avez-vous PAS de médecin de famille, d'omnipraticien ou d'infirmier praticien? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| HCU_NOFAM_TAKE_TRF3 | 01 | Aucun ne prend de nouveau patient dans la région |
| HCU_NOFAM_AVAIL_TRF3 | 02 | Il n'y en a pas dans la région |
| HCU_NOFAM_CONT_TRF3 | 03 | N'a pas essayé d'en avoir un |
| HCU_NOFAM_LEFT_TRF3 | 04 | En avait un qui est parti ou s'est retiré |
| HCU_NOFAM_SWIT_TRF3 | 05 | A décidé d'utiliser une clinique de type sans rendez-vous, une clinique à l'hôpital, une clinique qui est plus facile d'utilisation ou d'accès, une clinique où le « service » est meilleur, etc. |
| HCU_NOFAM_EXP_TRF3 | 06 | Expérience négative avec un médecin de famille, un autre médecin ou le système de soins de santé |
| HCU_NOFAM_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| HCU_NOFAM_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| HCU_NOFAM_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| HCU_14 | HCU_FAMV_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_FAMPHY_TRF3 = NO and HCU_HAVEFAM_TRF3 = YES] | | |
| Pourquoi n'avez-vous PAS vu un médecin de famille, un omnipraticien ou un infirmier praticien au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| HCU_FAMV_NEED_TRF3 | 01 | Pas nécessaire |
| HCU_FAMV_APPT_TRF3 | 02 | Difficulté à obtenir un rendez-vous |
| HCU_FAMV_TRAN_TRF3 | 03 | Problème de transport |
| HCU_FAMV_LANG_TRF3 | 04 | Problèmes de langue |
| HCU_FAMV_CANC_TRF3 | 05 | Rendez-vous annulé ou reporté par le médecin ou l'infirmier praticien |
| HCU_FAMV_LEAV_TRF3 | 06 | Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé |
| HCU_FAMV_PERS_TRF3 | 07 | Responsabilités personnelles ou familiales |
| HCU_FAMV_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| HCU_FAMV_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| HCU_FAMV_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|--|
| HCU_15 | HCU_SPEV_TRF3 | |
| [ASK IF HCU_SPEC_TRF3 = NO] | | |
| Pourquoi n'avez-vous PAS vu un médecin spécialiste (comme un cardiologue, un gynécologue ou un ophtalmologiste) au cours des 12 derniers mois? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| HCU_SPEV_NEED_TRF3 | 01 | Pas nécessaire |
| HCU_SPEV_REFE_TRF3 | 02 | Difficulté à être référé vers le spécialiste |
| HCU_SPEV_APPT_TRF3 | 03 | Difficulté à obtenir un rendez-vous |
| HCU_SPEV_SPEC_TRF3 | 04 | Absence de spécialiste dans la région |
| HCU_SPEV_TRAN_TRF3 | 05 | Problème de transport |
| HCU_SPEV_LANG_TRF3 | 06 | Problèmes de langue |
| HCU_SPEV_PERS_TRF3 | 07 | Responsabilités personnelles ou familiales |
| HCU_SPEV_CANC_TRF3 | 08 | Rendez-vous annulé ou reporté par le spécialiste ou le médecin |
| HCU_SPEV_WAIT_TRF3 | 09 | Attend toujours le rendez-vous |
| HCU_SPEV_LEAV_TRF3 | 10 | Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé |
| HCU_SPEV_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| HCU_SPEV_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| HCU_SPEV_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| HCU_16 | HCU_DIGITAL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À part pour la prise de rendez-vous, au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'un des moyens technologiques suivants pour communiquer avec <u>un fournisseur de soins de santé</u> au sujet de vos soins médicaux? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| HCU_DIGITAL_WEB_TRF3 | 01 | Courriel, site Web ou portail |
| HCU_DIGITAL_VID_TRF3 | 02 | Appel vidéo |
| HCU_DIGITAL_MSG_TRF3 | 03 | Messagerie texte / messagerie électronique |
| HCU_DIGITAL_TEL_TRF3 | 04 | Téléphone (appel vocal uniquement) |
| HCU_DIGITAL_NA_TRF3 | 96 | Ne s'applique pas |
| HCU_DIGITAL_OTSP_TRF3 | 97 | Autres moyens, veuillez préciser : _____ |
| HCU_DIGITAL_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| HCU_DIGITAL_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| HCU_17 | HCU_ACCESS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté votre dossier médical à l'aide d'un système en ligne ou d'un outil numérique? Cela n'inclut pas la possibilité d'accéder aux résultats des tests de laboratoire effectués dans les laboratoires. | | |
| YES | 01 | Oui |
| NO | 02 | Non |
| UNAWARE | 03 | Ne sait pas un système en ligne ou un outil numérique est disponible. |
| NOT_BELIEVE | 04 | Ne croit pas avoir accès à un système en ligne ou un outil numérique. |
| NOT_APPLICABLE | 96 | Ne s'applique pas |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| HCU_18 | HCU_CONFL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu des informations contradictoires sur vos soins de santé et vos besoins de la part de <u>vos fournisseurs de soins de santé</u> ? | | |
| ALWAYS | 01 | Toujours |
| OFTEN | 02 | Souvent |
| SOMETIMES | 03 | Parfois |
| RARELY | 04 | Rarement |
| NEVER | 05 | Jamais |
| NOT_APPLICABLE | 96 | Ne s'applique pas |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|---|
| HCU_19 | HCU_TIME_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <u>vos fournisseurs de soins de santé</u> vous ont-ils consacré assez de temps? | | |
| ALWAYS | 01 | Toujours |
| OFTEN | 02 | Souvent |
| SOMETIMES | 03 | Parfois |
| RARELY | 04 | Rarement |
| NEVER | 05 | Jamais |
| NOT_APPLICABLE | 96 | Ne s'applique pas |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| HCU_20 | HCU_EXPLAIN_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <u>vos fournisseurs de soins de santé</u> vous ont-ils expliqué les choses d'une manière plus facile à comprendre? | | |
| ALWAYS | 01 | Toujours |
| OFTEN | 02 | Souvent |
| SOMETIMES | 03 | Parfois |
| RARELY | 04 | Rarement |
| NEVER | 05 | Jamais |
| NOT_APPLICABLE | 96 | Ne s'applique pas |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| HCU_C19_TRF3 | | | | | | |
|---|------------------|---|-----|---------|-----------------|----|
| Depuis le début de la pandémie de COVID-19, avez-vous renoncé à l'un des rendez-vous suivants ou l'avez-vous annulé ou reporté? | | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : IL FAUT RÉPONDRE OUI / NON / NSP_PR / REFUS À CHAQUE QUESTION DU TABLEAU | | | | | | |
| | | | Oui | No n | NS P / PR | RF |
| HCU_21 | HCU_C19_PH_TRF3 | Suivi avec un médecin de famille, <u>un</u> <u>omnipraticien</u> ou un infirmier praticien | | | | |
| HCU_22 | HCU_C19_SPC_TRF3 | Suivi avec un médecin spécialiste (comme un cardiologue, un gynécologue ou un ophtalmologiste) | | | | |
| HCU_23 | HCU_C19_MH_TRF3 | Suivi avec un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre) | | | | |
| HCU_24 | HCU_C19_PT_TRF3 | Suivi avec un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un chiropraticien | | | | |
| HCU_25 | HCU_C19_SG_TRF3 | Un traitement ou une intervention médicale planifiée, y compris une opération ou une chirurgie (y compris dentaire) | | | | |
| HCU_26 | HCU_C19_DN_TRF3 | Une visite de routine chez le dentiste | | | | |
| HCU_27 | HCU_C19_HC_TRF3 | Une visite de soins à domicile planifiée | | | | |
| HCU_28 | HCU_C19_TS_TRF3 | Des tests de dépistage de routine ou des vaccins | | | | |

