



clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging

Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaires du Site de collecte de données

(Cohorte globale)

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

Q6. Avez-vous de la douleur ou une paralysie à vos mains ou poignets causée par une maladie telle que l'arthrite, une tendinite, le syndrome de tunnel carpien ou autre?

ICQ_PAINHND_COM

Oui, au côté gauche ☐

Oui, au côté droit ☐

Oui, aux deux côtés ☐

Non ☐

Q14. Avez-vous présentement une infection aux endroits suivants : **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

ICQ_EYEINF_COM

ICQ_EARINF_COM

PROBLÈME	NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	RF
a) Oeil	☐	☐	☐	☐	☐
b) Oreille	☐	☐	☐	☐	☐

Table des matières du Questionnaire sur les contre-indications

	Page
Questionnaire sur les contre-indications et interprétation	3
Contre-indications : Critères d'exclusion.....	14
<i>Pression sanguine</i>	<i>14</i>
<i>Force de préhension.....</i>	<i>14</i>
<i>TUG (test up and go minuté) : Mobilité et équilibre</i>	<i>16</i>
<i>Lever de la chaise : Équilibre et coordination.....</i>	<i>16</i>
<i>Test de marche de 4 mètres : Vitesse de la marche</i>	<i>16</i>
<i>Circonférence taille et hanche</i>	<i>17</i>
<i>Vision – Caméra rétinienne et tableau d'acuité visuelle</i>	<i>17</i>
<i>Vision - Tonomètre</i>	<i>17</i>
<i>Audition</i>	<i>18</i>
<i>Spirométrie (FEV1, capacité vitale forcée)</i>	<i>18</i>
<i>Taille debout</i>	<i>19</i>
<i>Taille assise</i>	<i>19</i>
<i>Équilibre debout.....</i>	<i>20</i>
<i>Poids</i>	<i>20</i>
<i>Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Corps entier</i>	<i>20</i>
<i>Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Colonne vertébrale latérale IVA.....</i>	<i>22</i>
<i>Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Hanche.....</i>	<i>22</i>
<i>Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Avant-bras.....</i>	<i>23</i>
<i>ECG</i>	<i>24</i>
<i>Doppler de la carotide.....</i>	<i>24</i>
<i>Échantillon de sang</i>	<i>24</i>
<i>Échantillon d'urine</i>	<i>25</i>

Table des matières du Questionnaire neuropsychologique

	Page
Batterie neuropsychologique.....	3
Test de mémoire prospective (PMT)	3
Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop	8
Test oral contrôlé d'association de mots : FAS	13
Test de temps de réaction (CRT)	15
Réseaux sociaux (SN)	16
Soutien social – Disponibilité (SSA).....	23
Participation sociale (SPA).....	30

Table des matières du Questionnaire sur les symptômes de maladie

	Page
Tâche de mémoire prospective en fonction du temps (TMT)	3
Problèmes de santé chroniques (CCC)	8
Cardiaque/Cardiovasculaire	8
Neurologique	8
Gastrointestinal	9
Vision.....	10
Cancer	11
Santé mentale	12
Autres conditions.....	12
Infections	14
Diabète (DIA)	16
Accident vasculaire cérébral (STR)	20
Questionnaire QVSFS modifié	27
Traumatisme crânien (TBI)	30
Hypo- et hyperthyroïdie (HYP).....	33
Hypertension (HBP)	39
Cardiopathie ischémique (IHD).....	43
Questionnaire Rose de l'OMS (ROS)	47
Arthrite de la main (OSA)	50
Arthrose de la hanche (OSH).....	52
Arthrose du genou (OSK).....	54
Musculosquelettique : Autre (OAR)	56
Ostéoporose (OST).....	58
Neuropsychiatrique (DPR)	64
Dépression (DEP)	67
Parkinsonisme (PKD).....	70
Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO)	75



Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire sur les contre-indications et interprétation (Cohorte globale)

v4.4, 28 avril 2014

Questionnaire sur les contre-indications et interprétation

Q1. Êtes-vous droitier(droitière) ou gaucher(gauchère)?

ICQ_DOMHAND_COM

Droitier ☐

Gaucher ☐

Ambidextre..... ☐

Q2. Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos mains, ou aux deux? **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

		LES				
		PROBLÈME	NON	GAUCHE	DROIT	DEUX
			NSP	RF		
ICQ_HNDSWL_COM	a)	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures	☐	☐	☐	☐
ICQ_HNDCST_COM	b)	Plâtre	☐	☐	☐	☐
ICQ_HNDHMT_COM	c)	Hématome (bleu)	☐	☐	☐	☐

Q3. Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'un de vos bras, ou aux deux? **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

		LES				
		PROBLÈME	NON	GAUCHE	DROIT	DEUX
			NSP	RF		
ICQ_ARMSWL_COM	a)	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures	☐	☐	☐	☐
ICQ_ARMCST_COM	b)	Plâtre	☐	☐	☐	☐

Q4. Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos jambes, ou aux deux? **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

		LES				
		PROBLÈME	NON	GAUCHE	DROIT	DEUX
			NSP	RF		
ICQ_LEGSWL_COM	a)	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures	☐	☐	☐	☐
ICQ_LEGST_COM	b)	Plâtre	☐	☐	☐	☐

Q5a. Avez-vous subi une chirurgie (opération) au cours des 3 derniers mois?

ICQ_SRG3MO_COM

Oui ☐ → CONTINUER

Non ☐ → PASSER À Q6/ICQ_PAINHND_COM

[NE PAS LIRE] Refus ☐ → PASSER À Q6/ICQ_PAINHND_COM

Q5b. Quel type de chirurgie avez-vous subie? COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT, RAPPELER AU PARTICIPANT QU'IL EST QUESTION DES CHIRURGIES SUBIES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

	<u>PROBLÈME</u>	<u>LES</u>				<u>RF</u>
		<u>NON</u>	<u>GAUCHE</u>	<u>DROIT</u>	<u>DEUX</u>	
ICQ_SRGYARM_COM	i) Bras.....	☐	☐	☐	☐	☐
ICQ_SRGYCHT_COM	ii) Thorax ou sein (y compris mastectomie).....	☐	☐	☐	☐	☐
ICQ_SRGYHND_COM	iii) Main ou poignet.....	☐	☐	☐	☐	☐
ICQ_SRGYART_COM	iv) Shunt artérioveineux / fistule.....	☐	☐	☐	☐	☐
ICQ_SRGYEYE_COM	v) Oeil (c.-à-d. cataractes ou chirurgie au laser).....	☐	☐	☐	☐	☐

	<u>PROBLÈME</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>RF</u>
ICQ_SRGYABD_COM	vi) Abdomen.....	☐	☐	☐
ICQ_SRGYHRT_COM	vii) Cœur	☐	☐	☐
ICQ_SRGYOT_COM	viii) Autre (préciser : _____)	☐	☐	☐

Q6. Avez-vous de la douleur ou une paralysie à vos mains ou poignets causée par une maladie telle que l'arthrite, une tendinite, le syndrome de tunnel carpien ou autre?

ICQ_PAINHND_COM

Oui, au côté gauche ☐

Oui, au côté droit ☐

Oui, aux deux côtés ☐

Non ☐

Q7. Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans l'aide d'une autre personne?

ICQ_RISEASSI_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / refus..... ☐

Q7a. Utilisez-vous une canne ou une marchette pour vous tenir debout ou vous lever d'une chaise sans aide?

ICQ_RISECANE_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / refus..... ☐

Q8. Pouvez-vous vous tenir debout sans l'aide d'une autre personne?

ICQ_ABLESTND_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / refus..... ☐

Q9. Pouvez-vous marcher sans l'aide d'une autre personne?

ICQ_ABLEWLK_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse..... ☐

**FEMMES <55 ANS CONTINUER, FEMMES >55 ANS ET HOMMES PASSER À
Q11/ICQ_ILLLUNG_COM**

Q10a. Êtes-vous enceinte?

ICQ_PREGNT_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

Non ☐ → **PASSER À Q11/
ICQ_ILLLUNG_COM**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas..... ☐ → **PASSER À Q11/
ICQ_ILLLUNG_COM**

[NE PAS LIRE] Refus ☐ → **PASSER À Q11/
ICQ_ILLLUNG_COM**

Q10b. À combien de semaines de grossesse êtes-vous? Veuillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certaine du nombre exact de semaines.

ICQ_PREGNTWK_COM

Nombre de semaines de grossesse : _____

[NE PAS LIRE] Ne sait pas..... ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q11. Souffrez-vous présentement d'une maladie aiguë qui pourrait interférer avec un test sur les fonctions respiratoires comme un rhume, une bronchite, la grippe, la tuberculose, une pneumonie, un pneumothorax, des douleurs thoraciques ou abdominales, des nausées ou des vomissements?

ICQ_ILLLUNG_COM

Oui (veuillez préciser : _____)..... ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q12. Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu un problème cardiaque instable (par exemple, un problème qui a nécessité votre hospitalisation ou une visite à l'urgence, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse (stent), etc.)?

ICQ_HRTCOND_COM

Oui (veuillez préciser : _____)..... ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q12a. Avez-vous eu une embolie pulmonaire au cours de 6 dernières semaines?

ICQ_EMB6WK_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q12b. Prenez-vous présentement des anticoagulants, comme du Coumadin, parce que vous avez eu une embolie pulmonaire?

ICQ_EMBMED_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q13. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souffert d'un décollement de la rétine?

ICQ_DERET3MO_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q14. Avez-vous présentement une infection aux endroits suivants : **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

	PROBLÈME	LES			
		NON GAUCHE DROIT DEUX RF			
ICQ_EYEINF_COM	a) Oeil	☐	☐	☐	☐
ICQ_EARINF_COM	b) Oreille	☐	☐	☐	☐

Q15. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des cataractes?

ICQ_CATRCT_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

Non ☐ → **ALLER À Q16/ICQ_GLAUC_COM**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas..... ☐ → **ALLER À Q16/ICQ_GLAUC_COM**

[NE PAS LIRE] Refus ☐ → **ALLER À Q16/ICQ_GLAUC_COM**

Q15a. Un médecin vous a-t-il dit que vous avez présentement des cataractes?

ICQ_CATRCT2_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas..... ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q16. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez du glaucome?

ICQ_GLAUC_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Ne sait pas..... ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q17. Portez-vous : **COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

	<u>APPAREIL</u>	<u>PORTÉ PRÉSENTEMENT ET FONCTIONNE</u>
ICQ_HRAID_COM	a) Appareil auditif	
	Oui, côté gauche	☐
	Oui, côté droit.....	☐
	Oui, deux côtés	☐
	Non.....	☐
	Refus.....	☐

	<u>APPAREIL</u>	<u>NON</u>	<u>OUI</u>	<u>PORTÉ(E)S PRÉSENTEMENT ET FONCTIONNENT</u>	<u>RF</u>
ICQ_GLASSES_COM	b) Lunettes	☐	☐	☐	☐
ICQ_CTLENS_COM	c) Verres de contact	☐	☐	☐	☐

Q18. Avez-vous des membres artificiels ou prothèses articulaires?

ICQ_PROSLIM_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

Non ☐ → **PASSER À Q20/ICQ_FX_COM**

[NE PAS LIRE] Refus ☐ → **PASSER À Q20/ICQ_FX_COM**

Q19. Pour lesquels de vos membres avez-vous des membres artificiels ou prothèses articulaires?
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT

		LES			
<u>PARTIE DU CORPS</u>		NON	GAUCHE	DROIT	DEUX RF
ICQ_PROSARM_COM..	a) Bras.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_PROSLEG_COM	b) Jambe	☐	☐	☐	☐
ICQ_PROSHND_COM	c) Main ou doigts.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_PROSFT_COM	d) Pied	☐	☐	☐	☐
ICQ_PROSHIP_COM	e) Hanche.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_PROSKNEE_COM	f) Genou	☐	☐	☐	☐

Q20. Avez-vous déjà subi une fracture ou une cassure?
 ICQ_FX_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

Non ☐ → **PASSER À Q22/ICQ_LAMIN_COM**

[DO NOT READ] Refused..... ☐ → **PASSER À Q22/ICQ_LAMIN_COM**

Q21. Quelles parties de votre corps ont subi une fracture ou une cassure? COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT

		LES			
<u>PARTIE DU CORPS</u>		NON	GAUCHE	DROIT	DEUX RF
ICQ_FXARM_COM	a) Bras.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXSHLD_COM	b) Épaule	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXHND_COM	c) Main ou doigts.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXRIB_COM	d) Côtes (indiquer le côté).....	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXLEG_COM	e) Jambe	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXANK_COM	f) Cheville	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXFT_COM	g) Pied ou orteils	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXHIP_COM	h) Hanche.....	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXKNEE_COM	i) Genou	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXCHK_COM	j) Joue	☐	☐	☐	☐
ICQ_FXJAW_COM	k) Mâchoire.....	☐	☐	☐	☐

	PARTIE DU CORPS	OUI	NON	RF
ICQ_FXNOSE_COM	l) Nez.....	☐	☐	☐
ICQ_FXSKL_COM	m) Crâne.....	☐	☐	☐
ICQ_FXNECK_COM	n) Cou	☐	☐	☐
ICQ_FXBACK_COM	o) Dos.....	☐	☐	☐
ICQ_FXCOLLR_COM	p) Clavicule	☐	☐	☐
ICQ_FXPELV_COM	q) Pelvis.....	☐	☐	☐

Q22. Avez-vous déjà eu une laminectomie?
ICQ_LAMIN_COM

Oui ☐
Non ☐
[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q23. Avez-vous déjà eu la polio?
ICQ_POLIO_COM

Oui ☐
Non ☐
[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q24. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu du sang dans vos expectorations ou avez-vous craché du sang?
ICQ_BLDSP3MO_COM

Oui ☐
Non ☐
[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q25. Avez-vous déjà eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral?
ICQ_ANEURY_COM

Oui ☐
Non ☐
[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q26. Vous a-t-on installé l'un ou l'autre des appareils médicaux suivants?

	<u>APPAREIL MÉDICAL</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NSP/PR</u>	<u>RE</u>
ICQ_PACEMKR_COM	a) Pacemaker	☐	☐	☐	☐
ICQ_DEFIBR_COM	b) Défibrillateur	☐	☐	☐	☐
ICQ_COCHLIMP_COM	c) Implant cochléaire	☐	☐	☐	☐

Q26d. Avez-vous présentement l'un ou l'autre de ces tubes d'alimentation?

	<u>APPAREIL</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NSP/PR</u>	<u>RE</u>
ICQ_NGTUBE_COM	i) Tube naso-gastrique	☐	☐	☐	☐
ICQ_ABDTUBE_COM	ii) Tube abdominal	☐	☐	☐	☐

Q27. Avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie au cours des 4 dernières semaines?

ICQ_CHEMO4WK_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q28. Êtes-vous atteint d'hémophilie ou de toute autre maladie reliée à la coagulation?

