PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

clsa élcv
Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire de la visite à domicile

(4e suivi)

Copie de travail

©v2.0, 04 mai 2026

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

« Ce questionnaire a été conçu par le groupe de travail scientifique de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Certains de ses modules sont protégés par le droit d'auteur. Donc, ce questionnaire ne peut pas être reproduit sans l'autorisation des parties concernées. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous au access@clsa-elcv.ca. »

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

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

ED_1	ED_OTED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous suivi tout autre cours pouvant mener à l'obtention d'une attestation, d'un certificat ou d'un diplôme décerné par un établissement d'enseignement?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_6	SMK_OTCURR_COF4	
[ASK IF SMK_OTOCC_COF4=YES]		
Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SMK_OTCURR_CG_COF4	01	Cigares
SMK_OTCURR_SM_COF4	02	Petits cigares (cigarillos)
SMK_OTCURR_PI_COF4	03	Pipes de tabac
SMK_OTCURR_CH_COF4	04	Tabac à mâcher ou à priser
SMK_OTCURR_PT_COF4	05	Timbres de nicotine
SMK_OTCURR_GU_COF4	06	Gomme à la nicotine
SMK_OTCURR_BE_COF4	07	Noix d'arec
SMK_OTCURR_PN_COF4	08	Paan
SMK_OTCURR_SH_COF4	09	Narguilé (Shisha)
SMK_OTCURR_EN_COF4	10	Cigarettes électroniques avec nicotine
SMK_OTCURR_EC_COF4	11	Cigarettes électroniques sans nicotine
SMK_OTCURR_OTSP_COF4	97	Autre : _____
SMK_OTCURR_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
SMK_OTCURR_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

REMARQUE : Pour les questions sous forme de tableau, un double astérisque (**) signifie que le texte ne doit pas être lu. Il remplace la consigne [NE PAS LIRE].

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

Table des matières

Page

Éducation (ED) 5
Propriétaires (OWN) 7
Caractéristiques sociodémographiques (SDC) 11
Identité de genre (GED) 15
Consommation de tabac (SMK) 16
Cannabis (CAN) 19
Consommation d'alcool (ALC) 22
État général de santé (GEN) 27
Qualité de vie (QUA) 30
Déclin cognitif subjectif (SCD) 32
Activités physiques (PA2) 33
Nutrition Questionnaire court sur le régime alimentaire (NUT) 47
Santé des femmes (WHO) 70
Capacités fonctionnelles (FUL) 74
Activités de base de la vie quotidienne (ADL) 84
Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL) 90
Cognition (COG) 96
Évaluation de l'aire de mobilité (LSI) 114
Échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SLS) 119
Santé mentale positive (PMH) 125
Solitude (LON) 127
Trouble de stress post-traumatique (PSD) 128
Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1) 130
Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2) 134
Prestation de soins (CAG) 141
Blessures (INJ) 144
Chutes (FAL) 149
Retraite (RET) 153
Participation à la population active avant la retraite (LFP) 155
Population active (LBF) 158
Questionnaire sur les limitations au travail (WLQ) 161
Planification de la retraite (RPL) – version abrégée 162
Revenu (INC) 163
Médicaments (MEDI) 167
Utilisation des soins de santé (HCU) 168

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

Besoins de santé non comblés (MET) 177
Transport, mobilité, migration (TRA) 178
Environnements construits (ENV) 187
Patrimoine (WEA) 189
Réseautage social en ligne (INT) 194
Métamémoire (MEM) 199
Perception du poids (WTP) - (Ne fait pas partie de l'entrevue à domicile par téléphone) 206

PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR – NE PAS DISTRIBUER

Éducation (ED)

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

ED_1	**ED_ELHS_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Quel est le plus haut niveau d'études primaires ou secondaires que vous avez achevé?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
GRADE_8	1	8e année ou moins (Québec : Secondaire II ou moins)
GRADE_9_10	2	9e - 10e année (Québec : Secondaire III ou IV; Terre-Neuve-et-Labrador : 1re année du secondaire)
GRADE_11_13	3	11e - 13e année (Québec : Secondaire V; Terre-Neuve-et-Labrador : 2e à 4e année du secondaire)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ED_2	**ED_HSGR_COF4**	
[ASK IF ED_ELHS_COF4 = GRADE_11_13]		
Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ED_3	ED_OTED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous suivi tout autre cours pouvant mener à l'obtention d'une attestation, d'un certificat ou d'un diplôme décerné par un établissement d'enseignement?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ED_4	ED_HIGH_COF4	
[ASK IF ED_OTED_COF4 = YES]		
Quel est le plus haut certificat ou diplôme que vous avez obtenu?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS LEUR AVONS DÉJÀ DEMANDÉ LEURS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE DE DÉPART. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NO_POST_SECONDARY	01	Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires
TRADE_CERTIFICATE	02	Diplôme ou certificat de métier d'une école de métiers ou à la suite d'une période d'apprentissage
NON_UNIVERSITY_CERTIFICATE	03	Diplôme ou certificat non universitaire d'un collège communautaire, CÉGEP, école de sciences infirmières, etc.
UNIVERSITY_CERTIFICATE	04	Certificat universitaire inférieur au baccalauréat
BACHELORS_DEGREE	05	Baccalauréat
DEGREE_ABOVE_BACHELOR	06	Diplôme universitaire ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat
OTSP	97	Autre (veuillez préciser : _____)
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ED_END