HCU_END

Besoins de santé non comblés (MET)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>L'accès aux services de soins de santé est souvent évalué à l'aide de la fréquence d'utilisation des services de soins de santé. Toutefois, par cette façon de faire, les renseignements provenant des personnes qui n'utilisent pas les services de soins de santé ou les raisons justifiant cette non-utilisation ne sont pas recueillis. L'auto-évaluation des besoins de santé non-comblés est couramment utilisée pour déterminer si l'accès aux services est adéquat.</p> <p>Les données recueillies aideront les chercheurs à déterminer les facteurs qui contribuent aux besoins de santé non-comblés et l'importance du manque d'accès dans la détermination des besoins de santé non-comblés.</p> |
|---------------|--|

| | |
|---|---|
| MET_1 | MET_NEED_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| 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? | |
| YES | 1 Oui |
| NO | 2 Non |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|---|---|
| MET_2 | MET_RSN_TRF3 |
| [ASK IF MET_NEED_TRF3 = YES] | |
| Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins? | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| MET_RSN_AREA_TRF3 | 01 Non disponibles - dans la région |
| MET_RSN_TIME_TRF3 | 02 Non disponibles - à ce moment-là (p. ex. médecin en vacances, heures inopportunes) |
| MET_RSN_WAIT_TRF3 | 03 Temps d'attente trop long |
| MET_RSN_INAD_TRF3 | 04 Considérés comme inadéquats |
| MET_RSN_COST_TRF3 | 05 Coût |
| MET_RSN_BUSY_TRF3 | 06 Trop occupé(e) |
| MET_RSN_AROD_TRF3 | 07 Ne s'en est pas occupé(e) / indifférent(e) |
| MET_RSN_SEEK_TRF3 | 08 A décidé de ne pas se faire soigner |
| MET_RSN_NECE_TRF3 | 09 Pas nécessaire - selon le médecin |
| MET_RSN_TRAN_TRF3 | 10 Pas de transport disponible |
| MET_RSN_OTSP_TRF3 | 97 Autre : _____ |
| MET_RSN_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| MET_RSN_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

MET_END

Consommation de médicaments (MED)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent seulement sur les médicaments sur ordonnance consommés au cours du dernier mois.</p> <p>Importance du module : Les résultats aideront à évaluer la fréquence de consommation de médicaments sur ordonnance (p. ex. : quotidienne versus occasionnelle). Les résultats permettront également d'examiner les relations entre la fréquence de la consommation de médicaments et 1) l'incidence et la prévalence de problèmes de santé ou 2) l'utilisation d'autres services de soins de santé.</p> |
|---------------|--|

Les questions suivantes portent sur votre consommation de médicaments sur ordonnance.

| | | |
|--|----------------------|---|
| MED_1 | MED_USE1_TRF3 | |
| [ASK IF NO OR DK_NA OR REFUSED TO ALL MEDS IN PKD SECTION] | | |
| Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris un ou plusieurs médicaments sur ordonnance? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : UN MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE EST UN MÉDICAMENT QUI EST DISPONIBLE SEULEMENT CHEZ UN PHARMACIEN AVEC DES CONSIGNES ÉCRITES D'UN MÉDECIN OU D'UN DENTISTE. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES. | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| EVERY_WEEK | 2 | Chaque semaine, mais pas chaque jour |
| LESS_EVERY_WEEK | 3 | Moins que chaque semaine |
| NEVER | 4 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------------|---|
| MED_1a | MED_USE2_TRF3 | |
| [ASK IF ANY MEDICATION IN PKD_MED_TRF3 = YES] | | |
| Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris un ou plusieurs médicaments sur ordonnance? | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : UN MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE EST UN MÉDICAMENT QUI EST DISPONIBLE SEULEMENT CHEZ UN PHARMACIEN AVEC DES CONSIGNES ÉCRITES D'UN MÉDECIN OU D'UN DENTISTE. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES. | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : La réponse « Jamais » n'est pas une option pour cette question, car le/la participant(e) a indiqué au module sur la maladie de Parkinson qu'il/elle prenait au moins un médicament sur ordonnance pour cette maladie. | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| EVERY_WEEK | 2 | Chaque semaine, mais pas chaque jour |
| LESS_EVERY_WEEK | 3 | Moins que chaque semaine |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| MED_2 | MED_USEQTY_TRF3 | |
| [ASK IF MED_USE1_TRF3 ≠ NEVER, DK_NA OR REFUSED <u>OR</u> MED_USE2_TRF3 ≠ DK_NA OR REFUSED] | | |
| Au cours du dernier mois, combien de médicaments sur ordonnance avez-vous pris? UN/DEUX/TROIS OU PLUS | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| ONE | 1 | Un |
| TWO | 2 | Deux |
| THREE_PLUS | 3 | Trois ou plus |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

MED_END

Usage de suppléments alimentaires (DSU)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur la fréquence de l'usage de multivitamines, de suppléments de calcium, de vitamines D et B12.</p> <p>Importance du module : La vitamine D et le calcium sont importants pour assurer la dureté des os et ils peuvent réduire les risques d'ostéoporose et de fracture chez les personnes âgées. Après 50 ans, les besoins moyens en vitamine D d'une personne augmentent au-delà la quantité disponible dans l'alimentation.</p> <p>Les données de ce module pourront aider à estimer la fréquence d'usage de suppléments alimentaires. Elles pourront également fournir de l'information utile aux programmes de prévention en lien avec les régimes alimentaires, ainsi que de l'information sur l'impact de la consommation de médicaments et de suppléments.</p> |
|---------------|--|

Maintenant, quelques questions sur l'usage de suppléments nutritionnels le mois dernier.