ICQ_HAEMO_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q29. Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou donné du sang au cours des 24 dernières heures?

ICQ_BLDTR24H_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q30. Avez-vous participé à une étude portant sur la médecine nucléaire au cours des 7 derniers jours?
ICQ_NUCLMED_COM

NOTE : Une étude portant sur la médecine nucléaire utilise des substances radioactives injectées dans un vaisseau sanguin, avalées ou inhalées sous forme gazeuse. Une caméra gamma, un appareil de tomographie par émission de positons ou une sonde détecte cette énergie et, à l'aide d'un ordinateur, prend une photo détaillant la structure et la fonction d'organes et de tissus du corps. Le tomodensitogramme et l'imagerie par résonance magnétique sont exclus.

- Oui ☐ → **PASSER À Q30a/
ICQ_NUCLMED_48H_COM**
- Non ☐ → **PASSER À Q30c/
ICQ_NUCLMED_IV24H_COM**
- [NE PAS LIRE]** Refus ☐ → **PASSER À Q30c/
ICQ_NUCLMED_IV24H_COM**

Q30a. Le test de médecine nucléaire a-t-il été fait il y a moins de 48 heures (c.-à-d. au cours des deux derniers jours)?
ICQ_NUCLMED_48H_COM

- Oui..... ☐ → **PASSER À Q31/
ICQ_BARSWAL_COM (NOTE
DE PROGRAMMATION :
CONTRE-INDIQUER TOUS LES
TESTS DEXA)**
- Non ☐ → **CONTINUER**
- [NE PAS LIRE]** Refus ☐ → **PASSER À Q30c/
ICQ_NUCLMED_IV24H_COM**

Q30b. Quel test avez-vous fait? (veuillez préciser _____) → **CONTINUER**
ICQ_NUCLMED_TEST_COM

Q30c. Avez-vous fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique (p. ex. : injection de substance de contraste) au cours de 24 dernières heures)?
ICQ_NUCLMED_IV24H_COM

- Oui ☐ → **CONTINUER
(NOTE DE PROGRAMMATION :
CONTRE-INDIQUER LE CORPS
ENTIER, MAIS FAIRE TOUS LES
AUTRES TESTS DEXA)**
- Non ☐ → **CONTINUER**
- [NE PAS LIRE]** Refus ☐ → **CONTINUER**

Q31. Avez-vous eu un test au baryum au cours des 7 derniers jours?
ICQ_BARSWAL_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

**(NOTE DE PROGRAMMATION :
CONTRE-INDIQUER LE CORPS
ENTIER, MAIS FAIRE TOUS LES
AUTRES TESTS DEXA)**

Non ☐ → **CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Refus ☐ → **CONTINUER**

Q32. Souffrez-vous d'acouphène?
ICQ_TINNIT_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q33. Parmi les énoncés suivants, lequel correspond à votre usage du tabac?
ICQ_SMOKE_COM

Oui (je suis fumeur/fumeuse) ☐ → **CONTINUER**

Non (je ne fume pas et je n'ai jamais fumé) ☐ → **PASSER À Q36/
ICQ_INHALERLONG_COM**

Anciennement (je ne fume pas, mais j'ai
déjà fumé)..... ☐ → **PASSER À Q36/
ICQ_INHALERLONG_COM**

Q34. Avez-vous fumé au cours des 24 dernières heures?
ICQ_SMOKETIME_COM

Oui ☐ → **CONTINUER**

Non ☐ → **PASSER À Q36/
ICQ_INHALERLONG_COM**

Q35. Combien d'heures se sont-elles écoulées depuis que vous avez fumé votre dernière cigarette,
pipe ou cigare?
ICQ_SMOKEHOURS_COM

Temps (heures) :

--	--

Q36. Avez-vous pris des inhalateurs à action prolongée au cours des 12 dernières heures?

ICQ_INHALERLONG_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

Q37. Avez-vous pris des inhalateurs à action brève au cours des 6 dernières heures?

ICQ_INHALERSHORT_COM

Oui ☐

Non ☐

[NE PAS LIRE] Refus ☐

FIN

Contre-indications : Critères d'exclusion

Pression sanguine

Exclusion du test

- Chirurgie aux deux bras, aux seins ou au thorax des deux côtés au cours des 3 derniers mois; ou shunt artérioveineux/fistule aux deux bras
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM OU Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=both)
- Plâtre aux deux bras
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=oui, les deux)
- Deux bras artificiels
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=les deux)

Exclusion du bras gauche

- Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté gauche; ou shunt artérioveineux/fistule au cours des 3 derniers mois
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM=gauche OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM=gauche OU Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=gauche)
- Plâtre ou bras gauche artificiel
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=gauche OU Q19a/ICQ_PROSARM_COM=gauche)

Exclusion du bras droit

- Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté droit; ou shunt artérioveineux/fistule au cours des 3 derniers mois
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM=droit OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM=droit OR Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=droit)
- Plâtre ou bras droit artificiel
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=droit OU Q19a/ICQ_PROSARM_COM=droit)

Force de préhension

Exclusion du test

- Chirurgie aux deux mains ou aux deux poignets au cours des 3 derniers mois
 - (Q5biii/ICQ_SRGYHND_COM=les deux)
- Douleur, paralysie aux deux mains ou aux deux poignets en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien

- (Q6/ICQ_PAINHND_COM=les deux côtés)
- Plaies ouvertes ou plaies sur les deux mains
 - (Q2a/ICQ_HNDSWL_COM=les deux OU Q2c/ICQ_HNDHMT_COM=les deux)
- Plâtre aux deux mains ou bras
 - (Q2b/ICQ_HNDCST_COM=les deux OU Q3b/ICQ_ARMCST_COM=les deux)
- Bras, mains ou doigts artificiels
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=les deux OU Q19c/ICQ_PROSHND_COM=les deux)

Exclusion du bras gauche

- Chirurgie à la main ou au poignet gauche au cours des 3 derniers mois
 - (Q5biii/ICQ_SRGYHND_COM=gauche, RF)
- Douleur, paralysie à la main ou au poignet gauche en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien
 - (Q6/ICQ_PAINHND_COM=gauche)
- Plaies ouvertes ou plaies à la main gauche
 - (Q2a/ICQ_HNDSWL_COM=gauche OU Q2c/ICQ_HNDHMT_COM=gauche)
- Plâtre à la main ou au bras gauche
 - (Q2b/ICQ_HNDCST_COM=gauche OU Q3b/ICQ_ARMCST_COM=gauche)
- Bras, mains ou doigts artificiels
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=gauche OU Q19c/ICQ_PROSHND_COM=gauche)

Exclusion du bras droit

- Chirurgie à la main ou au poignet droit au cours des 3 derniers mois
 - (Q5biii/ICQ_SRGYHND_COM=droit, RF)
- Douleur, paralysie à la main ou au poignet droit en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien
 - (Q6/ICQ_PAINHND_COM=droit)
- Plaies ouvertes ou plaies à la main droite
 - (Q2a/ICQ_HNDSWL_COM=droit OU Q2c/ICQ_HNDHMT_COM=droit)
- Plâtre à la main ou au bras droit
 - (Q2b/ICQ_HNDCST_COM=droit OU Q3b/ICQ_ARMCST_COM=droit)
- Bras, mains ou doigts artificiels
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=droit OU Q19c/ICQ_PROSHND_COM=droit)

TUG (test up and go minuté) : Mobilité et équilibre

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout ou de se lever d'une chaise sans aide.
 - (Q7/ICQ_RISEASSI_COM=non OU Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- Incapable de marcher sans aide
 - (Q9/ICQ_ABLEWLK_COM=non)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Membre artificiel ou prothèse articulaire
 - (Q19b/ICQ_PROSLEG_COM OU Q19d/ICQ_PROSFT_COM OU Q19e/ICQ_PROSHIP_COM OU Q19f/ICQ_PROSKNEE_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Infection à l'oreille
 - (Q14b/ICQ_EARINF_COM=droit OU gauche OU les deux)

Lever de la chaise : Équilibre et coordination

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout ou de se lever d'une chaise sans aide
 - (Q7/ICQ_RISEASSI_COM=non OU Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- Utilise une canne ou une marchette régulièrement
 - (Q7a/ICQ_RISECANE_COM=oui)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Membre artificiel ou prothèse articulaire
 - (Q19b/ICQ_PROSLEG_COM OU Q19d/ICQ_PROSFT_COM OU Q19e/ICQ_PROSHIP_COM OU Q19f/ICQ_PROSKNEE_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Infection à l'oreille
 - (Q14b/ICQ_EARINF_COM=droit OU gauche OU les deux)

Test de marche de 4 mètres : Vitesse de la marche

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

- Incapable de marcher sans aide
 - (Q9/ICQ_ABLEWLK_COM=non)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Membre artificiel ou prothèse articulaire
 - (Q19b/ICQ_PROSLEG_COM OU Q19d/ICQ_PROSFT_COM OU Q19e/ICQ_PROSHIP_COM OU Q19f/ICQ_PROSKNEE_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Infection à l'oreille
 - (Q14b/ICQ_EARINF_COM=droit OU gauche OU les deux)

Circonférence taille et hanche

Exclusion du test

- Grossesse de plus de 12 semaines
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui ET Q10b/ICQ_PREGNTWK_COM>12 semaines, NSP, RF)
- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

Vision – Caméra rétinienne et tableau d'acuité visuelle

Exclusion du test

- Aucun

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Infection de l'œil
 - (Q14a/ICQ_EYEINF_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact
 - (Q15a/ICQ_CATRCT2_COM=oui OU Q16/ICQ_GLAUC_COM=oui OU Q17b/ICQ_GLASSES_COM=oui OU Q17c/ICQ_CTLENS_COM=oui)

Vision - Tonomètre

Exclusion du test

- Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil au cours des 3 derniers mois
 - (Q5bv/ICQ_SRGYEYE_COM=gauche OU droit OU les deux)
 - (Q13/ICQ_DERET3MO_COM=oui)
- Infection de l'œil
 - (Q14a/ICQ_EYEINF_COM=les deux)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Infection de l'oeil
 - (Q14a/ICQ_EYEINF_COM=droit OU gauche)
- Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact
 - (Q15a/ICQ_CATRCT2_COM=oui OU Q16/ICQ_GLAUC_COM=oui OU Q17b/ICQ_GLASSES_COM=oui OU Q17c/ICQ_CTLENS_COM=oui)

Audition

Exclusion du test

- Aucun

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Infection de l'oreille
 - (Q14b/ICQ_EARINF_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Appareils auditifs
 - (Q17a/ICQ_HRAID_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Acouphène
 - (Q32/ICQ_TINNIT_COM=oui)

Spirométrie (FEV1, capacité vitale forcée)

Exclusion du test

- Condition respiratoire aiguë
 - (Q11/ICQ_ILLLUNG_COM=oui)
- Grossesse de plus de 27 semaines
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui ET Q10b/ICQ_PREGNTWK_COM>27 semaines, NSP)
- Condition cardiaque instable ou chirurgie cardiaque au cours de 3 derniers mois
 - (Q12/ICQ_HRTCOND_COM=oui)
 - (Q5bvii/ICQ_SRGYHRT_COM=oui)
- Chirurgie importante au thorax ou à l'abdomen au cours des 3 derniers mois
 - (Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM OU Q5bvi/ICQ_SRGYABD_COM=gauche OU droit OU les deux)
- Décollement de la rétine ou chirurgie récente de l'oeil au cours des 3 derniers mois
 - (Q5bv/ICQ_SRGYEYE_COM=gauche OU droit OU les deux)
 - (Q13/ICQ_DERET3MO_COM=oui)

- A déjà eu du sang dans les expectorations au cours des 3 derniers mois
 - (Q24/ICQ_BLDSP3MO_COM=oui)
- A eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral
 - (Q25/ICQ_ANEURY_COM=oui)
- A eu une embolie pulmonaire au cours des 6 dernières semaines ou prend encore des anticoagulants parce qu'il a eu une embolie pulmonaire
 - (Q12a=oui)
 - (Q12b=oui)
- A un tube naso-gastrique
 - (Q26di=oui)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Fumeur
 - (Q33/ICQ_SMOKE_COM=oui ou non ou anciennement)
- A fumé dans les 24 dernières heures
 - (Q34/ICQ_SMOKETIME_COM=oui ou non)
- A fumé une cigarette, un cigare ou une pipe pour la dernière fois
 - (Q35/ICQ_SMOKEHOURS_COM=oui, temps en heures)
- A utilisé un inhalateur à action prolongée
 - (Q36/ICQ_INHALERLONG_COM=oui ou non)
- A utilisé un inhalateur à action brève
 - (Q37/ICQ_INHALERSHORT_COM=oui ou non)
- A un tube d'alimentation abdominal
 - (Q26dii=oui)

Taille debout

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

Taille assise

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

Équilibre debout

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- Utilise une canne ou une marchette régulièrement
 - (Q7a/ICQ_RISECANE_COM=oui)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Membre artificiel ou prothèse articulaire
 - (Q19b/ICQ_PROSLEG_COM OU Q19d/ICQ_PROSFT_COM OU Q19e/ICQ_PROSHIP_COM OU Q19f/ICQ_PROSKNEE_COM=droit OU gauche OU les deux)
- Infection à l'oreille
 - (Q14b/ICQ_EARINF_COM=droit OU gauche OU les deux)

Poids

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Grossesse
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui ET Q10b/ICQ_PREGNTWK_COM=nombre de semaines)

Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Corps entier

Exclusion du test

- Femmes enceintes
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui, NSP, RF)
- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire au cours des deux derniers jours
 - (Q30a/ICQ_NUCLMED_48H_COM=oui)

- A fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique au cours de 24 dernières heures
 - (Q30c/ICQ_NUCLMED_IV24H_COM=oui)
- A eu un test au baryum au cours des 7 derniers jours
 - (Q31/ICQ_BARSWAL_COM=oui)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- S'est fait installer un appareil médical
 - (Q26a/ICQ_PACEMKR_COM OU Q26b/ICQ_DEFIBR_COM OU Q26c/ICQ_COCHLIMP_COM=oui)
- Plâtre
 - (Q2b/ICQ_HNDCST_COM OU Q3b/ICQ_ARMCST_COM OU Q4b/ICQ_LEGCSST_COM=gauche OU droit OU les deux)
- Membres artificiels ou prothèses articulaires
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM OU Q19b/ICQ_PROSLEG_COM OU Q19c/ICQ_PROSHND_COM OU Q19d/ICQ_PROSFT_COM OU Q19e/ICQ_PROSHIP_COM OU Q19f/ICQ_PROSKNEE_COM=gauche OU droit OU les deux)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21a/ICQ_FXARM_COM OU Q21b/ICQ_FXSHLD_COM OU Q21c/ICQ_FXHND_COM OU Q21d/ICQ_FXRIB_COM OU Q21e/ICQ_FXLEG_COM OU Q21f/ICQ_FXANK_COM OU Q21g/ICQ_FXFT_COM OU Q21h/ICQ_FXHIP_COM OU Q21i/ICQ_FXKNEE_COM OU Q21j/ICQ_FXCHK_COM OU Q21k/ICQ_FXJAW_COM=gauche OU droit OU les deux)
 - (Q21l/ICQ_FXNOSE_COM OU Q21m/ICQ_FXSKL_COM OU Q21n/ICQ_FXNECK_COM OU Q21o/ICQ_FXBACK_COM OU Q21p/ICQ_FXCOLLR_COM OU Q21q/ICQ_FXPELV_COM=oui)
- Laminectomie
 - (Q22/ICQ_LAMIN_COM=oui)
- Polio
 - (Q23/ICQ_POLIO_COM=oui)
- Appareil auditif
 - (Q17a/ICQ_HRAID_COM=oui)
- Shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=gauche OU droit OU les deux)
- Quel test a été fait
 - (Q30b/ICQ_NUCLMED_TEST_COM=préciser)

Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Colonne vertébrale latérale IVA

Exclusion du test

- Femmes enceintes
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui, NSP, RF)
- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire au cours des deux derniers jours
 - (Q30a/ICQ_NUCLMED_48H_COM=oui)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Laminectomie
 - (Q22/ICQ_LAMIN_COM=oui)
- Polio
 - (Q23/ICQ_POLIO_COM=oui)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21o/ICQ_FXBACK_COM=oui)
- Quel test a été fait
 - (Q30b/ICQ_NUCLMED_TEST_COM=préciser)

Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Hanche

Exclusion du test

- Femmes enceintes
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui, NSP, RF)
- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire au cours des deux derniers jours
 - (Q30a/ICQ_NUCLMED_48H_COM=oui)
- Prothèse
 - (Q19e/ICQ_PROSHIP_COM=les deux)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21h/ICQ_FXHIP_COM=gauche ET droit)

Exclusion de la hanche gauche

- Prothèse

- (Q19e/ICQ_PROSHIP_COM=gauche)

Exclusion de la hanche droite

- Prothèse
 - (Q19e/ICQ_PROSHIP_COM=droit)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Polio
 - (Q23/ICQ_POLIO_COM=oui)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21h/ICQ_FXHIP_COM=gauche OU droit)
- Quel test a été fait
 - (Q30b/ICQ_NUCLMED_TEST_COM=préciser)

<i>Densité osseuse et bio-impédance avec le DEXA – Avant-bras</i>
--

Exclusion du test

- Femmes enceintes
 - (Q10a/ICQ_PREGNT_COM=oui, NSP, RF)
- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)
- A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire au cours des deux derniers jours
 - (Q30a/ICQ_NUCLMED_48H_COM=oui)
- Prothèse
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=les deux)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21a/ICQ_FXARM_COM=gauche ET droit)

Exclusion de l'avant-bras gauche

- Prothèse
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=gauche)
- Plâtre
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=gauche)
- Shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=gauche)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21a/ICQ_FXARM_COM=gauche)

Exclusion de l'avant-bras droit

- Prothèse
 - (Q19a/ICQ_PROSARM_COM=droit)
- Plâtre
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=droit)
- Shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=droit)
- A déjà eu des fractures ou cassures
 - (Q21a/ICQ_FXARM_COM=droit)

À noter (mais pas un critère d'exclusion)

- Polio
 - (Q23/ICQ_POLIO_COM=oui)
- Quel test a été fait
 - (Q30b/ICQ_NUCLMED_TEST_COM=préciser)

ECG

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

Doppler de la carotide

Exclusion du test

- Incapable de se tenir debout sans aide
 - (Q8/ICQ_ABLESTND_COM=non)

Échantillon de sang

Exclusion du test

- Chimiothérapie au cours des 4 dernières semaines
 - (Q27/ICQ_CHEMO4WK_COM=oui)
- Hémophilie ou autre maladie de la coagulation
 - (Q28/ICQ_HAEMO_COM=oui)

- A reçu une transfusion sanguine ou donné du sang au cours des 24 dernières heures
 - (Q29/ICQ_BLDTR24H_COM=oui)
- Chirurgie aux deux bras, aux seins ou aux deux côtés du thorax au cours des 3 derniers mois; ou shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM OU Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=les deux)
- Plâtre aux deux bras ou deux bras artificiels
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=les deux OU Q19a/ICQ_PROSARM_COM=les deux)

Exclusion du bras gauche

- Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté gauche; ou shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM=gauche OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM=gauche OU Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=gauche)
- Plâtre ou bras artificiel du côté gauche
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=gauche OU Q19a/ICQ_PROSARM_COM=gauche)

Exclusion du bras droit

- Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté droit; ou shunt artérioveineux/fistule
 - (Q5bi/ICQ_SRGYARM_COM=droit OU Q5bii/ICQ_SRGYCHT_COM=droit OU Q5biv/ICQ_SRGYART_COM=droit)
- Plâtre ou bras artificiel du côté droit
 - (Q3b/ICQ_ARMCST_COM=droit OU Q19a/ICQ_PROSARM_COM=droit)

Échantillon d'urine

Exclusion du test

- Aucun



clsa élcw

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire du DCS – batterie neuropsychologique

(Cohorte globale)

v1.7, 15 janvier 2015

Batterie neuropsychologique

Maintenant, je vais vous demander de compléter certaines tâches qui font appel 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.

Test de mémoire prospective (PMT)

Le Dr David Loewenstein, auteur, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument. D. A. Loewenstein et A. Acevedo, The Prospective Memory Test: Administration and Scoring Manual, University of Miami School of Medicine, Miami, Fla, USA, 2004.

INSTRUCTIONS :

- Montrez au sujet l'enveloppe contenant trois pièces de 1 \$, un billet de 5 \$, un billet de 10 \$, un billet de 20 \$, une pièce de 25¢ et une pièce de 5¢. Dites au sujet : « **Comme vous pouvez le constater, cette enveloppe contient de l'argent.** » (En disant cela, ouvrez l'enveloppe et déposez les différents billets et pièces aléatoirement sur la table, sans les arranger en ordre croissant ou décroissant.) Puis, dites « **Lorsque cette minuterie sonnera** (faites sonner la minuterie), **je veux que vous preniez cette enveloppe qui sera devant vous et que vous me donniez un billet de 5 \$** (prenez le billet de 5 \$ et donnez-vous le). **Je veux que vous vous donniez un billet de 10 \$** » (prenez le billet de 10 \$ et donnez-le au sujet). Laissez l'argent sur la table et répétez les consignes en disant : « **Laissez-moi répéter les consignes. Lorsque cette minuterie sonnera...** » Quand vous répéterez les instructions, sonnez la minuterie encore une fois et assurez-vous que le sujet peut l'entendre sans difficulté. Pour vérifier que le sujet a bien compris les instructions, dites : « **Veuillez me dire ce que vous devez faire.** » Répétez les instructions si nécessaire. Répondez à toutes les questions ou clarifiez toute ambiguïté, puis vérifiez que le sujet connaisse l'événement (c.à.d. sonnerie de la minuterie) et les actions (c.à.d. prendre l'enveloppe, l'ouvrir, donner 5 \$ à l'intervieweur et se donner 10 \$) qu'il/elle doit faire.

1a **INTERVIEWEUR** : Le participant peut-il faire le test?

Oui 1 **PASSER À 2**
Non 2 **CONTINUER**

1b **INTERVIEWEUR** : Quels sont les facteurs qui ont pu nuire au rendement du répondant au test?
**RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES),
ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Difficulté de compréhension du français/anglais 01
Handicap physique, tel que difficulté à entendre 02
Distraction ou milieu bruyant 03
Difficulté de concentration/problèmes de mémoire 04
Aide utilisée 05
Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif 06
Autre (veuillez préciser : _____) 97
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus99

PASSER À PMT_END

2. Placez l'enveloppe à la gauche ou à la droite du sujet (selon la main utilisée et l'aire de travail). L'enveloppe doit être à portée de la main du sujet, mais ne doit pas être dans le chemin pour les autres tâches. Programmez la minuterie pour sonner dans exactement 30 minutes. Ne permettez pas au sujet de voir l'intervalle de temps choisi. Placez la minuterie proche du sujet dans un endroit où il/elle ne pourra pas voir le temps s'écouler.
3. Lorsque la minuterie sonne, donnez 60 secondes au sujet pour réagir. Si le sujet n'a pas réagi après 60 secondes, commencez à lui donner des indices de façon progressive tel qu'indiqué à la page suivante.

FIN DE LA TÂCHE DE MÉMOIRE PROSPECTIVE FONDÉE SUR UN ÉVÉNEMENT : INDICES

PMT_1 LORSQUE LA MINUTERIE SONNE, DONNEZ 60 SECONDES AU PARTICIPANT POUR RÉAGIR. SI LE SUJET N'A PAS RÉAGIT APRÈS 60 SECONDES, COMMENCEZ À LUI DONNER DES INDICES DE FAÇON PROGRESSIVE EN DISANT :

Vous deviez faire quelque chose quand la minuterie sonnait. Vous souvenez-vous de ce que c'était?

Oui.....	1	CONTINUER
Non	2	PASSER À PMT_2
Sans objet	96	PASSER À PMT_2

PMT_1a ENCERCLEZ UNE DES OPTIONS SUIVANTES SELON LA RÉACTION DU PARTICIPANT EN RÉPONSE À L'INDICE

A complété la tâche sans indice supplémentaire et sans erreur	01	PASSER À PMT_4
A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'enveloppe et l'argent.....	02	CONTINUER
A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'enveloppe.....	03	CONTINUER
A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'argent	04	CONTINUER
Autre (veuillez préciser : _____)	97	CONTINUER

PMT_2 Vous deviez faire quelque chose avec cette enveloppe (montrer l'enveloppe au sujet).
Vous souvenez-vous de ce que c'était?

Oui 1 **PASSER À PMT_3**
Non 2 **CONTINUER**
Sans objet 96 **PASSER À PMT_3**

PMT_2B1 **OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :**

PMT_3 **SI LE RÉPONDANT NE MENTIONNE PAS LA TÂCHE DE SE DONNER L'ARGENT
OU DE LA DONNER À L'INTERVIEWEUR, DITES :**

Vous deviez faire quelque chose avec l'argent dans cette enveloppe (montrer
l'enveloppe au sujet). Vous souvenez-vous de ce que c'était?

Oui 1 **PASSER À PMT_4**
Non 2 **CONTINUER**
Sans objet 96 **PASSER À PMT_4**

PMT_3B1 **OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :**

Test de mémoire prospective fondé sur un événement : Grille de notation

PMT_4

INTENTION D'AGIR :

- ☐ (score = 3) : Prend l'enveloppe lorsque la minuterie sonne.
- ☐ (score = 2) : Ne prend pas l'enveloppe, mais indique verbalement qu'il/elle doit faire quelque chose en réponse à un signal (par exemple, « Je sais que je dois faire quelque chose, mais je ne m'en souviens plus. »).
- ☐ (score = 1) : Réagit de façon non spécifique et non verbale au signal (par exemple, regarde autour de lui/d'elle, regarde vers la minuterie qui sonne, fait le saut).
- ☐ (score = 0) : Ne réagit pas au signal.

PMT_5

PRÉCISION DE LA RÉPONSE :

- ☐ (score = 3) : Le sujet répond correctement : donne le billet de 5 \$ à l'intervieweur et se donne le billet de 10 \$.
- ☐ (score = 2) : Le sujet sélectionne correctement les billets de 5 \$ et de 10 \$, mais ne les donne pas aux bonnes personnes (par exemple, donne le billet de 10 \$ à l'intervieweur et se donne le billet de 5 \$).
- ☐ (score = 1) : Le sujet sélectionne un billet de 5 \$ ou de 10 \$, puis se le donne ou le donne à l'intervieweur. Donner un score de 1 peu importe le montant choisi (5 \$ ou 10 \$) ou la personne choisie (soi-même ou l'intervieweur). Donner à l'intervieweur ou se donner un autre montant d'argent (par exemple 20 \$) équivaut à un score de 1 si le sujet a aussi choisi un 5 \$ ou un 10 \$.
- ☐ (score = 0) : Aucune des options ci-dessus. D'autres options :
- a) Le sujet ne sélectionne pas le billet de 5 \$ ou de 10 \$, mais sélectionne d'autres montants ou sélectionne seulement des pièces de monnaie.
 - b) Le sujet sélectionne un billet de 5 \$ ou de 10 \$, mais ne le donne pas (à soi-même ou à l'intervieweur).
 - c) Le sujet ne sélectionne pas d'argent dans l'enveloppe (par exemple, il/elle donne l'enveloppe à l'intervieweur avec tout l'argent).

PMT_6

BESOIN DE RAPPEL :

☐

(score = 3) : N'a pas eu besoin de rappel.

☐

(score = 2) : A eu besoin d'un seul des rappels. Décrivez le rappel donné :

☐

(score = 1) : A eu besoin de deux des rappels. Décrivez les rappels donnés :

☐

(score = 0) : A eu besoin des trois rappels. Inscrivez le score de 0 peu importe si la réponse au troisième rappel a été correcte ou non.

PMT_END

Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop

Ce module comprend le Stroop Neurological Screening Test - Victoria version©. La Clinique de psychologie de l'Université de Victoria a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument.

Pour les prochaines tâches, nous vous demanderons de lire ou de nommer des couleurs, ainsi que certains mots.

STP_1 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?

Oui.....	01	CONTINUER
Non.....	02	PASSER À FAS_END
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À FAS_END
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À FAS_END

STP_2 Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer? **NSP/RF NON PERMIS**

Oui.....	1	PASSER À STP_4
Non.....	2	CONTINUER

STP_3 **SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.**
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?

Oui.....	1	PASSER À STP_4
Non.....	2	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À STP_END
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À STP_END

STP_3a **INTERVIEWEUR :** Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À STP_END

STP_3b

INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT

- Difficulté de compréhension du français/anglais.....01
- Handicap physique, tel que difficulté à entendre02
- Distraction ou milieu bruyant.....03
- Difficulté de concentration/problèmes de mémoire04
- Aide utilisée05
- Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif.....06
- Autre (veuillez préciser : _____)97
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse98
- [NE PAS LIRE]** Refus99

PASSER À STP_END

STP_4

Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.

En cas de production d'une ou plusieurs erreurs, deux autres essais au maximum peuvent être proposés. Si une ou plusieurs erreurs sont produites au troisième essai, l'épreuve débute quand même. Ne pas chronométrer l'exemple.

STP_5

Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez. **DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE.**

_____ **INSCRIRE LE TEMPS EXACT EN SECONDES**

Merci. Cette tâche est terminée

STP_6

Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer? **NSP/RF NON PERMIS**

- | | |
|------------|-----------------------|
| Oui..... 1 | PASSER À STP_8 |
| Non..... 2 | CONTINUER |

STP_7 **SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.** Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?