Propriétaires (OWN)

Aperçu	Dans ce module, on demande aux participant·es s'ils/si elles sont propriétaires de leur logement. Il importe d'obtenir des données sur l'accès à la propriété, car la qualité de vie des personnes âgées est fonction de leurs actifs et de leurs dettes et pas seulement de leur revenu. Le logement est un actif important pour nombre de personnes âgées. Les renseignements de ce module, combinés aux données du module du revenu, aideront les scientifiques à comprendre la situation financière générale des Canadien·nes âgé·es ainsi qu'à évaluer ses répercussions sur leur santé.

Les questions suivantes portent sur votre domicile actuel.

OWN_1	**OWN_DWLG_COF4**
[ALWAYS ASK]	
Dans quel type de logement vivez-vous présentement?	
REMARQUE : SENIORS_HOUSING – Logement de personnes âgées (maison de retraite, logement avec assistance) **« Logement de personnes âgées » est un terme général décrivant les logements qui ne sont pas dans une institution, mais qui sont plutôt loués et parfois achetés. Ces établissements sont conçus pour loger les personnes âgées et prévoient des services dans le contrat de location, dans le bail et dans le contrat d'achat avec le/la propriétaire de l'établissement et/ou l'association de résident·es. Ces services peuvent inclure les repas et le bain, mais peuvent aussi inclure des soins plus avancés comme l'alimentation. Les résident·es sont considéré·es comme des locataires ou des propriétaires et obtiennent des soins et des services de l'extérieur.** **Autres appellations : logement avec assistance (C.-B., MB) ; maisons de retraite (C.-B., ON); logement désigné avec services de soutien (AB); logement avec services de soutien (AB, MB); maisons de soins personnels (SK, T.-N.-L.); résidence pour personnes âgées autonomes (MB); maisons de personnes âgées (NT); résidences pour personnes âgées (QC); foyers de soins spéciaux (N.-B.); établissements de soins pour bénéficiaires internes (N.-É.); résidences communautaires protectrices (T.-N.-L.); communautés de retraité·es** **INSTITUTION – Institution (habitation pour personnes âgées, foyer de soins ou établissement de soins de longue durée)** **« Soins institutionnels » est un terme général décrivant les logements qui disposent de soins infirmiers 24 heures sur 24 et qui ne sont PAS loués ou achetés. Ainsi, une personne y est « admise » officiellement et tous ses soins doivent provenir du personnel de l'établissement, y compris les soins médicaux de première ligne. Les résident·es ont généralement des troubles cognitifs et sont représenté·es par des mandataires.** **Autres appellations : établissement de soins de longue durée (ON, AB, la plupart des provinces); foyer de soins (la plupart des provinces); établissement de soins pour bénéficiaires internes (C.-B.)**	