Notez qu'il peut s'agir à la fois de suppléments sur ordonnance ET de suppléments en vente libre.

| | | |
|---|---------------------|--|
| DSU_1- DSU_9 | DSU_VIT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Le mois dernier, avez-vous pris : | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| DSU_VIT_MLTV_TRF3* | 01 | Des suppléments de multivitamines |
| DSU_VIT_CAL_TRF3* | 02 | Des suppléments de calcium |
| DSU_VIT_VITD_TRF3* | 03 | Des suppléments de vitamine D |
| DSU_VIT_VITB12_TRF3* | 04 | Des suppléments de vitamine B12 |
| DSU_VIT_IRON_TRF3* | 05 | Des suppléments de fer |
| DSU_VIT_VITC_TRF3* | 06 | Des suppléments de vitamine C |
| DSU_VIT_OMG_TRF3* | 07 | Des suppléments d'oméga-3 |
| DSU_VIT_PRO_TRF3* | 08 | Des suppléments protéinés (p. ex. boissons protéinées, poudre de protéine) |
| DSU_VIT_PROB_TRF3* | 09 | Probiotiques |
| DSU_VIT_NONE_TRF3* | 96 | Aucun |
| DSU_VIT_OTSP_TRF3* | 97 | D'autres suppléments _____ |
| DSU_VIT_DK_NA_TRF3* | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| DSU_VIT_REFUSED_TRF3* | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

DSU_END

Environnements construits (ENV)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | Les environnements construits peuvent avoir un impact sur la santé des individus en influençant les activités quotidiennes de ceux-ci, dont les niveaux d'activité physique, l'accès à des aliments sains, les possibilités d'interaction sociale et la sécurité des déplacements. |
|---------------|--|

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------|-------------|-----------|
| ENV_1 | | | | | | | |
| [ALWAYS ASK] | | | | | | | |
| Que pensez-vous de votre voisinage, c'est-à-dire une zone autour de votre domicile équivalant à une marche de 20 minutes ou d'environ 1,6 km? Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants. | | | | | | | |
| CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : Si le participant habite dans une zone rurale, sa perception de son voisinage pourrait être différente de la définition donnée, c.-à-d. une zone autour de son domicile équivalant à une marche de 20 minutes ou d'environ un kilomètre. Demandez-lui d'interpréter le terme « voisinage » en fonction de la communauté dans laquelle il vit. | | | | | | | |
| | | Tout à fait d'accord | D'accord | En désaccord | Tout à fait en désaccord | NS P | RF |
| ENV_FLPRTAREA1_TRF3 | Je ressens vraiment une appartenance à ce voisinage | | | | | | |
| ENV_VNDLSM_TRF3 | Le vandalisme ou les graffitis sont un grave problème dans ce voisinage | | | | | | |
| ENV_FLLNLY_TRF3 | Je me sens souvent seul(e) dans ce voisinage | | | | | | |
| ENV_PPLTRST_TRF3 | On peut faire confiance à la plupart des gens dans ce voisinage | | | | | | |
| ENV_AFRDWLK_TRF3 | Les gens auraient peur de marcher seuls dans ce voisinage après la tombée de la nuit | | | | | | |
| ENV_PPLFRNDLY_TRF3 | La plupart des gens de ce voisinage sont gentils | | | | | | |
| ENV_PPLTKADV_TRF3 | Les gens de ce voisinage vont profiter de vous | | | | | | |
| ENV_CLEAN_TRF3 | Ce voisinage est gardé bien propre | | | | | | |
| ENV_PPLHLP_TRF3 | Si vous éprouviez des ennuis, un bon nombre de personnes de ce voisinage vous aideraient | | | | | | |

ENV_END

Transport, mobilité, migration (TRA)

Les questions de ce module sont adaptées du *Baseline Survey of Seniors (Older and Wiser Driver Questionnaire)* développé par le Centre on Aging de l'Université de Victoria. Le Centre on Aging de l'Université de Victoria a accordé la permission d'utiliser l'instrument à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur l'état de conduite des participants, les moyens de transport qu'ils utilisent et depuis quand ils habitent dans leur résidence actuelle et dans leur quartier.</p> <p>Importance du module : Ces questions fourniront des données sur les aptitudes des participants et les moyens de transport utilisés au fil des années.</p> |
|---------------|--|

J'aimerais maintenant que nous abordions la manière dont vous vous déplacez dans votre quartier. Je vous poserai des questions sur les moyens de transport que vous utilisez et depuis combien de temps vous vivez à cet endroit.

| | | | |
|--|-------------------------|--|--|
| TRA_1 | TRA_DSTATUS_TRF3 | | |
| [ALWAYS ASK] | | | |
| Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation de conduite? (Inclure les automobiles, les fourgonnettes, les camions et les motocyclettes.) | | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | | |
| NEVER_DL | 1 | Je n'ai jamais eu de permis de conduire | |
| CURRENTLY_NO_DL_DL | 2 | J'ai eu un permis de conduire à un moment de ma vie, mais je n'en ai pas présentement | |
| UNRESTRICTED_DL | 3 | Je possède un permis de conduire sans restriction (à l'exception des lentilles correctrices) | |
| RESTRICTED_DL | 4 | Je possède un permis de conduire avec des restrictions relatives au moment de la conduite (de jour seulement), à la distance au domicile, au type de route (pas d'autoroute) ou au nombre de passagers | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| TRA_2 | TRA_DFREQ_TRF3 | | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL] | | | |
| À quelle fréquence conduisez-vous? | | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | | |
| DAILY | 1 | Tous les jours | |
| 4_6_DAYS_WEEK | 2 | 4 à 6 fois par semaine | |
| 2_3_DAYS_WEEK | 3 | 2 à 3 fois par semaine | |
| ONCE_WEEK | 4 | Une fois par semaine | |
| LESS_1WEEK_MORE_1MONTH | 5 | Moins d'une fois par semaine, mais plus d'une fois par mois | |
| LESS_ONCE_MONTH | 6 | Moins d'une fois par mois | |
| NONE | 7 | Pas du tout | |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus | |

| | | |
|---|-----------------|---|
| TRA_2a | TRA_CMNTR1_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL] | | |
| Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé <u>le plus couramment</u> ? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANTS QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX. : POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF). LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS » | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DRIVE | 01 | Conducteur d'un véhicule automobile |
| PASSENGER | 02 | Passager dans un véhicule automobile |
| TAXI | 03 | Taxi |
| PUBLIC_TRANSIT | 04 | Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train |
| ACESSIBLE_TRANSIT | 05 | Transport adapté |
| CYCLING | 06 | Bicyclette |
| WALKING | 07 | Marche |
| WHEELCHAIR | 08 | Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| TRA_2b | TRA_CMNTR2_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 ≠ UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL] | | |
| Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé <u>le plus couramment</u> ? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANTS QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX. : POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF). LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS » | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| PASSENGER | 01 | Passager dans un véhicule automobile |
| TAXI | 02 | Taxi |
| PUBLIC_TRANSIT | 03 | Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train |
| ACESSIBLE_TRANSIT | 04 | Transport adapté |
| CYCLING | 05 | Bicyclette |
| WALKING | 06 | Marche |
| WHEELCHAIR | 07 | Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| TRA_3 | TRA_TYPTR_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Au cours du dernier mois, quels moyens de transport suivants avez-vous utilisés? | | |
| <p>NOTE À L'INTERVIEWEUR : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANTS QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX. : POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF).</p> <p>LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS »</p> | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_TYPTR_PAS_TRF3 | 01 | Passager dans un véhicule automobile (y compris comme conducteur) |
| TRA_TYPTR_TAX_TRF3 | 02 | Taxi |
| TRA_TYPTR_PUB_TRF3 | 03 | Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train |
| TRA_TYPTR_ACC_TRF3 | 04 | Transport adapté |
| TRA_TYPTR_CYC_TRF3 | 05 | Bicyclette |
| TRA_TYPTR_WAL_TRF3 | 06 | Marche |
| TRA_TYPTR_WHE_TRF3 | 07 | Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur |
| TRA_TYPTR_NONE_TRF3 | 96 | Aucun |
| TRA_TYPTR_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_TYPTR_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| TRA_4 | TRA_PUBTR_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_TYPTR_TRF3 ≠ TRA_TYPTR_PUB_TRF3 OR TRA_TYPTR_DK_NA_TRF3 OR TRA_TYPTR_REFUSED_TRF3] | | |
| Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport en commun? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_PUBTR_NN_TRF3 | 01 | Pas besoin du service |
| TRA_PUBTR_PNU_TRF3 | 02 | Préfère ne pas l'utiliser |
| TRA_PUBTR_UNA_TRF3 | 03 | Le service n'est pas offert dans votre secteur |
| TRA_PUBTR_HEA_TRF3 | 04 | Restriction en raison d'un problème de santé |
| TRA_PUBTR_INC_TRF3 | 05 | Le service offert n'est pas pratique, le temps de déplacement est trop long, l'horaire ou le parcours offert n'est pas pratique |
| TRA_PUBTR_COS_TRF3 | 06 | Prix trop élevé |
| TRA_PUBTR_NAV_TRF3 | 07 | Le service ne permet pas d'aller où vous deviez vous rendre |
| TRA_PUBTR_AWR_TRF3 | 08 | Vous ne connaissez pas les services de transport en commun locaux |
| TRA_PUBTR_SCH_TRF3 | 09 | L'horaire ne correspond pas à vos besoins |
| TRA_PUBTR_NSF_TRF3 | 10 | Le service n'est pas sécuritaire |
| TRA_PUBTR_ACC_TRF3 | 11 | Il ne vous est pas possible de vous rendre facilement à un arrêt ou à une station du transport en commun |
| TRA_PUBTR_COM_TRF3 | 12 | Les installations sont inconfortables |
| TRA_PUBTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_PUBTR_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_PUBTR_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|----------------|---|
| TRA_5 | TRA_ACCTR_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_TYPTR_TRF3 ≠ TRA_TYPTR_ACC_TRF3 OR TRA_TYPTR_DK_NA_TRF3 OR TRA_TYPTR_REFUSED_TRF3] | | |
| Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport adapté? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS » | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_ACCTR_NN_TRF3 | 01 | Pas besoin du service |
| TRA_ACCTR_PNU_TRF3 | 02 | Préfère ne pas l'utiliser |
| TRA_ACCTR_UNA_TRF3 | 03 | Le service n'est pas offert dans votre secteur |
| TRA_ACCTR_HEA_TRF3 | 04 | Restriction en raison d'un problème de santé |
| TRA_ACCTR_INC_TRF3 | 05 | L'horaire ou le parcours offert n'est pas pratique |
| TRA_ACCTR_COS_TRF3 | 06 | Prix trop élevé |
| TRA_ACCTR_OVB_TRF3 | 07 | Le service n'est pas disponible en raison de la surréservation |
| TRA_ACCTR_CNB_TRF3 | 08 | N'a pas pu réserver (n'a pas pu obtenir la ligne téléphonique, n'a pas eu assez de temps pour réserver, etc.) |
| TRA_ACCTR_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_ACCTR_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_ACCTR_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| TRA_6 | TRA_PUBTRFRQ_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_TYPTR_TRF3 = TRA_TYPTR_PUB_TRF3] | | |
| Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris le transport en commun? | | |
| NOTE À L'INTERVIEWEUR : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANTS QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX. : POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF). | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Tous les jours |
| 4_6_DAYS_WEEK | 2 | 4 à 6 fois par semaine |
| 2_3_DAYS_WEEK | 3 | 2 à 3 fois par semaine |
| ONCE_WEEK | 4 | Une fois par semaine |
| LESS_1WEEK_MORE_1MONTH | 5 | Moins d'une fois par semaine, mais plus d'une fois par mois |
| LESS_ONCE_MONTH | 6 | Moins d'une fois par mois |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|---------------|---|
| TRA_7 | TRA_TRIP_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Dans une semaine, quel(s) type(s) de déplacement(s) faites-vous habituellement, que ce soit en voiture, en transport en commun, à la marche ou autre? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_TRIP_WK_TRF3 | 01 | Se rendre au travail et en revenir |