Oui..... 1 **PASSER À STP_8**
Non..... 2 **CONTINUER**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À STP_END**
[NE PAS LIRE] Refus 99 **PASSER À STP_END**

STP_7a **INTERVIEWEUR :** Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?

Oui..... 1 **CONTINUER**
Non..... 2 **PASSER À STP_END**

STP_7b **INTERVIEWEUR :** Quels étaient ces facteurs? **RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Difficulté de compréhension du français/anglais.....01
Handicap physique, tel que difficulté à entendre02
Distraction ou milieu bruyant.....03
Difficulté de concentration/problèmes de mémoire04
Aide utilisée05
Difficultés techniques avec l'ordinateur portable.....06
Autre (veuillez préciser : _____)97
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse98
[NE PAS LIRE] Refus99

PASSER À STP_END

STP_8 Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.

En cas de production d'une ou plusieurs erreurs, deux autres essais au maximum peuvent être proposés. Si une ou plusieurs erreurs sont produites au troisième essai, l'épreuve débute quand même. Ne pas chronométrer l'exemple.

STP_9 Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle sont écrits les mots, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez. **DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE.**

_____ **INSCRIRE LE TEMPS EXACT EN SECONDES**

Merci. Cette tâche est terminée

STP_10 Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer? **NSP/RF NON PERMIS**

Oui..... 1 **PASSER À STP_12**
Non..... 2 **CONTINUER**

STP_11 **SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.**
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?

Oui..... 1 **PASSER À STP_12**
Non..... 2 **CONTINUER**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À STP_END**
[NE PAS LIRE] Refus 99 **PASSER À STP_END**

STP_11a **INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?**

Oui..... 1 **CONTINUER**
Non..... 2 **PASSER À STP_END**

STP_11b **INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs? RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Difficulté de compréhension du français/anglais.....01
Handicap physique, tel que difficulté à entendre02
Distraction ou milieu bruyant.....03
Difficulté de concentration/problèmes de mémoire04
Aide utilisée05
Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif.....06
Autre (veuillez préciser : _____)97
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse98
[NE PAS LIRE] Refus99

PASSER À STP_END

STP_12 Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.

En cas de production d'une ou plusieurs erreurs, deux autres essais au maximum peuvent être proposés. Si une ou plusieurs erreurs sont produites au troisième essai, l'épreuve débute quand même. Ne pas chronométrer l'exemple.

STP_13 Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ces mots de couleur sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez. **DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE.**

_____ INSCRIRE LE TEMPS EXACT EN SECONDES

Merci. Cette tâche est terminée.

STP_END

Test oral contrôlé d'association de mots : FAS

Dans les prochaines tâches, nous allons vous demander de dire des mots à voix haute.

FAS_1 Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille,... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl,... ». Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt(e) à commencer?

Oui..... 1 **PASSER À FAS_3**

Non..... 2 **CONTINUER**

FAS_2 **SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS :** Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille,... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl,... ». Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt(e) à commencer?

Oui..... 1 **PASSER À FAS_3**

Non..... 2 **CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 **PASSER À FAS_END**

[NE PAS LIRE] Refus 9 **PASSER À FAS_END**

FAS_2a **INTERVIEWEUR :** Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?

Oui..... 1 **CONTINUER**

Non..... 2 **PASSER À FAS_END**

FAS_2b **INTERVIEWEUR :** Quels étaient ces facteurs? **RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Difficulté de compréhension du français/anglais.....01

Handicap physique, tel que difficulté à entendre02

Distraction ou milieu bruyant.....03

Difficulté de concentration/problèmes de mémoire.....04

Aide utilisée05

Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif.....06

Autre (veuillez préciser : _____)97

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse98

[NE PAS LIRE] Refus99

PASSER À FAS_END

FAS_3 Commencez quand je vais dire la lettre. La première lettre est le « F ». Commencez.
DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE POUR UNE MINUTE. SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, L'ENCOURAGER EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS ET LA LETTRE. NE PAS AIDER LE PARTICIPANT.

TEST COMPLÉTÉ :

Oui..... 1 CONTINUER
Non..... 2 CONTINUER

C'est bien, merci.

FAS_4 Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « A ». Commencez.
DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE POUR UNE MINUTE. SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, L'ENCOURAGER EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS ET LA LETTRE. NE PAS AIDER LE PARTICIPANT.

TEST COMPLÉTÉ :

Oui..... 1 CONTINUER
Non..... 2 CONTINUER

C'est bien, merci.

FAS_5 Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « S ». Commencez.
DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE POUR UNE MINUTE. SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, L'ENCOURAGER EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS ET LA LETTRE. NE PAS AIDER LE PARTICIPANT.

TEST COMPLÉTÉ :

Oui..... 1 CONTINUER
Non..... 2 CONTINUER

C'est bien, merci.

Cette tâche est terminée. Cela termine la session d'enregistrement.

FAS_END

Test de temps de réaction (CRT)

Pour le prochain test, j'aimerais vous montrer cet écran tactile **[INTERVIEWEUR : montrer l'écran tactile au participant; l'écran doit être allumé et doit afficher deux cases vides, ainsi que deux cases avec des flèches]**.

Vous pouvez voir que l'écran montre deux cases vides et qu'il y a une flèche sous chaque case.

Pendant le test, un carré gris apparaîtra dans l'une ou l'autre des cases vides. Lorsque cela se produira, vous devrez le plus rapidement possible appuyer sur la flèche qui se trouve sous cette case. Vous devrez répéter l'exercice 60 fois, chaque fois en appuyant le plus rapidement possible sur la flèche qui se trouve sous la case où apparaît le carré gris.

CRT_1 Avez-vous compris?

Oui.....	01	PASSER À CRT_3
Non	02	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Refus	99	CONTINUER

CRT_2 **[INTERVIEWEUR : répéter les instructions]** Avez-vous compris?

Oui.....	01	CONTINUER
Non	02	PASSER À CRT_END
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À CRT_END
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À CRT_END

CRT_3 Avant de commencer le test chronométré, vous ferez deux essais pour vous pratiquer : un court avec un seul carré gris et un deuxième plus long avec quatre carrés gris consécutifs. Êtes-vous prêt(e)? **INTERVIEWEUR : faire les essais de pratique et évaluer l'aptitude du participant à faire le test]**.
Le participant est-il/elle apte à faire ce test? **[INTERVIEWEUR : ne pas lire la question à voix haute.]**

Oui.....	01	CONTINUER
Non	02	PASSER À CRT_END

[INTERVIEWEUR : faire passer le test au participant. NOTE : Ce test ne peut pas être fait sans ONYX.]

CRT_4a **[CALCULÉ PAR ONYX]** Pourcentage de touches correctes (N° correctes/52) _____

CRT_4b **[CALCULÉ PAR ONYX]** Temps de réaction moyen (Latence) = moyenne des bonnes réponses sans les mauvaises réponses et les « temps écoulés ».

CRT_END

Réseaux sociaux (SN)

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur les personnes qui vivent dans logement et sur leur lien avec vous. De plus, je vous poserai des questions sur vos enfants, qu'ils habitent avec vous ou non.

SN_1 Combien de personnes, autres que vous, vivent dans votre maison, logement ou appartement? _____ **NOTE : LA PERSONNE N° 1 EST LE RÉPONDANT, INSCRIRE SON SEXE ET SON ÂGE.**

- a) Quel lien la personne n° 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 n° 2?
- c) Quel âge a la personne n° 2?

Membre du ménage (HM)	Lien	Sexe	Âge
HM n° 1	Participant		
HM n° 2			
HM n° 3			
HM n° 4			
HM n° 5			
HM n° 6			
HM n° 7			
HM n° 8			
HM n° 9			
HM n° 10			

RÉPÉTER LA SÉQUENCE DE QUESTIONS POUR TOUS LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE.

SN_2 Combien d'enfants toujours vivants avez-vous (c'est-à-dire des enfants biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))? **NSP / PR NON PERMIS**

_____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00, MAX=20**

[NE PAS LIRE] Refus 99

SI SN_2=0 OU SN_2=99, PASSER À SN_10

SN_3 Combien de ces enfants sont vos enfants biologiques? **NSP / PR NON PERMIS**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00,
MAX=[INSÉRER LA RÉPONSE DE SN_2]

[NE PAS LIRE] Refus 99

SN_4 Combien de ces enfants sont adoptés? **NSP / PR NON PERMIS**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00,
MAX=[INSÉRER LA RÉPONSE DE SN_2]

[NE PAS LIRE] Refus 99

SN_5 Combien de ces enfants sont les enfants d'une union précédente de votre conjoint ou conjointe? **NSP / PR NON PERMIS**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00,
MAX=[INSÉRER LA RÉPONSE DE SN_2]

[NE PAS LIRE] Refus 99

(SN_6 A ÉTÉ EFFACÉE INTENTIONNELLEMENT ET LES QUESTIONS QUI SUIVENT NE SERONT PAS RENUMÉROTÉES.)

SN_7 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))? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00,
MAX=[INSÉRER LA RÉPONSE DE SN_2]

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

SN_8 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))? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00,
MAX=[INSÉRER LA RÉPONSE DE SN_2]

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

VÉRIFIER LE TOTAL : SN_2=SN_7 + SN_8

NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI SN_2 N'EST PAS ÉGAL À LA SOMME DE SN_7 ET SN_8, ALORS DIRE : le nombre total de vos enfants ne correspond pas à la somme de vos filles et de vos fils. S'assurer que le nombre total d'enfants toujours vivants corresponde à la somme des filles et fils qui sont toujours vivants.

SN_9 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**

Hier ou avant-hier 01

Cette semaine ou la semaine dernière 02

Au cours du dernier mois 03

Au cours des derniers six mois 04

Au cours de la dernière année 05

Il y a plus d'un an..... 06

Sans objet, tous les enfants vivent dans

le domicile 07

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

SN_10 S'il y a lieu, combien avez-vous de frères et soeurs encore en vie? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

_____ INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00, MAX=50

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

SI SN_10=0 ou SN_10=99, PASSER À SN_12

SN_11 Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos frères et soeurs vivant à l'extérieur de votre domicile? **LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE**

- Hier ou avant-hier 01
- Cette semaine ou la semaine dernière 02
- Au cours du dernier mois 03
- Au cours des derniers six mois 04
- Au cours de la dernière année 05
- Il y a plus d'un an..... 06
- Sans objet, tous les frères et soeurs vivent
dans le domicile..... 07
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SN_12 Environ combien d'autres membres toujours vivants votre famille compte-t-elle (parents, grand-parents, petits-enfants, nièces, neveux, cousins, tantes, oncles)? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

- _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=000, MAX=100**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 998
- [NE PAS LIRE]** Refus 999

SI SN_12=0 ou SN_12=999, PASSER À SN_14

SN_13 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**

- Hier ou avant-hier 01
- Cette semaine ou la semaine dernière 02
- Au cours du dernier mois 03
- Au cours des derniers six mois 04
- Au cours de la dernière année 05
- Il y a plus d'un an..... 06
- Sans objet, tous les membres de la famille vivent
dans le domicile..... 07
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SN_14 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**

- _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00, MAX=90**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SI SN_14=0 ou SN_14=99, PASSER À SN_16

SN_15 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**

- Hier ou avant-hier 01
 Cette semaine ou la semaine dernière 02
 Au cours du dernier mois 03
 Au cours des derniers six mois 04
 Au cours de la dernière année 05
 Il y a plus d'un an..... 06
 Sans objet, aucun ami ne vit à l'extérieur
 du domicile 07
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SN_16 Combien de vos voisins connaissez-vous? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

- _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=00, MAX=90**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SI SN_16=0 ou SN_16=99, PASSER À SN_18

SN_17 Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos voisins? **LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE**

- Hier ou avant-hier 01
 Cette semaine ou la semaine dernière 02
 Au cours du dernier mois 03
 Au cours des derniers six mois 04
 Au cours de la dernière année 05
 Il y a plus d'un an..... 06
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

- SN_18 À l'exception des membres de votre famille, de vos amis proches et de vos voisins, combien d'autres personnes connaissez-vous personnellement (c'est-à-dire par leur nom)... **LIRE LA LISTE, INSCRIRE LE NOMBRE EXACT POUR CHACUN, TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**
- SN_18a Au travail ou à l'école
 _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=000, MAX=100**
 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 998
 [NE PAS LIRE] Refus 999
- SN_18b Lors de vos activités communautaires ou de bénévolats au sein d'organismes
 _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=000, MAX=100**
 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 998
 [NE PAS LIRE] Refus 999
- SN_18c Lors d'autres activités?
 _____ **INSCRIRE LE NOMBRE EXACT, CATI MASK : MIN=000, MAX=100**
 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 998
 [NE PAS LIRE] Refus 999
- SN_END

Soutien social – Disponibilité (SSA)

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

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

SSA_1 Une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_2 Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_3 Une personne qui vous conseille en situation de crise?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_4 Une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_5 Une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_6 Une personne avec qui partager du bon temps?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_7 Une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_8 Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_9 Une personne pour vous serrer dans ses bras?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_10 Une personne avec qui vous détendre?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_11 Une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_12 Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_13 Une personne avec qui faire des activités pour vous distraire?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_14 Une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_15 Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_16 Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_17 Une personne avec qui faire des choses agréables?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_18 Une personne qui comprend vos problèmes?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_19 Une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d’être désiré(e)?

Jamais 01
Rarement..... 02
Parfois 03
La plupart du temps..... 04
Tout le temps..... 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_20 Avez-vous un animal de compagnie?

Oui..... 01
Non 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SSA_END

Participation sociale (SPA)

Les questions qui suivent portent sur vos activités sociales.

SPA_1 Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous? **LIRE CHAQUE ÉNONCÉ, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Je lis un journal/quotidien	01
J'ai un hobby ou un passe-temps	02
J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois	03
J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois.....	04
J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois.....	05
J'utilise Internet ou un courriel	06
J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales	07
Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi.....	08
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98
[NE PAS LIRE] Refus	99

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 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.**

- Au moins une fois par jour..... 01
- Au moins une fois par semaine 02
- Au moins une fois par mois 03
- Au moins une fois par an..... 04
- Jamais 05
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_3 Des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs

- Au moins une fois par jour..... 01
- Au moins une fois par semaine 02
- Au moins une fois par mois 03
- Au moins une fois par an..... 04
- Jamais 05
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_4 Des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes

- Au moins une fois par jour..... 01
- Au moins une fois par semaine 02
- Au moins une fois par mois 03
- Au moins une fois par an..... 04
- Jamais 05
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_5 Des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts ou aller au musée

Au moins une fois par jour..... 01
 Au moins une fois par semaine 02
 Au moins une fois par mois 03
 Au moins une fois par an..... 04
 Jamais 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SPA_6 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.