OWN_1	OWN_DWLG_COF4 (continued)	
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HOUSE	01	Maison (individuelle détachée, jumelée, duplex ou en rangée)
APARTMENT	02	Appartement ou condominium
SENIORS_HOUSING	03	Logement de personnes âgées (maison de retraite, logement avec assistance)
INSTITUTION	04	Institution (habitation pour personnes âgées, foyer de soins ou établissement de soins de longue durée)
HOTEL	05	Maison mobile, hôtel, maison de chambres
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_2	OWN_OWN_COF4	
[ASK IF OWN_DWLG_COF4 ≠ INSTITUTION AND OWN_DWLG_COF4 ≠ DK_NA AND OWN_DWLG_COF4 ≠ REFUSED]		
Est-ce que vous (ou votre conjoint·e / partenaire) êtes propriétaire ou locataire de ce logement?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OWN	01	Propriétaire
RENT	02	Locataire
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_3	OWN_MRTG_COF4	
[ASK IF OWN_OWN_COF4 = OWN]		
Ce logement est-il hypothéqué ou le prêt hypothécaire est-il entièrement remboursé?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE LOGEMENT N'A JAMAIS EU D'HYPOTHÈQUE OU S'IL A ÉTÉ REÇU EN CADEAU OU EN HÉRITAGE, CHOISIR 2 « PRÊT ENTIÈREMENT REMBOURSÉ ».		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITH_MORTGAGE	1	Hypothéqué
PAID_OFF	2	Prêt entièrement remboursé
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_4	OWN_STFHM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En pensant à votre domicile, diriez-vous que vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant? Mon domicile actuel me satisfait.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
STRONGLY_AGREE	1	Tout à fait d'accord
AGREE	2	D'accord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	3	Ni en accord ni en désaccord
DISAGREE	4	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	5	Tout à fait en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_5	OWN_HMPRB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous les problèmes suivants avec votre domicile actuel?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
OWN_HMPRB_NOI_COF4	01	Problème avec le bruit (par exemple, des voisin·es, de la rue)
OWN_HMPRB_LEA_COF4	02	Problème de fuite (par exemple, de l'eau qui s'infiltre du toit, des gouttières ou des fenêtres)
OWN_HMPRB_CON_COF4	03	Problème de condensation (p. ex., moisissure)
OWN_HMPRB_EP_COF4	04	Problème électrique ou de plomberie
OWN_HMPRB_HEA_COF4	05	Problème de chauffage (p. ex., chaleur inadéquate ou trop élevée)
OWN_HMPRB_MAI_COF4	06	Problème d'entretien ou de réparation
OWN_HMPRB_INF_COF4	07	Problème d'infestation (p. ex., insectes, souris ou rats)
OWN_HMPRB_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** N'a aucun des problèmes énumérés
OWN_HMPRB_OTSP_COF4	97	Autre : _____
OWN_HMPRB_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
OWN_HMPRB_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_6	**OWN_MOVE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déménagé au cours des trois dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_7	**OWN_CMNTY_COF4**	
[ASK IF OWN_MOVE_COF4 = YES]		
Quelles raisons vous ont incité·e à déménager à cet endroit?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
OWN_CMNTY_CLI_COF4	01	Climat et environnement naturel
OWN_CMNTY_RET_COF4	02	Retraite ou planification de la retraite
OWN_CMNTY_FAM_COF4	03	La famille vit ici
OWN_CMNTY_FRI_COF4	04	Les ami·es vivent ici
OWN_CMNTY_HOU_COF4	05	Meilleures habitations ou habitations plus appropriées
OWN_CMNTY_REC_COF4	06	Installations récréatives et services
OWN_CMNTY_HEA_COF4	07	Soins de santé
OWN_CMNTY_COS_COF4	08	Coût de la vie plus bas
OWN_CMNTY_EMP_COF4	09	Possibilités d'emploi
OWN_CMNTY_APT_COF4	10	Disponibilité du transport en commun
OWN_CMNTY_ACC_COF4	11	Facilité d'accès au transport en commun
OWN_CMNTY_OTSP_COF4	97	Autre : _____
OWN_CMNTY_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
OWN_CMNTY_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

OWN_END

Caractéristiques sociodémographiques (SDC)

Certaines des questions ci-dessous peuvent ressembler à celles auxquelles vous avez déjà répondu dans un questionnaire précédent. Nous les posons dans le but d'avoir un meilleur portrait de l'identité autochtone et bispirituel·le au sein de l'échantillon de l'ÉLCV. Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ces questions.