| TRA_TRIP_BK_TRF3 | 02 | Aller à la banque/caisse et à d'autres rendez-vous professionnels |
| TRA_TRIP_MD_TRF3 | 03 | Rendez-vous médicaux |
| TRA_TRIP_GR_TRF3 | 04 | L'épicerie |
| TRA_TRIP_RI_TRF3 | 05 | Magasinage récréatif, restaurants |
| TRA_TRIP_RO_TRF3 | 06 | Visites récréatives au parc ou autres espaces extérieurs |
| TRA_TRIP_CH_TRF3 | 07 | Église/célébrations religieuses |
| TRA_TRIP_FM_TRF3 | 08 | Rendre visite à des amis et à la famille |
| TRA_TRIP_SO_TRF3 | 09 | Activités sociales (p.ex. centres de loisirs pour aînés) |
| TRA_TRIP_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_TRIP_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_TRIP_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| TRA_8 | TRA_AVOID_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = UNRESTRICTED_DL or RESTRICTED_DL] | | |
| Tentez-vous d'éviter l'une ou l'autre des situations suivantes : | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_AVOID_RA_TRF3 | 01 | Les bretelles d'accès |
| TRA_AVOID_CR_TRF3 | 02 | Les carrefours giratoires/ronds-points |
| TRA_AVOID_FW_TRF3 | 03 | Les arrêts à quatre sens sans feux de circulation |
| TRA_AVOID_UN_TRF3 | 04 | Les routes inconnues ou les détours |
| TRA_AVOID_HV_TRF3 | 05 | La congestion ou l'heure de pointe en ville |
| TRA_AVOID_ML_TRF3 | 06 | La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à voies multiples ou à chaussée séparée |
| TRA_AVOID_SL_TRF3 | 07 | La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à une seule voie ou sans chaussée séparée |
| TRA_AVOID_TL_TRF3 | 08 | Les virages à gauche avec des feux de circulation |
| TRA_AVOID_NL_TRF3 | 09 | Les virages à gauche sans feux de circulation ou arrêts |
| TRA_AVOID_LG_TRF3 | 10 | Conduire à côté de gros camions |
| TRA_AVOID_BS_TRF3 | 11 | Traverser une rue passante ou s'y engager sans feux de circulation |
| TRA_AVOID_YD_TRF3 | 12 | Céder le passage (lorsqu'il y a un signal Cédez) |
| TRA_AVOID_SN_TRF3 | 13 | Conduire sous la pluie battante ou dans la neige |
| TRA_AVOID_DW_TRF3 | 14 | Conduire à l'aube ou au crépuscule |
| TRA_AVOID_NT_TRF3 | 15 | Conduire la nuit |
| TRA_AVOID_NONE_TRF3 | 96 | Non, je ne tente pas d'éviter l'une ou l'autre de ces situations |
| TRA_AVOID_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_AVOID_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_AVOID_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| TRA_9 | TRA_DRVST_YR_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = CURRENTLY_NO_DL_DL] | | |
| Depuis combien d'années environ avez-vous cessé de conduire? | | |
| TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT, INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN AN | | |
| | _____ (MASK: MIN=00, MAX=CURRENT AGE) | |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|--|
| TRA_9a | TRA_CEASE_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = CURRENTLY_NO_DL_DL] | | |
| Quels sont les facteurs ou les événements qui vous ont mené à cesser de conduire? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_CEASE_ND_TRF3 | 01 | Je n'avais plus besoin de conduire |
| TRA_CEASE_EN_TRF3 | 02 | Je n'aimais plus conduire |
| TRA_CEASE_CO_TRF3 | 03 | Le coût de l'essence et de l'entretien de ma voiture était trop dispendieux |
| TRA_CEASE_SF_TRF3 | 04 | Je sentais que je n'étais plus un(e) conducteur(rice) sécuritaire |
| TRA_CEASE_NR_TRF3 | 05 | J'étais nerveux(se) ou intimidé(e) en conduisant |
| TRA_CEASE_DR_TRF3 | 06 | Mon médecin m'a conseillé d'arrêter de conduire |
| TRA_CEASE_FF_TRF3 | 07 | Quelqu'un d'autre m'a conseillé d'arrêter de conduire (p. ex. membre de la famille ou ami) |
| TRA_CEASE_PT_TRF3 | 08 | Meilleure disponibilité du transport en commun |
| TRA_CEASE_DP_TRF3 | 09 | Événements liés à la conduite, comme une collision ou des points d'inaptitude |
| TRA_CEASE_RE_TRF3 | 10 | Renouvellement du permis de conduire ou besoin de passer un test de conduite |
| TRA_CEASE_IN_TRF3 | 11 | Incapable de satisfaire aux conditions nécessaires pour renouveler le permis de conduire |
| TRA_CEASE_PC_TRF3 | 12 | Problème ou limitation physique |
| TRA_CEASE_DV_TRF3 | 13 | Vision qui se détériore |
| TRA_CEASE_LC_TRF3 | 14 | Moins de confiance pour conduire |
| TRA_CEASE_NONE_TRF3 | 96 | Aucune raison |
| TRA_CEASE_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_CEASE_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_CEASE_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------|---|
| TRA_10 | TRA_MED_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 = UNRESTRICTED_DL or RESTRICTED_DL] | | |
| Avez-vous déjà parlé de votre sécurité au volant avec votre médecin de famille, votre optométriste, un autre médecin, une infirmière ou un pharmacien? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|--|
| TRA_10a | TRA_MEDTPC_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_MED_TRF3 = YES] | | |
| Avez-vous discuté avec ce ou ces professionnel(s) de la santé de l'un ou l'autre des sujets suivants, liés à votre conduite? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| TRA_MEDTPC_CON_TRF3 | 01 | Problème de sécurité potentiel lié à un problème de santé que vous avez |
| TRA_MEDTPC_MED_TRF3 | 02 | Problème de sécurité potentiel lié à un médicament sur ordonnance |
| TRA_MEDTPC_HRB_TRF3 | 03 | Problème de sécurité potentiel lié à un médicament en vente libre ou à des produits/suppléments de phytothérapie |
| TRA_MEDTPC_ACC_TRF3 | 04 | Un accident automobile ou un quasi-accident dans lequel vous étiez impliqué(e) |
| TRA_MEDTPC_INF_TRF3 | 05 | Infraction au Code de la route (p. ex. contravention pour vitesse) |
| TRA_MEDTPC_THR_TRF3 | 06 | Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par un ergothérapeute |
| TRA_MEDTPC_LCS_TRF3 | 07 | Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par une agence de délivrance de permis |
| TRA_MEDTPC_TRN_TRF3 | 08 | Cours de perfectionnement en matière de conduite |
| TRA_MEDTPC_ADV_TRF3 | 09 | Renseignements généraux/conseils de votre médecin |
| TRA_MEDTPC_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| TRA_MEDTPC_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| TRA_MEDTPC_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------|---|
| TRA_11 | TRA_ACCID_TRF3 | |
| [ASK IF TRA_DSTATUS_TRF3 ≠ NEVER_DL] | | |
| Avez-vous été impliqué(e) dans une collision alors que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé dans les trois dernières années? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