Au moins une fois par jour..... 01
 Au moins une fois par semaine 02
 Au moins une fois par mois 03
 Au moins une fois par an..... 04
 Jamais 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SPA_7 Des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle

Au moins une fois par jour..... 01
 Au moins une fois par semaine 02
 Au moins une fois par mois 03
 Au moins une fois par an..... 04
 Jamais 05
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

SPA_8 Des activités bénévoles ou de bienfaisance

- Au moins une fois par jour..... 01
- Au moins une fois par semaine 02
- Au moins une fois par mois 03
- Au moins une fois par an..... 04
- Jamais 05
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_9 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

- Au moins une fois par jour..... 01
- Au moins une fois par semaine 02
- Au moins une fois par mois 03
- Au moins une fois par an..... 04
- Jamais 05
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_10 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe?

- | | |
|--|-------------------------|
| Oui..... 01 | CONTINUER |
| Non..... 02 | PASSER À SPA_END |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 | PASSER À SPA_END |
| [NE PAS LIRE] Refus 99 | PASSER À SPA_END |

SPA_11

Qu'est-ce qui vous a empêché(e) de participer à davantage 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**

- Coût 01
- Problèmes de transport 02
- Activités non disponibles dans la région 03
- Endroit physiquement inaccessible 04
- Endroit trop éloigné 05
- Problème de santé 06
- Horaire des activités ne convient pas 07
- Ne veux pas y aller seul(e)..... 08
- Responsabilités personnelles ou familiales 09
- Raisons liées à la langue 10
- Trop occupé(e) 11
- Crainte ou préoccupation concernant la sécurité..... 12
- Autre (veuillez préciser : _____) 97
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98
- [NE PAS LIRE]** Refus 99

SPA_END



clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire du DCS sur les symptômes

(Cohorte globale)

v2.4, 14 janvier 2015

Tâche de mémoire prospective en fonction du temps (TMT)

Maintenant, je vais vous demander de compléter certaines tâches qui font appel à la mémoire et à la concentration.

INSTRUCTIONS : Essai 1

1. Montrez l'horloge indiquant 8 h 00 au sujet. Pointez l'horloge et dites : « **Quelle heure est-il sur cette horloge?** » Si le sujet répond correctement, passez à l'étape 2. Si le sujet ne répond pas correctement, dites : « **L'horloge indique 8 h 00** ». Mettez l'horloge à 3 h 00, 12 h 15, 12 h 30 et 8 h 00. À chaque fois, demandez au sujet : « **Quelle heure est-il?** » Si le sujet échoue un de ces essais, arrêtez le test.

TMT_P1 Le sujet a-t-il/elle répondu correctement à tous les essais pratiques?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À TMT_END

2. Préparez les enveloppes numérotées 28, 14, 17, 13, 11 et dites au sujet : « **Quand cette horloge indiquera 8 h 15, je veux que vous nous interrompiez peu importe ce que nous faisons et que vous me demandiez de vous donner cette enveloppe** (montrez l'enveloppe au sujet). **Je veux que vous ouvriez l'enveloppe** (ouvrez l'enveloppe pour montrer au sujet comment l'ouvrir, puis placez les cartes numérotées sur le bureau, les numéros vers le sujet, aléatoirement sans le arranger en ordre croissant ou décroissant) **et que vous me donniez la carte numéro 17.** » (Choisissez la carte numéro 17 et prenez-la comme si vous vous la donniez.) Mélangez les cartes et remettez-les dans l'enveloppe. Informez le patient que vous allez répéter les instructions une fois de plus en disant « **Je vais répéter les instructions. Quand l'horloge indiquera 8 h 15, ...** » Lors de la deuxième répétition des instructions, présentez les cartes dans un ordre différent de la première présentation.
3. La carte numéro 17 ne peut pas être la première carte à sortir de l'enveloppe.
4. Pour vérifier que le sujet a bien compris les instructions, dites « **Pouvez-vous me répéter ce que vous devez faire?** » Si le sujet répète les instructions correctement, dites « **C'est bien.** » Si le sujet fait une erreur, répétez les instructions en vous assurant qu'il/elle connaît bien l'heure visée (8 h 15), la demande qu'il/elle doit vous faire (donnez-moi l'enveloppe) et l'action à initier (prendre la carte numéro 17 et la donner à l'intervieweur).

4a INTERVIEWEUR : Le participant peut-il faire le test?

Oui.....	1	PASSER À 5
Non.....	2	CONTINUER

- 4b **INTERVIEWEUR** : Quels sont les facteurs qui ont pu nuire au rendement du répondant au test?
**RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES),
ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Difficulté de compréhension du français/anglais	01
Handicap physique, tel que difficulté à entendre	02
Distracted ou milieu bruyant	03
Difficulté de concentration/problèmes de mémoire	04
Aide utilisée	05
Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif	06
Autre (veuillez préciser : _____)	97
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98
[NE PAS LIRE] Refus	99

PASSER À TMT_END

5. Placez l'enveloppe hors de portée de main du sujet, mais dans son champ de vision pendant qu'il/elle fait les autres tâches. Remettez l'horloge à 8 h 00. Déposez-la sur la table entre le sujet et vous, à gauche ou à droite de la surface de travail pour que le sujet puisse bien voir l'heure. Surveillez le temps, mais ne regardez jamais l'horloge pour ne pas donner d'indice au sujet.

INTERVIEWEUR : Si un participant fait la tâche sans avoir besoin d'indices, choisissez la réponse « Sans objet » aux questions TMT_1, TMT_2 et TMT_3.

6. Si le sujet n'a pas réagi à 8 h 19, interrompez ce qu'il/elle fait et commencez à lui donner des indices de façon progressive tel qu'indiqué à la page suivante.

FIN DE LA TÂCHE 1 DE MÉMOIRE PROSPECTIVE EN FONCTION DU TEMPS : INDICES

TMT_1

SI LE SUJET N'A PAS RÉAGIT À 8 H 19, INTERROMPEZ CE QU'IL/ELLE FAIT ET COMMENCEZ À LUI DONNER DES INDICES DE FAÇON PROGRESSIVE EN DISANT :

Vous deviez m'interrompre quand l'horloge indiquait 8 h 15 et faire quelque chose. Savez-vous ce que c'était?

Oui..... 1

**SI OUI, DEMANDER AU
SUJET DE RÉPÉTER
LES INSTRUCTIONS ET
DE FAIRE LES TÂCHES**

Non.....2

PASSER À TMT_2

[NE PAS LIRE] Sans objet..... 96

PASSER À TMT 2

TMT_1a

Le sujet a-t-il/elle répété les instructions et fait les tâches correctement?

Oui..... 1

PASSER À TMT 4

Non.....2

CONTINUER

TMT_1B1

OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :[illegible]

TMT_2

Vous deviez me demander de vous donner cette enveloppe (montrer l'enveloppe au sujet) et puis faire quelque chose. Savez-vous ce que c'était? **NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE SUJET A RÉPÉTÉ LES INSTRUCTIONS ET FAIT LES TÂCHES EN LIEN AVEC L'ENVELOPPE CORRECTEMENT, RÉPONDRE « OUI » SANS LIRE LA QUESTION.**

Oui.....01

PASSER À TMT 3

Non.....02

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Sans objet 96

PASSER À TMT 3

TMT_2B1 OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :

TMT_3 Vous deviez faire quelque chose avec les cartes dans cette enveloppe (donner l'enveloppe au sujet). Savez-vous ce que c'était? **NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE SUJET A RÉPÉTÉ LES INSTRUCTIONS ET FAIT LES TÂCHES EN LIEN AVEC LES CARTES CORRECTEMENT, RÉPONDRE « OUI » SANS LIRE LA QUESTION.**

Oui..... 01 PASSER À TMT_4
Non..... 02 CONTINUER
[NE PAS LIRE] Sans objet..... 96 PASSER À TMT_4

TMT_3B1 OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :

Test de mémoire prospective en fonction du temps : Grille de notation – Essai 1

TMT_4

INTENTION D'AGIR:

- ☐ (score = 3) : Le sujet interrompt l'intervieweur à 8 h 15 exactement.
- ☐ (score = 2) : Le sujet interrompt l'intervieweur avec $\pm$ 2 minutes de différence avec le temps visé de 8 h 15 (c-à-d entre 8 h 13 et 8 h 17).
- ☐ (score = 1) : Le sujet interrompt l'intervieweur avec $\pm$ 4 minutes de différence avec le temps visé de 8 h 15 (c-à-d entre 8 h 11 et 8 h 19).
- ☐ (score = 0) : Le sujet n'interrompt pas l'intervieweur avant 8 h 19 ou interrompt l'intervieweur plus de 4 minutes avant l'heure visée de 8 h 15 (c-à-d avant 8 h 11).

TMT_5

PRÉCISION DE LA RÉPONSE :

- ☐ (score = 3) : Le sujet fait correctement les trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
- ☐ (score = 2) : Le sujet fait correctement deux des trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
- ☐ (score = 1) : Le sujet fait correctement une des trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
- ☐ (score = 0) : Le sujet ne fait aucune des trois actions voulues correctement : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.

TMT_6

BESOIN DE RAPPELS :

- ☐ (score = 3) : N'a pas eu besoin de rappel.
- ☐ (score = 2) : A eu besoin d'un seul des rappels.
Décrivez le rappel donné : _____
- ☐ (score = 1) : A eu besoin de deux des rappels
Décrivez le rappel donné : _____
- ☐ (score = 0) : A eu besoin des trois rappels. Inscrivez le score de 0 peu importe si le résultat final (c-à-d choisir la carte numéro 17 après le troisième rappel) est correct ou non.

TMT_END

Problèmes de santé chroniques (CCC)

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.

Cardiaque/Cardiovasculaire

CCC_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_2 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie vasculaire périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

Neurologique

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

CCC_3 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_4 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_5 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de sclérose en plaques?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_6 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'épilepsie?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_7 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de migraines?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

Gastrointestinal

CCC_8 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_9 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse ou le syndrome du côlon irritable?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_10 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'incontinence anale?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_11 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'incontinence urinaire?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus..... 99

Vision

CCC_12 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des cataractes?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_13 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de glaucome?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus..... 99

**INTERVIEWEUR : NE
PAS POSER CES
DEUX QUESTIONS,
CAR ELLES FONT
PARTIE DU
QUESTIONNAIRE SUR
LES CONTRE-
INDICATIONS**

CCC_14 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire?

Oui..... 01
Non..... 02
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

Cancer

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

CCC_15 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un cancer?

Oui..... 01	CONTINUER
Non..... 02	PASSER À CCC_17
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98	PASSER À CCC_17
[NE PAS LIRE] Refus 99	PASSER À CCC_17

CCC_16 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 SÉLECTIONNÉS), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT; [INSÉRER LA RÉPONSE DE SEX_1 DU QUESTIONNAIRE DE LA VISITE À DOMICILE]**

Sein 01	Poumon 07
Colorectal 02	Glande thyroïde 08
Peau: mélanome 03	Prostate (hommes seulement) 09
Peau: non mélanique 04	Ovaire (femmes seulement) .. 10
Vessie 05	Leucémie 11
Rein 06	Pancréas 12
	Lymphome non hodgkinien ... 13
Autre (veuillez préciser : _____) 97	
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98	
[NE PAS LIRE] Refus 99	

Santé mentale

CCC_17 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?

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas/ pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_18 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 maniaquépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : DYSTHYMIE SE PRONONCE "DI-STI-MIE"

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

Autres conditions

CCC_19 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'allergies?

Oui (veuillez préciser : _____) 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

CCC_20 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes de dos, à l'exception de la fibromyalgie et de l'arthrite?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : LA FIBROMYALGIE EST UNE MALADIE ENTRAINANT DES DOULEURS GÉNÉRALISÉES CHRONIQUES AUX MUSCLES ET AUX TISSUS CONJONCTIFS

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus..... 99

CCC_21 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?

- | | | |
|---|----|---|
| Oui..... | 01 | CONTINUER |
| Non..... | 02 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |

CCC_21a
/CCC_DITYP_DCS

Recevez-vous présentement des traitements de dialyse? (Si oui, quel type de dialyse?)

i. Hémodialyse

- | | | |
|---|---|---|
| Oui..... | 1 | CONTINUER |
| Non..... | 2 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |

ii. Dialyse péritonéale

- | | | |
|---|---|---|
| Oui..... | 1 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| Non..... | 2 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À CCC_22/
CCC_OTCCC_DCS |

CCC_21b
/CCC_DITIM_DCS

Quand avez-vous reçu votre dernier traitement de dialyse?

DATE _____ HEURE _____
(jj/mm/aaaa) (hh:mm)

CCC_22 Êtes-vous atteint d'un autre problème physique ou mental de longue durée qui a été diagnostiqué par un médecin? **SI OUI, DEMANDER DES PRÉCISIONS ET CLARIFIEZ POUR OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLES**

Oui (veuillez préciser : _____) 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

Infections

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

CCC_23 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**

a. Pneumonie

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

b. Grippe (Influenza)

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

c. Infection des voies urinaires

Oui..... 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

d. Toutes autres infections?

Oui (veuillez préciser : _____) 01

Non..... 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

CCC_END

Diabète (DIA)

J'aimerais vous poser quelques questions sur les différentes maladies que vous pourriez avoir présentement ou que vous avez eues dans le passé.

CALCULER DIA_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE; DIA_MED=2 AUTREMENT

CALCULER INS_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND DE L'INSULINE; INS_MED=2 AUTREMENT

DIA_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez pré-diabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé? **[INSÉRER LA RÉPONSE DE SEX_1 DU QUESTIONNAIRE DE LA VISITE À DOMICILE]**

- | | |
|---|---|
| Oui..... 1 | CONTINUER |
| Non..... 2 | PASSER À DIA_3 SI FEMME; PASSER À DIA_5 SI HOMME |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 | PASSER À DIA_3 SI FEMME; PASSER À DIA_5 SI HOMME |
| [NE PAS LIRE] Refus..... 9 | PASSER À DIA_3 SI FEMME; PASSER À DIA_5 SI HOMME |

DIA_1A Avez-vous reçu un diagnostic de diabète...

- | |
|---|
| De type I..... 1 |
| De type II..... 2 |
| Ni l'un, ni l'autre..... 3 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 |
| [NE PAS LIRE] Refus..... 9 |

DIA_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de diabète, que vous étiez pré-diabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?

- | |
|--|
| _____ INSCRIRE ÂGE OU _____ INSCRIRE ANNÉE |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998 |
| [NE PAS LIRE] Refus..... 9999 |

[INSÉRER LA RÉPONSE DE SEX_1 DU QUESTIONNAIRE DE LA VISITE À DOMICILE] HOMMES PASSER À DIA_5, FEMMES CONTINUER À DIA_3]

DIA_3 Avez-vous déjà été enceinte?