TRA_END

Patrimoine (WEA)

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur les revenus actuels des participants, leurs investissements et leurs actifs et servent à mesurer leur statut socio-économique.</p> <p>Importance du module : Bien que ce sujet soit délicat, cette information est importante pour étudier l'impact du patrimoine sur les tendances en matière de santé et sur le comportement. Même si de nombreuses dépenses en santé sont couvertes par les assurances, le revenu joue un rôle de premier plan dans la santé des individus, surtout des Canadiens plus âgés. Les personnes à faible revenu risquent d'être en moins bonne santé et les différences de revenus ont tendance à avoir un impact sur l'utilisation du système de soins de santé.</p> |
|---------------|--|

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur votre situation financière globale.

| | |
|---|---|
| WEA_1 | WEA_SVNGS_TRF3 |
| [ALWAYS ASK] | |
| Lesquels parmi les régimes d'épargne ou de placement suivants possédez-vous (ou votre époux(se) / conjoint(e) de fait)? | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | |
| WEA_SVNGS_ACC_TRF3 | 01 Compte dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement |
| WEA_SVNGS_RRSP_TRF3 | 02 REER |
| WEA_SVNGS_INV_TRF3 | 03 Placements en dehors des REER |
| WEA_SVNGS_NONE_TRF3 | 96 [NE PAS LIRE] Aucun |
| WEA_SVNGS_DK_NA_TRF3 | 98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| WEA_SVNGS_REFUSED_TRF3 | 99 [NE PAS LIRE] Refus |

| | |
|--|---|
| WEA_2 | WEA_SVNGSVL_TRF3 |
| [ASK IF WEA_SVNGS_TRF3 ≠ WEA_SVNGS_NONE_TRF3 or WEA_SVNGS_DK_NA_TRF3 or WEA_SVNGS_REFUSED_TRF3] | |
| Quelle est la valeur totale approximative de ces épargnes et de ces placements? | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | |
| LESS_50000 | 1 Moins de 50 000 \$ |
| 50000_100000 | 2 De 50 000 \$ à moins de 100 000 \$ |
| 100000_MILLION | 3 De 100 000 \$ à moins de 1 000 000 \$ |
| MORE_MILLION | 4 1 000 000 \$ et plus |
| DK_NA | 8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| WEA_3 | WEA_LFINS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que vous (ou votre époux(se) / conjoint(e) de fait) avez souscrit à une assurance-vie? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|--|
| WEA_4 | WEA_ASSETS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À l'aide de la liste suivante, veuillez indiquer quels actifs vous (et votre époux(se) / conjoint(e) de fait) possédez, le cas échéant. | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| WEA_ASSETS_HSE_TRF3 | 01 | Maison, appartement ou propriété de plaisance, y compris les multi propriétés, sauf la résidence principale |
| WEA_ASSETS_PRES_TRF3 | 02 | Résidence principale |
| WEA_ASSETS_FBS_TRF3 | 03 | Exploitation agricole ou actifs de société (comme un atelier, un entrepôt ou un garage) |
| WEA_ASSETS_OTL_TRF3 | 04 | Autres terrains |
| WEA_ASSETS_MOWD_TRF3 | 05 | Emprunts par des tiers |
| WEA_ASSETS_TRST_TRF3 | 06 | Fiducie |
| WEA_ASSETS_CINH_TRF3 | 07 | Contrat / entente ou héritage |
| WEA_ASSETS_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucun |
| WEA_ASSETS_OTSP_TRF3 | 97 | Autres actifs (y compris des œuvres d'art ou objets de collection, comme des antiquités ou des bijoux) _____ |
| WEA_ASSETS_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| WEA_ASSETS_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|----------------------|--|
| WEA_5 | WEA_DEBT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que vous (ou votre époux(se) / conjoint(e) de fait) avez contracté l'une ou l'autre des dettes suivantes? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| WEA_DEBT_CCRD_TRF3 | 01 | Dettes de cartes de crédit ou de cartes privatives |
| WEA_DEBT_DBI_TRF3 | 02 | Dettes contractées auprès d'amis, de membres de la famille ou d'autres personnes |
| WEA_DEBT_LNS_TRF3 | 03 | Prêts contractés auprès de banques ou d'institutions financières, y compris les découverts, sauf les prêts hypothécaires |
| WEA_DEBT_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune |
| WEA_DEBT_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| WEA_DEBT_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|--|
| WEA_6 | WEA_FNSTATUS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la gestion de vos finances (et celle de votre époux(se) / conjoint(e) de fait)? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| VERY_WELL | 1 | Très bonne |
| QUITE_WELL | 2 | Assez bonne |
| GET_BY | 3 | Débrouille bien |
| NOT_VERY_WELL | 4 | Pas très bonne |
| SOME_DIFFICULTIES | 5 | J'ai (nous avons) quelques difficultés financières |
| SEVERE_DIFFICULTIES | 6 | J'ai (nous avons) des difficultés financières majeures |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| WEA_7 | WEA_INCNEEDS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À votre avis, dans quelle mesure votre revenu vous permet-il de satisfaire vos besoins fondamentaux? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| VERY_WELL | 1 | Tout à fait |
| ADEQUATELY | 2 | Raisonnement |
| SOME_DIFFICULTY | 3 | Avec certaines difficultés |
| NOT_VERY_WELL | 4 | Pas vraiment |
| TOTALLY_INADEQUATELY | 5 | Pas du tout |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| WEA_8 | WEA_THNGS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Le fait de ne pas avoir suffisamment d'argent vous empêche-t-il de faire ce qui suit? | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| WEA_THNGS_FOD_TRF3 | 01 | Acheter vos produits alimentaires préférés |
| WEA_THNGS_FFO_TRF3 | 02 | Inviter les membres de votre famille ou vos amis à prendre un verre ou un repas |
| WEA_THNGS_POF_TRF3 | 03 | Acheter un vêtement pour un événement social ou une fête de famille |
| WEA_THNGS_HMR_TRF3 | 04 | Entretenir votre maison |
| WEA_THNGS_REL_TRF3 | 05 | Remplacer ou réparer les appareils électriques |
| WEA_THNGS_TRSP_TRF3 | 06 | Payer les tarifs ou les autres frais de transport en direction ou en provenance de vos lieux de destination |
| WEA_THNGS_PRES_TRF3 | 07 | Acheter des cadeaux aux membres de votre famille ou à vos amis |
| WEA_THNGS_HLDY_TRF3 | 08 | Choisir le genre de vacances que vous souhaiteriez |
| WEA_THNGS_TRSLF_TRF3 | 09 | Vous offrir une gâterie de temps à autre |
| WEA_THNGS_NONE_TRF3 | 96 | [NE PAS LIRE] Aucune de ces réponses / ne s'applique pas |
| WEA_THNGS_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| WEA_THNGS_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|--------------------------|--|
| WEA_9 | WEA_ORGMONEY_TRF3 | |
| [ASK IF SDC_MRTL_TRF3 = COMMON_LAW] | | |
| Chacun d'entre nous gère ses finances familiales à sa façon. Laquelle parmi les méthodes suivantes décrit le mieux la façon dont vous gérez les vôtres? Si aucune réponse ne décrit exactement votre situation, veuillez choisir celle qui s'y rapproche le plus. | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| I_DO | 01 | Je gère tout le budget du ménage à l'exception des dépenses personnelles de mon époux(se) / conjoint(e) de fait |
| PARTNER | 02 | Mon époux(se) / conjoint(e) de fait gère tout le budget du ménage à l'exception de mes dépenses personnelles |
| I_DO_ALLOWANCE | 03 | Je gère tout le budget du ménage. Mon époux(se) / conjoint(e) de fait reçoit une allocation pour l'entretien domestique. |
| PARTNER_ALLOWANCE | 04 | Mon époux(se) / conjoint(e) de fait gère tout le budget du ménage. Je reçois une allocation pour l'entretien domestique. |
| SHARE | 05 | Nous partageons et gérons ensemble les finances du ménage |
| SEPARATE | 06 | Nous gérons nos finances séparément |
| OTSP | 97 | Nous avons pris d'autres dispositions (veuillez préciser : _____) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| WEA_10 | WEA_FNDEC_TRF3 | |
| [ASK IF SDC_MRTL_TRF3 = COMMON_LAW] | | |
| Dans votre ménage, qui a le dernier mot lorsqu'il s'agit de prendre des décisions financières importantes? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| I_DO | 01 | Moi |
| PARTNER | 02 | Mon époux(se) / conjoint(e) de fait |
| EQUAL | 03 | Mon époux(se) / conjoint(e) de fait et moi prenons les décisions ensemble |
| OTSP | 97 | Un tiers (veuillez préciser le lien avec vous : _____) |
| DK_NA | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| WEA_11 | WEA_SUFFUND_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À votre avis, quelles sont les probabilités qu'à un certain moment dans l'avenir vous ne disposiez pas de ressources financières suffisantes pour répondre à vos besoins? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| LITTLE_OR_NO | 1 | Peu ou pas probable |
| SOME | 2 | Probable |
| HIGH | 3 | Très probable |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| WEA_12 | WEA_INHERT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quelles sont les probabilités que vous (et votre époux(se) / conjoint(e) de fait ensemble) laissiez en héritage un montant supérieur à 100 000 \$? | | |
| LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| NONE | 1 | Aucune |
| LOW | 2 | Faibles |
| MODERATE | 3 | Modérées |
| HIGH | 4 | Élevées |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