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| Oui..... | 1 | CONTINUER |
| Non..... | 2 | PASSER À DIA_5 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À DIA_5 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À DIA_5 |

DIA_4 Pendant votre grossesse, un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez pré-diabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?

- | | |
|---|---|
| Oui..... | 1 |
| Non..... | 2 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 |

[SI DIA_1=1 CONTINUER, SI DIA_1=2 ET DIA_MED=1 PASSER À DIA_6A, SI DIA_1=2 ET DIA_MED=2 PASSER À DIA_END]

DIA_5 Prenez-vous actuellement des médicaments pour le diabète?

- | | | |
|---|----|--|
| Oui..... | 01 | SI DIA_MED=1, CONTINUER, SI DIA_MED=2, PASSER À DIA_5B |
| Non..... | 02 | SI DIA_MED=1, PASSER À DIA_6A, AUTREMENT PASSER À DIA_END |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | PASSER À DIA_END |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 | PASSER À DIA_END |

DIA_5A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète?
(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER LE DIABÈTE)

- | | | |
|----------|----|---|
| Oui..... | 01 | RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE DIABÈTE; SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=1 PASSER À DIA_6B AUTREMENT SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=2 PASSER À DIA_END |
|----------|----|---|

- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE DIABÈTE; SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=1 PASSER À DIA_6B AUTREMENT SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=2 PASSER À DIA_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À DIA_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À DIA_END**

DIA_5B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre diabète?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **SI L'UNE DES RÉPONSE EST « INSULINE », PASSER À DIA_6B, AUTREMENT PASSER À DIA_END**
- Non 02 **PASSER À DIA_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À DIA_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À DIA_END**

DIA_6A Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le diabète. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète? (**DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER LE DIABÈTE**)

- Oui 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE DIABÈTE; SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=1 PASSER À DIA_6B AUTREMENT SI DERNIER MÉDICAMENT ET INS_MED=2 PASSER À DIA_END**
- Non 02 **PASSER À DIA_END**

PASSER À
DIA_END

PASSER À DIA_END

À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à prendre de l'insuline?

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998

[NE PAS LIRE] Refus 9999

DIA_END

Accident vasculaire cérébral (STR)

CALCULER STR_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; STR_MED=2 AUTREMENT

STR_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?

Oui.....	1	CONTINUER
Non	2	PASSER À STR_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À STR_5
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À STR_5

STR_2 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?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrire l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998

[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI STR_1=1 CONTINUER, SI STR_1=2 ET STR_MED=1 PASSER À STR_3C, SI STR_1=2 ET STR_MED=2 PASSER À STR_5]

STR_3 Prenez-vous actuellement des médicaments pour un accident vasculaire cérébral?

Oui.....	1	SI STR_MED=1 CONTINUER; SI STR_MED=2 PASSER À STR_3B
Non	2	SI STR_MED=1 PASSER À STR_3C AUTREMENT PASSER À STR_3D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À STR_3D
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À STR_3D

STR_3A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre accident vasculaire cérébral? (**DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL**)

- Oui 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_3D**
- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_3D**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À STR_3D**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À STR_3D**

STR_3B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre accident vasculaire cérébral?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **PASSER À STR_3D**
- Non 02 **PASSER À STR_3D**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À STR_3D**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À STR_3D**

STR_3C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un accident vasculaire cérébral? (**DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL**)

- Oui 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_3D**

Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR UN
ACCIDENT
VASCULAIRE
CÉRÉBRAL; SI
DERNIER MÉDICAMENT
ET AUCUN
MÉDICAMENT N'A
REÇU UN « OUI »
COMME RÉPONSE ET
STR_1=2, PASSER À
STR_5; AUTREMENT
CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Refus 99 **CONTINUER**

**CALCULER ANY_SMED=1 SI (STR_3=1 OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT DE STR_3C A REÇU
« OUI » COMME RÉPONSE); ANY_SMED=2 AUTREMENT**

STR_3D Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un accident vasculaire cérébral?

Oui 01 **PASSER À STR_5**

Non 02 **SI ANY_SMED=1
PASSER À STR_5;
AUTREMENT
CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **SI ANY_SMED=1
PASSER À STR_5;
AUTREMENT
CONTINUER**

[NE PAS LIRE] Refus 99 **SI ANY_SMED=1
PASSER À STR_5;
AUTREMENT
CONTINUER**

STR_4 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un accident vasculaire
cérébral?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_5 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À STR_7
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À STR_9
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À STR_9

STR_6 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?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrire l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI STR_5=1 CONTINUER, AI STR_5=2 ET STR_MED=1 PASSER À STR_7C, SI STR_5=2 ET STR_MED=2 PASSER À STR_9]

STR_7 Prenez-vous actuellement des médicaments pour un mini-AVC?

Oui.....	1	SI STR_MED=1 CONTINUER; SI STR_MED=2 PASSER À STR_7B
Non.....	2	SI STR_MED=1 PASSER À STR_7C AUTREMENT PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À STR_7D

STR_7A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre mini-AVC?
**(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND
ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE
CÉRÉBRAL)**

Oui.....	01	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN
----------	----	---

		ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_7D
Non	02	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À STR_7D

STR_7B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre
accident vasculaire cérébral?

Oui (veuillez préciser : _____)	01	PASSER À STR_7D
Non	02	PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À STR_7D
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À STR_7D

STR_7C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un mini-AVC? (**DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL**)

- | | | |
|---|----|---|
| Oui..... | 01 | RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À STR_7D |
| Non..... | 02 | RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL; SI DERNIER MÉDICAMENT ET AUCUN MÉDICAMENT N'A REÇU UN « OUI » COMME RÉPONSE ET STR_5=2, PASSER À STR_9; AUTREMENT CONTINUER |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | CONTINUER |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 | CONTINUER |

CALCULER ANY_SMED=1 SI (STR_7=1 OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT DE STR_7C A REÇU « OUI » COMME RÉPONSE); ANY_SMED=2 AUTREMENT

STR_7D Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un mini-AVC?

- | | | |
|---|----|--|
| Oui..... | 01 | PASSER À STR_9 |
| Non..... | 02 | SI ANY_SMED=1 PASSER À STR_9; AUTREMENT CONTINUER |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | SI ANY_SMED=1 PASSER À STR_9; AUTREMENT CONTINUER |

[NE PAS LIRE] Refus 99

**SI ANY_SMED=1
PASSER À STR_9;
AUTREMENT
CONTINUER**

STR_8 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un mini-AVC?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_9 **[DEMANDER SI STR_1=1 OU STR_5=1]** 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)?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

Questionnaire QVSFS modifié

STR_10 Avez-vous déjà ressenti une faiblesse soudaine et sans douleur sur un côté de votre corps?

Oui..... 1 **CONTINUER**
Non..... 2 **PASSER À STR_11**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 **PASSER À STR_11**
[NE PAS LIRE] Refus 9 **PASSER À STR_11**

STR_10a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

Moins de 24 heures..... 1
24 heures ou plus..... 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_11 Avez-vous déjà ressenti une sensation d'engourdissement soudaine sur un côté de votre corps ou avez-vous eu l'impression que ce côté était « mort »?

Oui..... 1 **CONTINUER**
Non..... 2 **PASSER À STR_12**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 **PASSER À STR_12**
[NE PAS LIRE] Refus 9 **PASSER À STR_12**

STR_11a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

Moins de 24 heures..... 1
24 heures ou plus..... 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_12 Avez-vous déjà subi une perte de vision soudaine et sans douleur dans un œil ou les deux?

Oui..... 1 **CONTINUER**
Non..... 2 **PASSER À STR_13**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 **PASSER À STR_13**
[NE PAS LIRE] Refus 9 **PASSER À STR_13**

STR_12a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

- Moins de 24 heures 1
24 heures ou plus 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_13 Avez-vous déjà soudainement perdu la vue dans un œil?

- Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À STR_14
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À STR_14
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À STR_14

STR_13a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

- Moins de 24 heures 1
24 heures ou plus 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_14 Avez-vous déjà soudainement été incapable de comprendre ce que les gens disaient?

- Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À STR_15
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À STR_15
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À STR_15

STR_14a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

- Moins de 24 heures 1
24 heures ou plus 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

STR_15 Avez-vous déjà soudainement perdu la capacité de vous exprimer?

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| Oui..... | 1 | CONTINUER |
| Non | 2 | PASSER À STR_END |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À STR_END |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À STR_END |

STR_15a Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?

- | | |
|---|---|
| Moins de 24 heures..... | 1 |
| 24 heures ou plus | 2 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 |

STR_END

Traumatisme crânien (TBI)

Maintenant, nous aimerions vous poser des questions sur les blessures à la tête...

TBI_1 Avez-vous subi une blessure à la tête pour l'une ou l'autre de ces situations...? **LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

- Accident de véhicule (veuillez préciser le type de véhicule : _____)01
- Chute02
- Activité sportive (veuillez préciser : _____)03
- [NE PAS LIRE]** Aucune / n'a pas subi de blessure à la tête96
- [NE PAS LIRE]** Autre (veuillez préciser : _____)97
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse98
- [NE PAS LIRE]** Refus99

PASSER À TBI_END SI TBI_1=96, 98, 99; AUTREMENT CONTINUER

TBI_2 Au cours de votre vie, combien de blessures à la tête avez-vous subies? **TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT**

- _____ **INSCRIRE LE NOMBRE, CATI MASK: MIN=01, MAX=20**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse98
- [NE PAS LIRE]** Refus99

SI 1 BLESSURE À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « LA BLESSURE À LA TÊTE »

SI >1 BLESSURES À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « L'UNE OU L'AUTRE DE CES BLESSURES »

TBI_3 Est-ce que [cette blessure à la tête/l'une ou l'autre de ces blessures] a occasionné...? **LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Des étourdissements, de la confusion ou l'impression de « voir des étoiles »01
Une perte de mémoire de l'événement02
Une perte de conscience de moins d'une minute03
Une perte de conscience de 1 à 20 minutes04
Une perte de conscience de plus de 20 minutes05
[NE PAS LIRE] Aucune de ces réponses.....96
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse98
[NE PAS LIRE] Refus.....99

SI 1 BLESSURE À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « LA BLESSURE À LA TÊTE »

SI >1 BLESSURES À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « L'UNE OU L'AUTRE DE CES BLESSURES »

TBI_4 Lesquels de ces soins médicaux avez-vous reçu pour [cette blessure à la tête/l'une ou l'autre de ces blessures]? **LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 6, 8 OU 9 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Évaluation médicale / visite chez un médecin.....1
Visite aux urgences2
Hospitalisation3
Aucun / N'a reçu aucun soin médical6
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse8
[NE PAS LIRE] Refus.....9

TBI_5 Présentement, souffrez-vous de l'un ou l'autre de ces problèmes qui seraient, selon vous, la conséquence possible d'une blessure à la tête ou d'une commotion? **LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**

Maux de tête.....	01
Étourdissements.....	02
Problèmes de mémoire	03
Problèmes d'équilibre	04
Bourdonnements d'oreilles.....	05
Irritabilité.....	06
Problèmes de sommeil.....	07
[NE PAS LIRE] Non / Aucun / N'a aucun problème	96
[NE PAS LIRE] Autre (veuillez préciser : _____)	97
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98
[NE PAS LIRE] Refus	99

TBI_6 Évaluation positive [VARIABLE DÉRIVÉE – PROGRAMMATION ONYX] Si (TBI_1=01 ou 02 ou 03 ou 97) et (TBI_3=01 ou 02 ou 03 ou 04 ou 05), donc TBI_6=Oui 1, autrement TBI_6=Non 2

TBI_END

Hypo- et hyperthyroïdie (HYP)

CALCULER HYO_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPOTHYROÏDIE; HYO_MED=2 AUTREMENT

CALCULER HYR_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERTHYROÏDIE; HYR_MED=2 AUTREMENT

HYP_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À HYP_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À HYP_5
[NE PAS LIRE] Refus.....	9	PASSER À HYP_5

HYP_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'hypothyroïdie?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrivez l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI HYP_1=1 CONTINUER, SI HYP_1=2 ET HYO_MED=1 PASSER À HYP_3C, SI HYP_1=2 ET HYO_MED=2 PASSER À HYP_5]

HYP_3 Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?

Oui.....	1	SI HYO_MED=1, CONTINUER; SI HYO_MED=2, PASSER À HYP_3B
Non.....	2	SI HYO_MED=1 PASSER À HYP_3C; AUTREMENT PASSER À HYP_4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À HYP_4
[NE PAS LIRE] Refus.....	9	PASSER À HYP_4

HYP_3A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie?
(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND
ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'HYPOTHYROÏDIE)

- | | | |
|--|----|--|
| Oui..... | 01 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'HYPOTHYROÏDIE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À HYP_5 |
| Non..... | 02 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'HYPOTHYROÏDIE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À HYP_5 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | PASSER À HYP_5 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 | PASSER À HYP_5 |

HYP_3B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre
hypothyroïdie?

- | | | |
|--|----|----------------|
| Oui (veuillez préciser : _____) | 01 | PASSER À HYP_5 |
| Non..... | 02 | PASSER À HYP_5 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 | PASSER À HYP_5 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 | PASSER À HYP_5 |

HYP_3C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui
peut être utilisé pour traiter l'hypothyroïdie. Prenez-vous actuellement du
<NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie? (DEMANDER POUR TOUS LES
MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR
TRAITER L'HYPOTHYROÏDIE)

- | | | |
|----------|----|--|
| Oui..... | 01 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'HYPOTHYROÏDIE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À HYP_5 |
| Non..... | 02 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR |

L'HYPOTHYROÏDIE; SI
HYP_1=1 ET DERNIER
MÉDICAMENT ET
TOUTES LES
RÉPONSES SONT
« NON », CONTINUER;
AUTREMENT SI
HYP_1=2 OU DERNIER
MÉDICAMENT ET L'UNE
OU L'AUTRE DES
RÉPONSES EST
« OUI », PASSER À
HYP_5

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99

CONTINUER

HYP_4

Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

HYP_5 Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À HYP_7
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À HYP_END
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À HYP_END

HYP_6 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'hyperthyroïdie?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrire l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI HYP_5=1 CONTINUER, SI HYP_5=2 ET HYR_MED=1 PASSER À HYP_7C, SI HYP_5=2 ET HYR_MED=2 PASSER À HYP_END]

HYP_7 Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?