WEA_END

Réseautage social en ligne (INT)

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module portent sur l'utilisation d'Internet, de courriels et de sites de réseautage social.</p> <p>Importance du module : L'information recueillie dans ce module aidera les chercheurs à estimer la présence en ligne des participants et à comprendre comment les adultes plus âgés s'adaptent aux technologies pour se construire des réseaux sociaux.</p> |
|---------------|---|

Les prochaines questions portent sur votre accès à Internet et sur l'utilisation que vous en faites.

| | | |
|---|--------------------------|---|
| INT_1 | INT_ACCESSHM_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que vous avez accès à Internet ou à un courriel à la maison? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| INT_2 | INT_FRQEMAIL_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous votre courriel? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-------------------|---|
| INT_3 | INT_FRQWBSTS_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous Internet pour accéder à des sites Web? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------|---|
| INT_4 | INT_FRQHLTH_TRF3 | |
| [ASK IF INT_FRQWBSTS_TRF3 ≠ NEVER] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous habituellement Internet pour chercher des informations sur la santé? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-------------------|---|
| INT_5 | INT_SCLNTRWK_TRF3 | |
| [ASK IF INT_FRQWBSTS_TRF3 ≠ NEVER] | | |
| Utilisez-vous présentement des sites de réseautage social sur le Web? Par exemple, Facebook, LinkedIn, Instagram, YouTube, Twitter, les applications de messagerie, Pinterest, MySpace, MSNGroups. Ne pas inclure le courriel. | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|--|
| INT_6 | INT_WYSSCL_TRF3 | |
| [ASK IF INT_SCLNTWRK_TRF3 = YES] | | |
| Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous les réseaux sociaux? Est-ce pour... | | |
| LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT | | |
| INT_WYSSCL_MNF_TRF3 | 01 | Vous faire de nouveaux amis |
| INT_WYSSCL_FRI_TRF3 | 02 | Rester en contact ou planifier des activités avec vos amis |
| INT_WYSSCL_FAM_TRF3 | 03 | Rester en contact ou planifier des activités avec votre famille |
| INT_WYSSCL_PRO_TRF3 | 04 | Vous promouvoir ou promouvoir votre travail |
| INT_WYSSCL_INF_TRF3 | 05 | Partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt) |
| INT_WYSSCL_OTSP_TRF3 | 97 | Autre : _____ |
| INT_WYSSCL_DK_NA_TRF3 | 98 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| INT_WYSSCL_REFUSED_TRF3 | 99 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------|---|
| INT_6a | INT_FRQMNF_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_MNF_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous faire de nouveaux amis? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|------------------------|---|
| INT_6b | INT_FRQFRI_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_FRI_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec vos amis? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| INT_6c | INT_FRQFAM_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_FAM_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec votre famille? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| INT_6d | INT_FRQPRO_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_PRO_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous promouvoir ou promouvoir votre travail? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|---|-----------------|---|
| INT_6e | INT_FRQINF_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_INF_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt)? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------|---|
| INT_6f | INT_FRQOTSP_TRF3 | |
| [ASK IF INT_WYSSCL_TRF3 = INT_WYSSCL_OTSP_TRF3] | | |
| À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour [AFFICHER TEXTUELLEMENT LES RÉPONSES DE INT_WYSSCL_OTSP_TRF3] ? | | |
| ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE | | |
| DAILY | 1 | Chaque jour |
| FEW_TIMES_WEEK | 2 | Quelques fois par semaine |
| FEW_TIMES_MONTH | 3 | Quelques fois par mois |
| FEW_TIMES_YEAR | 4 | Quelques fois par année |
| NEVER | 5 | Jamais |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

INT_END

Indice de suspicion de maltraitance envers les aînés© (EAS)

L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser l'instrument. Ce module est une modification de l'Indice de suspicion de maltraitance envers les aînés © (EASI). Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D,. Development and validation of a tool to assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI©). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2008; 20 (3): 276-300 : <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder/>; Dr Mark Yaffe (mark.yaffe@mcgill.ca)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF AGE IS ≥ 65 YEARS

| | |
|---------------|---|
| Aperçu | <p>Nous souhaitons maintenant savoir ce que les personnes âgées pensent de leur bien-être et de leur sécurité. Ce module parle de la maltraitance ou d'abus envers les personnes âgées. Cette information sera utilisée pour élaborer des politiques visant à prévenir la maltraitance ou l'abus des personnes âgées au Canada. Je tiens à vous rappeler que votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou à l'autre des questions de l'entrevue ou on peut arrêter à tout moment si les questions vous mettent mal à l'aise. Encore une fois, toutes les informations que vous nous donnez resteront confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins de recherche. Les questions suivantes porteront sur la présente dans votre vie d'une personne qui vous fait du mal ou vous empêche de prendre vos médicaments ou d'accéder à votre argent. Si vous ne souhaitez pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou nous donner des détails sur les sujets que nous abordons, vous n'êtes pas obligé(e) de le faire. Faites-le-moi savoir et nous passerons la question. Si vous avez besoin que je m'arrête à tout moment, dites-le-moi.</p> |
|---------------|---|

Au cours des douze derniers mois :

| | | |
|---|----------------------|---|
| EAS_1 | EAS_RELY_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous dépendu de quelqu'un pour une des suivantes : Prendre votre bain ou douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires, ou vos repas? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| EAS_2 | EAS_PRVNT_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que quelqu'un vous a empêché(e) de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale, ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| EAS_3 | EAS_UPSET_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Avez-vous été dérangé(e) par les paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux(se) ou menacé(e)? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| EAS_4 | EAS_FORCE_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

| | | |
|--|------------------------|---|
| EAS_5 | EAS_AFRAID_TRF3 | |
| [ALWAYS ASK] | | |
| Est-ce que quelqu'un vous a fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas, ou vous a fait mal physiquement? | | |
| YES | 1 | Oui |
| NO | 2 | Non |
| NOT SURE | 3 | Incertain |
| DK_NA | 8 | [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse |
| REFUSED | 9 | [NE PAS LIRE] Refus |

EAS_END

Santé mentale positive (PMH)

Keyes, C. L. M. (2009). *Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*.

| | |
|---------------|--|
| Aperçu | <p>Les questions de ce module proviennent du formulaire abrégé Mental Health Continuum. Ces questions mesurent le bien-être émotionnel, psychologique et social des participants.</p> <p>Importance du module : On associe une bonne santé mentale positive à un meilleur fonctionnement physique, psychologique et psychosocial, tandis qu'une mauvaise santé mentale positive est associée à une mauvaise santé émotionnelle, à des limitations fréquentes au niveau des activités de la vie quotidienne et à plus de jours de travail manqués.</p> |
|---------------|--|

Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours du dernier mois et à quelle fréquence vous avez éprouvé ces sentiments.

| PMH_1 | PMH_OVERVIEW_TRF3 | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|---------------------------------|--|--|--|------------------------------|-------------------------|---------------------|
| [ALWAYS ASK] | | | | | | | | | |
| Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression... | | | | | | | | | |
| | | JAMAIS NEVER | UNE FOIS OU DEUX ONCE _TWICE | ENVIRON UNE FOIS PAS SEMAINE ONCE _WEEK | ENVIRON DEUX OU TROIS FOIS PAR SEMAINE 2_3_WEEK | PRESQUE TOUS LES JOURS ALMOST EVERY | TOUS LES JOURS EVERY _DAY | [NE PAS LIRE] NSP_PR | [NE PAS LIRE] RF |
| PMH_2 PMH_HAPPY _TRF3 | ... d'être heureux / heureuse | | | | | | | | |
| PMH_3 PMH_INTEREST_TRF3 | ...d'être intéressé(e) par la vie | | | | | | | | |
| PMH_4 PMH_SATISFIED_TRF3 | ...d'être satisfait(e) à l'égard de la vie? | | | | | | | | |
| PMH_5 PMH_IMPORTANT_TRF3 | ...que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société? | | | | | | | | |
| PMH_6 PMH_COMMUNITY_TRF3 | ...d'appartenir à une collectivité comme un groupe social, ou votre quartier? | | | | | | | | |
| PMH_7 PMH_GOODPLACE_TRF3 | ...que notre société est un bon endroit, ou devient un bon endroit, pour tous? | | | | | | | | |
| PMH_8 | ...que les gens | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PMH_PPLGO OD_TRF3 | sont fondamentalement bons? | | | | | | | | |
| PMH_9 PMH_SOCIETY YWRK_TRF3 | ...que le fonctionnement de la société a du sens pour vous? | | | | | | | | |
| PMH_10 PMH_LIKEYOU U_TRF3 | ...que vous aimez la plupart des facettes de votre personnalité? | | | | | | | | |
| PMH_11 PMH_MANAGEMENT E_TRF3 | ...que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien? | | | | | | | | |
| PMH_12 PMH_RELATIONS SHPT_TRF3 | ...que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes? | | | | | | | | |
| PMH_13 PMH_BETTER R_TRF3 | ...que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne? | | | | | | | | |
| PMH_14 PMH_CONFIDENTIALITY TRF3 | ...d'être capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions? | | | | | | | | |
| PMH_15 PMH_DIRECTIONALITY TRF3 | ...que votre vie a un but ou une signification? | | | | | | | | |

PMH_END

END