Oui.....	01	SI HYR_MED=1 CONTINUER; SI HYR_MED=2 PASSER À HYP_7B
Non.....	02	SI HYR_MED=1 PASSER À HYP_7C AUTREMENT PASSER À HYP_8
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À HYP_8
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À HYP_8

HYP_7A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie?
(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'HYPERTHYROÏDIE)

Oui.....	01	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTHYROÏDIE; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À HYP_END
----------	----	---

	Non	02	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTHYROÏDIE; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À HYP_END
	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À HYP_END
	[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À HYP_END
HYP_7B	Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hyperthyroïdie?		
	Oui (veuillez préciser : _____)	01	PASSER À HYP_END
	Non	02	PASSER À HYP_END
	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À HYP_END
	[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À HYP_END
HYP_7C	Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hyperthyroïdie. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie? (DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'HYPERTHYROÏDIE)		
	Oui	01	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTHYROÏDIE; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À HYP_END
	Non	02	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTHYROÏDIE; SI HYP_5=1 ET DERNIER MÉDICAMENT ET TOUTES LES RÉPONSES SONT « NON », CONTINUER; AUTREMENT SI HYP_5=2 OU DERNIER MÉDICAMENT ET L'UNE OU L'AUTRE DES RÉPONSES EST « OUI », PASSER À HYP_END
	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99 CONTINUER

HYP_8 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

HYP_END

Hypertension (HBP)

Merci. Maintenant, nous allons poursuivre avec des questions sur la tension artérielle.

CALCULER HBP_MED = 1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTENSION; HBP_MED = 2 AUTREMENT

HBP_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À HBP_5
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À HBP_END
[NE PAS LIRE] Refus.....	9	PASSER À HBP_END

HBP_2 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. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[NOTE DE PROGRAMMATION : SI DIA_3=2 PASSER À HBP_5]

HBP_3 **[DEMANDER AUX FEMMES SEULEMENT, HOMMES PASSER À HBP_5: INSÉRER LA RÉPONSE DE SEX_1 DU QUESTIONNAIRE DE LA VISITE À DOMICILE]** Étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu le diagnostic d'hypertension?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus.....	9

HBP_4 **[DEMANDER SI HBP_3=1]** À part quand vous étiez enceinte, avez-vous reçu un diagnostic d'hypertension à un autre moment de votre vie?

- Oui..... 1
Non..... 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus..... 9

[SI HBP_1=1 CONTINUER, SI HBP_1=2 ET HBP_MED=1 PASSER À HBP_5C, SI HBP_1=2 ET HBP_MED=2 PASSER À HBP_7]

HBP_5 Prenez-vous actuellement des médicaments pour la tension artérielle élevée ou l'hypertension?

- | | |
|---|---|
| Oui..... 1 | SI HBP_MED=1
CONTINUER; SI
HBP_MED=2 PASSER À
HBP_5B |
| Non..... 2 | SI HBP_MED=1 PASSER
À HBP_5C AUTREMENT
PASSER À HBP_6 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 | PASSER À HBP_6 |
| [NE PAS LIRE] Refus..... 9 | PASSER À HBP_6 |

HBP_5A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension?
**(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND
ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'HYPERTENSION)**

- | | |
|--|---|
| Oui..... 01 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'HYPERTENSION; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À HBP_7 |
| Non..... 02 | RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'HYPERTENSION; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À HBP_7 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 | PASSER À HBP_7 |
| [NE PAS LIRE] Refus..... 99 | PASSER À HBP_7 |

HBP_5B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hypertension?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **PASSER À HBP_7**
 Non 02 **PASSER À HBP_7**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À HBP_7**
[NE PAS LIRE] Refus 99 **PASSER À HBP_7**

HBP_5C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hypertension. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension? (**DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'HYPERTENSION**)

- Oui 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTENSION; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À HBP_7**
 Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR L'HYPERTENSION; SI HBP_1=1 ET DERNIER MÉDICAMENT ET QUE TOUTES LES RÉPONSES SONT « NON », CONTINUER; AUTREMENT SI HBP_1=2 OU DERNIER MÉDICAMENT ET QUE L'UN OU L'AUTRE DES RÉPONSES EST « OUI », PASSER À HBP_7**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 **CONTINUER**
[NE PAS LIRE] Refus 99 **CONTINUER**

HBP_6 Avez-vous déjà pris des médicaments pour la tension artérielle élevée ou l'hypertension?

- Oui 1
 Non 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

HBP_7

Faites-vous actuellement des exercices ou suivez-vous une diète ou d'autres traitements non-pharmacologiques dans le but de diminuer votre tension artérielle élevée ou votre hypertension?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : Cette réponse pourrait inclure les traitements initiés par la personne comme la réduction de la consommation de sel, c.à.d. sans la recommandation spécifique du médecin.

Oui.....	1	PASSER À HBP_END
Non	2	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Refus	9	CONTINUER

HBP_8

Avez-vous déjà fait des exercices ou suivi une diète ou d'autres traitements non-pharmacologiques dans le but de diminuer la tension artérielle élevée ou l'hypertension?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : Cette réponse pourrait inclure les traitements initiés par la personne comme la réduction de la consommation de sel, c.à.d. sans la recommandation spécifique du médecin.

Oui.....	1
Non	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

HBP_END

Cardiopathie ischémique (IHD)

CALCULER IHD_MED = 1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR LE TRAITEMENT D'UNE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE; IHD_MED = 2 AUTREMENT

IHD_1 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)?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À IHD_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À IHD_3
[NE PAS LIRE] Refus.....	9	PASSER À IHD_3

IHD_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'angine?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrire l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

IHD_3 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À IHD_5
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À IHD_5
[NE PAS LIRE] Refus.....	9	PASSER À IHD_5

IHD_4 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez eu une crise cardiaque?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'année exacte est préférable. Inscrire l'information la plus précise possible. La réponse standard acceptable minimale est au cours des cinq dernières années. Demander des précisions au participant en disant : Pouvez-vous préciser?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

IHD_5 Avez-vous déjà subi un pontage coronarien, une angioplastie, une chirurgie pour installer une endoprothèse ou « stent » ou une angioplastie par ballonnet pour une maladie du coeur?

Oui.....	1	PASSER À ROS_END
Non.....	2	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Refus	9	CONTINUER

IHD_6 Avez-vous déjà passé un angiogramme?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À IHD_8
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À IHD_8
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À IHD_8

IHD_7 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une ou des artères bloquées?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

CALCULER ANY_IHD = 1 SI IHD_1=1 OU IHD_3=1 OU IHD_7=1; ANY_IHD = 2 AUTREMENT

[SI ANY_IHD=1 CONTINUER, SI ANY_IHD=2 ET IHD_MED=1 PASSER À IHD_8C, SI ANY_IHD=2 ET IHD_MED=2 PASSER À IHD_END]

IHD_8 Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner une maladie du coeur?

Oui.....	01	SI IHD_MED=1 CONTINUER; SI IHD_MED=2 PASSER À IHD_8B
Non.....	02	SI IHD_MED=1 PASSER À IHD_8C AUTREMENT PASSER À IHD_9
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À IHD_9
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À IHD_9

IHD_8A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UNE MALADIE DU COEUR)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE MALADIE DU COEUR; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À IHD_END**
- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE MALADIE DU COEUR; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À IHD_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À IHD_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À IHD_END**

IHD_8B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre maladie du cœur?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **PASSER À IHD_END**
- Non 02 **PASSER À IHD_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À IHD_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À IHD_END**

IHD_8C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter une maladie du cœur. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UNE MALADIE DU CŒUR)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE MALADIE DU COEUR; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À IHD_END**
- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR**

L'HYPERTENSION; SI
ANY_IHD=1 ET
DERNIER MÉDICAMENT
ET QUE TOUTES LES
RÉPONSES SONT
« NON », CONTINUER;
SI ANY_IHD=2 OU
DERNIER MÉDICAMENT
ET QUE L'UN OU
L'AUTRE DES
RÉPONSES EST
« OUI », PASSER À
HBP_7

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99

CONTINUER

IHD_9

Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner une maladie du cœur?

Oui (veuillez préciser : _____) 01

Non 02

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

IHD_END

Questionnaire Rose de l'OMS (ROS)

ROS_1 Avez-vous déjà ressenti une douleur ou une gêne dans la poitrine?

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| Oui..... | 1 | CONTINUER |
| Non..... | 2 | PASSER À ROS_END |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À ROS_END |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À ROS_END |

ROS_2 La ressentez-vous quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite?

- | | |
|---|---|
| Oui..... | 1 |
| Non..... | 2 |
| Ne monte jamais de côte ou ne marche
jamais vite | 6 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 |

ROS_3 La ressentez-vous cette douleur quand vous marchez d'un pas normal sur terrain plat?

- | | | |
|---|---|---|
| Oui..... | 1 | CONTINUER |
| Non..... | 2 | SI ROS_2=1 PASSER À
ROS_5; SI ROS_2=2
PASSER À ROS_8 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | SI ROS_2=1 PASSER À
ROS_5; SI ROS_2=2
PASSER À ROS_8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | SI ROS_2=1 PASSER À
ROS_5; SI ROS_2=2
PASSER À ROS_8 |

ROS_4 Après avoir marché combien de pâtés de maisons ressentez-vous cette douleur à la poitrine?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN PÂTÉ DE MAISONS

- _____ **INSCRIRE LE NOMBRE DE PÂTÉS DE MAISONS**
- | | |
|---|----|
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 98 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 99 |

ROS_5 Que faites-vous si vous la ressentez tandis que vous marchez?

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| S'arrête ou ralentit | 1 | CONTINUER |
| Prend de la nitroglycérine et continue au même | | |
| rythme..... | 2 | PASSER À ROS_7 |
| Continue au même rythme | 3 | PASSER À ROS_7 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À ROS_7 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À ROS_7 |

ROS_6 Si vous vous arrêtez, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?

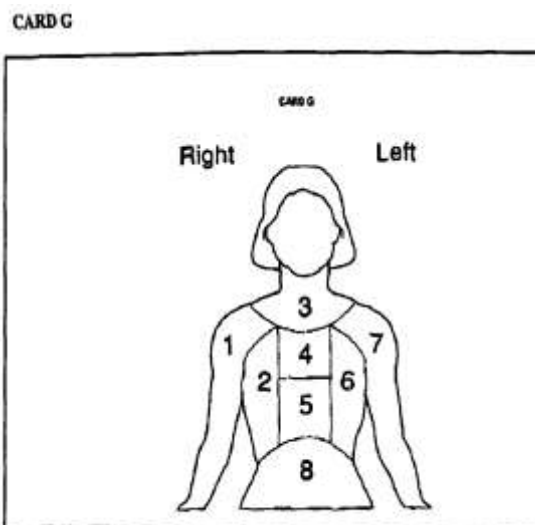
- | | | |
|---|---|-----------------------|
| Diminue | 1 | CONTINUER |
| Ne diminue pas | 2 | PASSER À ROS_8 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 | PASSER À ROS_8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 | PASSER À ROS_8 |

ROS_7 Au bout de combien de temps, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?

- | | |
|---|---|
| Dix minutes ou moins | 1 |
| Plus de dix minutes | 2 |
| [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse | 8 |
| [NE PAS LIRE] Refus | 9 |

ROS_8

Où se localise cette douleur ou gêne? (Veuillez-vous me montrer où se localise cette douleur ou gêne?) **RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉS), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT**



☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

ROS_9

Avez-vous déjà ressenti dans la poitrine une douleur vive « en barre » qui a duré une demi-heure ou plus?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

ROS_END

Arthrite de la main (OSA)

Maintenant, quelques questions sur l'arthrose...

OSA_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?

- Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À OSA_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À OSA_3
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À OSA_3

OSA_2 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. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

- _____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

OSA_3 Les articulations situées le plus près de vos ongles sont-elles gonflées?

- Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À OSA_5
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À OSA_5
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À OSA_5

OSA_4 Dans combien de doigts observez-vous un gonflement de l'articulation située le plus près de l'ongle?

- Moins de la moitié 1
La moitié ou plus 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

OSA_5 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la petite articulation située le plus près des ongles?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSA_6 L'articulation située à la base de vos pouces juste après votre poignet est-elle gonflée?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSA_7 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la base de vos pouces, juste après votre poignet?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSA_END

Arthrose de la hanche (OSH)

OSH_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche?

Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À OSH_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À OSH_3
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À OSH_3

OSH_2 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. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

OSH_3 Avez-vous déjà subi un remplacement de hanche?

Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À OSH_5
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À OSH_5
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À OSH_5

OSH_4 Vous a-t-on remplacé la hanche, car elle était brisée ou fracturée?

Oui 1
Non 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

OSH_5 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSH_6 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse en descendant un escalier ou une pente?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSH_7 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous remarqué une limitation de l'amplitude articulaire de vos hanches?

Oui..... 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSH_END

Arthrose du genou (OSK)

OSK_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou?

Oui 1 CONTINUER
Non 2 PASSER À OSK_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8 PASSER À OSK_3
[NE PAS LIRE] Refus 9 PASSER À OSK_3

OSK_2 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. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

OSK_3 Avez-vous déjà subi un remplacement du genou?

Oui 1
Non 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

OSK_4 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur au genou?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT

Oui 1
Non 2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

OSK_5 Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti de la douleur au genou en descendant un escalier ou une pente?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSK_6 Au cours des quatre dernières semaines, votre genou a-t-il été enflé?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OSK_END

Musculosquelettique : Autre (OAR)

Maintenant, passons à une nouvelle section...

OAR_1a Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de polyarthrite rhumatoïde?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OAR_1b Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'une autre forme d'arthrite?

Oui 1

CONTINUER

Non 2

PASSER À OAR_END

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

PASSER À OAR_END

[NE PAS LIRE] Refus 9

PASSER À OAR_END

OAR_2 **[DEMANDER SI OAR_1a=1 OU OAR_1b=1]** À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint d'arthrite?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998

[NE PAS LIRE] Refus 9999

OAR_3 Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement pour soigner votre arthrite?

Oui 1

PASSER À OAR_END

Non 2

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 9

CONTINUE

OAR_4 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner cette forme d'arthrite?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OAR_END

Ostéoporose (OST)

CALCULER OST_MED = 1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE; OST_MED = 2 AUTREMENT

OST_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : NOTER QUE L'OSTÉOPOROSE N'EST PAS LA MÊME CHOSE QUE L'ARTHROSE OU OSTÉOARTHRITE

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À OST_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À OST_5
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À OST_5

OST_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ostéoporose?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI OST_1=1 CONTINUER, SI OST_1=2 ET OST_MED=1 PASSER À OST_3C, SI OST_1=2 ET OST_MED=2 PASSER À OST_5]

OST_3 Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter l'ostéoporose?

Oui.....	1	SI OST_MED=1 CONTINUER; SI OST_MED=2 PASSER À OST_3B
Non.....	2	SI OST_MED=1 PASSER À OST_3C AUTREMENT PASSER À OST_4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À OST_4
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À OST_4

OST_3A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose?
(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND
ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE)

- Oui..... 01 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'OSTÉOPOROSE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À OST_5
- Non 02 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'OSTÉOPOROSE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À OST_5
- [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 PASSER À OST_5
- [NE PAS LIRE] Refus 99 PASSER À OST_5

OST_3B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre
ostéoporose?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 PASSER À OST_5
- Non 02 PASSER À OST_5
- [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 PASSER À OST_5
- [NE PAS LIRE] Refus 99 PASSER À OST_5

OST_3C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui
peut être utilisé pour traiter l'ostéoporose. Prenez-vous actuellement du
<NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose? (DEMANDER POUR TOUS LES
MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR
TRAITER L'OSTÉOPOROSE)

- Oui..... 01 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'OSTÉOPOROSE; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À OST_5
- Non 02 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR
L'OSTÉOPOROSE; SI

OST_1=1 ET DERNIER
MÉDICAMENT ET QUE
TOUTES LES
RÉPONSES SONT
« NON », CONTINUER;
AUTREMENT SI
OST_1=2 OU DERNIER
MÉDICAMENT ET QUE
L'UN OU L'AUTRE DES
RÉPONSES EST
« OUI », PASSER À
OST_5

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

PASSER À OST_5

[NE PAS LIRE] Refus 99

PASSER À OST_5

OST_4 Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter l'ostéoporose?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_5 Avez-vous déjà souffert, à l'âge adulte, d'une fracture résultant d'une légère chute ou d'un traumatisme de faible intensité (par exemple, une simple chute de la station debout)?

Oui 1

CONTINUER

Non 2

PASSER À OST_7

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

PASSER À OST_7

[NE PAS LIRE] Refus 9

PASSER À OST_7

OST_6 Quel type de fracture était-ce? **RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉS), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT.**

Hanche 01

Humérus (bras) 02

Colonne vertébrale 03

Poignet 04

Côte 05

Pelvis 06

Autre (veuillez préciser : _____) 07

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 08

[NE PAS LIRE] Refus 09

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les fractures de la hanche que vos parents auraient pu subir.

OST_7 Votre mère a-t-elle subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_8 Votre père a-t-il subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_9 Environ combien mesuriez-vous dans la vingtaine (arrondissez au pouce ou au centimètre près)? **[FOURNIR UNE TABLE DE CONVERSION POUR LES TAILLES DONNÉES EN CENTIMÈTRES]**

INSCRIRE LES DEUX NOMBRE :

_____ **PIEDS** ET _____ **POUCES**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_10 Prenez-vous des corticostéroïdes comme la prednisone ou la cortisone en comprimé, ou en avez-vous déjà pris?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CONTINUER

PASSER À OST_11

PASSER À OST_11

PASSER À OST_11

OST_10a À quel âge ou en quelle année avez-vous pris des corticostéroïdes pour la dernière fois?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ **INSCRIRE L'ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998

[NE PAS LIRE] Refus 9999

OST_10b Depuis votre naissance, pendant combien de mois avez-vous pris des corticostéroïdes?

_____ **INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

OST_11 Avez-vous déjà eu mal au dos, la plupart des jours, pendant au moins un mois?

Oui 1

CONTINUER

Non 2

PASSER À OST_END

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

PASSER À OST_END

[NE PAS LIRE] Refus 9

PASSER À OST_END

OST_11a Pendant combien de temps?

_____ **INSCRIRE LE NOMBRE**

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

[NE PAS LIRE] Refus 99

SÉLECTIONNER L'UNITÉ DE MESURE :

Mois 1

Années 2

OST_12 Avez-vous ressenti cette douleur au cours des douze derniers mois?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_13 Dans quelle partie de votre dos la douleur se situe-t-elle ou se situait-elle?

Haut (au-dessus des omoplates) 1

Milieu 2

Bas (sous la taille) 3

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

OST_END

Neuropsychiatrique (DPR)

CALCULER DPR_MED = 1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR TRAITER LA DÉPRESSION; DPR_MED = 2 AUTREMENT

DPR_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression clinique?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À DPR_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À DPR_END
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À DPR_END

DPR_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dépression clinique?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998
[NE PAS LIRE] Refus 9999

[SI DPR_1=1 CONTINUER, SI DPR_1=2 ET DPR_MED=1 PASSER À DPR_3C, SI DPR_1=2 ET DPR_MED=2 PASSER À DPR_END]

DPR_3 Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner la dépression?

Oui.....	1	SI DPR_MED=1 CONTINUER; SI DPR_MED=2 PASSER À DPR_3B
Non.....	2	SI DPR_MED=1 PASSER À DPR_3C AUTREMENT PASSER À DPR_3D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À DPR_3D
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À DPR_3D

DPR_3A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression?
(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND
ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER LA DÉPRESSION)

- Oui..... 01 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR LA
DÉPRESSION; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À DPR_3D
- Non..... 02 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR LA
DÉPRESSION; SI
DERNIER MÉDICAMENT
PASSER À DPR_3D
- [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 PASSER À DPR_3D
- [NE PAS LIRE] Refus 99 PASSER À DPR_3D

DPR_3B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre
dépression?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 PASSER À DPR_3D
- Non..... 02 PASSER À DPR_3D
- [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 PASSER À DPR_3D
- [NE PAS LIRE] Refus 99 PASSER À DPR_3D

DPR_3C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui
peut être utilisé pour traiter la dépression. Prenez-vous actuellement du
<NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression? (DEMANDER POUR TOUS LES
MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR
TRAITER LA DÉPRESSION)

- Oui..... 01 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR LA
DÉPRESSION;
CONTINUER
- Non..... 02 RÉPÉTER POUR TOUS
LES MÉDICAMENTS
INDIQUÉS POUR LA
DÉPRESSION; SI
DERNIER MÉDICAMENT
ET AUCUN
MÉDICAMENT N'A
REÇU « OUI » COMME

RÉPONSE ET DPR_1=2,
PASSER À DPR_END;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99

CONTINUER

**CALCULER ANY_PMED = 1 SI (DPR_3=1 OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT DE DPR_3C A
REÇU « OUI » COMME RÉPONSE); ANY_PMED = 2 AUTREMENT**

DPR_3D Suivez-vous un autre traitement pour soigner la dépression?

Oui 01

PASSER À DPR_END

Non 02

SI ANY_PMED=1
PASSER À DPR_END;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98

SI ANY_PMED=1
PASSER À DPR_END;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99

SI ANY_PMED=1
PASSER À DPR_END;
AUTREMENT
CONTINUER

DPR_4 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner la dépression?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

DPR_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.

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 à comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

DEP_1 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

- Tout le temps (5 à 7 jours) 1
- Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
- Parfois (1 à 2 jours) 3
- Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 8
- [NE PAS LIRE]** Refus 9

DEP_2 À quelle fréquence avez-vous eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

- Tout le temps (5 à 7 jours) 1
- Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
- Parfois (1 à 2 jours) 3
- Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 8
- [NE PAS LIRE]** Refus 9

DEP_3 À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

- Tout le temps (5 à 7 jours) 1
- Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
- Parfois (1 à 2 jours) 3
- Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 8
- [NE PAS LIRE]** Refus 9

DEP_4 À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_5 À quelle fréquence avez-vous été confiant(e) en l'avenir?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_6 Rappelez-vous, les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine. À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) craintif(ve) ou larmoyant(e)?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_7 À quelle fréquence votre sommeil n'a-t-il pas été bon?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_8 À quelle fréquence avez-vous été heureux(se)? **LIRE**

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_9 À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) seul(e)?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_10 À quelle fréquence avez-vous senti(e) que vous manquiez d'entrain?

INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

Tout le temps (5 à 7 jours) 1
Occasionnellement (3 à 4 jours) 2
Parfois (1 à 2 jours) 3
Rarement ou jamais (moins d'un jour) 4
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8
[NE PAS LIRE] Refus 9

DEP_END

Parkinsonisme (PKD)

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

CALCULER PKD_MED = 1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDIQUÉ POUR TRAITER LE PARKINSONISME; PKD_MED = 2 AUTREMENT

PKD_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson?

Oui.....	1	CONTINUER
Non	2	PASSER À PKD_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À PKD_5
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À PKD_5

PKD_2 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ **INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU** _____ **INSCRIRE L'ANNÉE**
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98
[NE PAS LIRE] Refus 99

[SI PKD_1=1 CONTINUER, SI PKD_1=2 ET PKD_MED=1 PASSER À PKD_3C, SI PKD_1=2 ET PKD_MED=2 PASSER À PKD_5]

PKD_3 Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?

Oui.....	01	SI PKD_MED=1 CONTINUER; SI PKD_MED=2 PASSER À PKD_3B
Non	02	SI PKD_MED=1 PASSER À PKD_3C AUTREMENT PASSER À PKD_3D
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À PKD_3D
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À PKD_3D

PKD_3A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER LE PARKINSONISME)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE PARKINSONISME N; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À PKD_3D**
- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE PARKINSONISME; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À PKD_3D**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À PKD_3D**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À PKD_3D**

PKD_3B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre parkinsonisme ou votre maladie de Parkinson?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **PASSER À PKD_3D**
- Non 02 **PASSER À PKD_3D**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À PKD_3D**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À PKD_3D**

PKD_3C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER LE PARKINSONISME)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE PARKINSONISME; CONTINUER**
- Non 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR LE PARKINSONISME; SI**

DERNIER MÉDICAMENT
ET AUCUN
MÉDICAMENT N'A
REÇU « OUI » COMME
RÉPONSE ET PKD_1=2
PASSER À PKD_5;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99 CONTINUER

**CALCULER ANY_PMED = 1 SI (PKD_3=1 OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT DE PKD_3C A
REÇU « OUI » COMME RÉPONSE); ANY_PMED = 2 AUTREMENT**

PKD_3D Suivez-vous un autre traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de
Parkinson?

Oui 01 PASSER À PKD_5

Non 02 SI ANY_PMED=1
PASSER À PKD_5;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 98 SI ANY_PMED=1
PASSER À PKD_5;
AUTREMENT
CONTINUER

[NE PAS LIRE] Refus 99 SI ANY_PMED=1
PASSER À PKD_5;
AUTREMENT
CONTINUER

PKD_4 Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner le
parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_5 Vos bras ou vos jambes tremblent-ils?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À PKD_6
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À PKD_6
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À PKD_6

PKD_5a Ce tremblement est-il plus important ou perceptible lorsque vos membres sont au repos ou lorsque vous vous en servez?

Au repos	1
Pendant l'utilisation	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

PKD_6 Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

PKD_7 Avez-vous de la difficulté à attacher les boutons?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

PKD_8 Vous a-t-on mentionné que votre voix est plus faible qu'auparavant?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

PKD_9 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, INSCRIRE « NON »**

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_10 Traînez-vous les pieds et/ou faites-vous de petits pas lorsque vous marchez?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_11 Votre équilibre est-il mauvais?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_12 Votre visage est-il moins expressif qu'auparavant?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_13 Avez-vous de la difficulté à vous lever d'une chaise?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

PKD_END

Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO)

CALCULER CAO_MED=1 SI LE PARTICIPANT PREND AU MOINS UN MÉDICAMENT INDICÉ POUR TRAITER UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES; CAO_MED=2 AUTREMENT

CAO_1 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'asthme?

Oui	1	CONTINUER
Non	2	PASSER À CAO_3
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À CAO_3
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À CAO_3

CAO_2 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. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	9998
[NE PAS LIRE] Refus	9999

CAO_3 Votre respiration a-t-elle déjà été sifflante au cours de 12 derniers mois?

Oui	1
Non	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

CAO_4 Êtes-vous essoufflé(e) en marchant sur une surface plane?

Oui	1
Non	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

CAO_5 Votre respiration devient-elle sifflante lors d'un effort léger ou modéré?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_6 Êtes-vous essoufflé(e) en montant un escalier ou une pente douce?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_7 Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense au cours des 12 derniers mois?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_8 Vous êtes-vous déjà réveillée avec la respiration sifflante au cours des 12 derniers mois?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_9 Vous êtes-vous déjà réveillée avec une quinte de toux au cours des 12 derniers mois?

Oui..... 1

Non..... 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_10 Avez-vous déjà été essoufflé(e) le jour pendant que vous étiez au repos au cours des 12 derniers mois?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_11 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?

Oui 1

CONTINUER

Non 2

PASSER À CAO_13

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

PASSER À CAO_13

[NE PAS LIRE] Refus 9

PASSER À CAO_13

CAO_12 À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'emphysème, de bronchite chronique, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou de changements chroniques aux poumons?

NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. LA RÉPONSE STANDARD ACCEPTABLE MINIMALE EST AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?

_____ INSCRIRE ÂGE (EN ANNÉES) OU _____ INSCRIRE L'ANNÉE

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 9998

[NE PAS LIRE] Refus 9999

CAO_13 Attrapez-vous souvent des rhumes qui durent plus longtemps que ceux des personnes de votre entourage?

Oui 1

Non 2

[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse 8

[NE PAS LIRE] Refus 9

CAO_14 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous toussé habituellement la plupart des jours?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À CAO_18
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Refus	9	CONTINUER

CAO_15 Le matin, crachez-vous des mucosités?

Oui.....	1	CONTINUER
Non.....	2	PASSER À CAO_17
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8	PASSER À CAO_17
[NE PAS LIRE] Refus	9	PASSER À CAO_17

CAO_16 Crachez-vous des mucosités la plupart des matins?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

CAO_17 Pendant toute l'année, produisez-vous des mucosités la plupart des jours?

Oui.....	1
Non.....	2
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	8
[NE PAS LIRE] Refus	9

CALCULER ANY_CAO=1 SI CAO_1=1 OU CAO_11=1; ANY_CAO=2 AUTREMENT

[SI ANY_CAO=1 CONTINUER, SI ANY_CAO=2 ET CAO_MED=1 PASSER À CAO_18C, SI ANY_CAO=2 ET CAO_MED=2 PASSER À CAO_END]

CAO_18 Prenez-vous actuellement des médicaments pour des troubles respiratoires?

Oui.....	01	SI CAO_MED=1 CONTINUER; SI CAO_MED=2 PASSER À CAO_18B
Non.....	02	SI CAO_MED=1 PASSER À CAO_18C AUTREMENT PASSER À CAO_END
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	PASSER À CAO_END
[NE PAS LIRE] Refus	99	PASSER À CAO_END

CAO_18A Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter des troubles respiratoires? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À CAO_END**
- Non..... 02 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À CAO_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À CAO_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À CAO_END**

CAO_18B Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre trouble respiratoire?

- Oui (veuillez préciser : _____) 01 **PASSER À CAO_END**
- Non..... 02 **PASSER À CAO_END**
- [NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse 98 **PASSER À CAO_END**
- [NE PAS LIRE]** Refus 99 **PASSER À CAO_END**

CAO_18C Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un trouble respiratoire. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un trouble respiratoire? **(DEMANDER POUR TOUS LES MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT INDIQUÉS POUR TRAITER UN TROUBLE RESPIRATOIRE)**

- Oui..... 01 **RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE**

		OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À CAO_END
Non	02	RÉPÉTER POUR TOUS LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS POUR UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES; SI DERNIER MÉDICAMENT PASSER À CAO_END
[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	98	CONTINUER
[NE PAS LIRE] Refus	99	CONTINUER

CAO_END