SDC_1	**SDC_INDGN_TRF4**	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 8 OU 9 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SDC_INDGN_NO_TRF4	1	Non, pas Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)
SDC_INDGN_FN_TRF4	2	Oui, Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord)
SDC_INDGN_ME_TRF4	3	Oui, Métis
SDC_INDGN_IU_TRF4	4	Oui, Inuk (Inuit)
SDC_INDGN_DK_NA_TRF4	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
SDC_INDGN_REFUSED_TRF4	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_1a	**SDC_TWSPRT_TRF4**	
[ASK IF SDC_INDGN_TRF4 = SDC_INDGN_FN_TRF4 OR SDC_INDGN_ME_TRF4 OR SDC_INDGN_IU_TRF4]		
Êtes-vous bispirituel·le?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : LE TERME « TWO-SPIRIT » (BISPIRITUEL) A ÉTÉ CRÉÉ PAR DES PERSONNES DE LA COMMUNAUTÉ LESBIENNE, GAIE, BISEXUELLE, TRANSGENRE, QUEER OU NONHÉTÉROSEXUELLE (LGBTQ+) AUTOCHTONE. IL PEUT ÊTRE UTILISÉ COMME FAÇON DE SE DÉCRIRE. CE TERME VISE À INCARNER UNE DIVERSITÉ DE SEXUALITÉS, D'IDENTITÉS ET D'EXPRESSIONS DE GENRE, ET DE RÔLES RELATIFS AU GENRE AINSI QU'À AIDER LES AUTOCHTONES À ÉTABLIR DES LIENS AVEC DES EXPRESSIONS ET DES RÔLES QUI SONT PROPRES À LEUR NATION RELATIVEMENT AU GENRE ET À LA DIVERSITÉ SEXUELLE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_2a	SDC_RELGCP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes…?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE/LA PARTICIPANT·E N'A JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX·SE, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT RELIGIEUX·SE »		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_RELIGIOU	1	Plus religieux·se
NO_CHANGE	2	Également religieux·se
LESS_RELIGIOU	3	Moins religieux·se
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_2b	SDC_SPIGCP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes…?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE/LA PARTICIPANT·E N'A JAMAIS ÉTÉ SPIRITUEL·LE, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT SPIRITUEL·LE ».		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_SPIRITUAL	1	Plus spirituel·le
NO_CHANGE	2	Également spirituel·le
LESS_SPIRITUAL	3	Moins spirituel·le
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_3a	SDC_RELGFQ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités religieuses (y compris la prière, la méditation) ayant lieu chez vous ou ailleurs?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE/LA PARTICIPANT·E N'A JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX·SE, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ».		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
THREE_TIMES_YEAR	4	Au moins trois fois par année
ONCE_TWICE_YEAR	5	Une ou deux fois par année
NOT_AT_ALL	6	Pas du tout
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_3b	SDC_SPIGFQ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités spirituelles (y compris la prière, la méditation) ayant lieu chez vous ou ailleurs?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI LE/LA PARTICIPANT·E N'A JAMAIS ÉTÉ SPIRITUEL·LE, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ».		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
THREE_TIMES_YEAR	4	Au moins trois fois par année
ONCE_TWICE_YEAR	5	Une ou deux fois par année
NOT_AT_ALL	6	Pas du tout
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_4	SDC_MRTL2_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quel est votre état matrimonial actuel?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : NOUS DEVONS CONFIRMER OU METTRE À JOUR L'ÉTAT MATRIMONIAL, CAR CERTAINES QUESTIONS DE CE SONDAGE SONT POSÉES SEULEMENT SI LE/LA PARTICIPANT·E EST MARIÉ·E OU A UN·E CONJOINT·E DE FAIT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SINGLE	1	Célibataire, jamais marié·e ou n'a jamais vécu avec un·e conjoint·e de fait
MARRIED	2	Marié·e
COMMON_LAW2	3	Vit avec un·e conjoint·e de fait
WIDOWED	4	Veuf·ve
DIVORCED	5	Divorcé·e
SEPARATED	6	Séparé·e
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SDC_END

Identité de genre (GED)

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

GED_1	**SDC_CURRSEX_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Présentement, quelle est votre identité de genre?		
EN ABORDANT CORRECTEMENT LE SEXE ET L'IDENTITÉ DE GENRE, NOUS AVONS L'OCCASION D'EXAMINER LEUR IMPACT SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ.		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : Les personnes de genre non binaire sont celles dont l'identité de genre ne correspond pas complètement à celle d'un homme ou complètement à celle d'une femme. Ces personnes peuvent s'identifier en partie comme l'un ou l'autre des genres binaires (homme, femme) à un moment ou à un autre de leur vie. Leur identité peut aussi changer d'un genre à l'autre au fil des années. Elles peuvent également sentir que ni l'un ni l'autre des genres binaires ne correspond à leur identité. Certaines personnes de genre non binaire ne se considèrent pas comme trans, car pour elles, l'identité trans nécessite implicitement de s'identifier à un genre binaire. Certaines personnes de genre non binaire se considèrent comme étant queer ou de genre queer.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MAN	01	Homme
WOMAN	02	Femme
TRANSMAN	03	Homme trans
TRANSWOMAN	04	Femme trans
NONBINARY	05	Genre non binaire
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

GED_END

Consommation de tabac (SMK)

Aperçu	Ce module comporte une série de questions sur l'usage actuel du tabac. Les questions portent sur la fréquence du tabagisme et le nombre de cigarettes fumées par jour. Comme le tabagisme est l'une des principales causes de maladie et de décès au Canada, il est important d'examiner ce problème chez les Canadien·nes au fur et à mesure qu'ils/elles vieillissent. Les données du présent module aideront à comprendre les effets du tabagisme sur la santé durant le vieillissement. **Remarque :** Ce module porte sur l'usage de la cigarette et d'autres types de produits du tabac. Les questions 1 à 4 portent sur l'usage de la cigarette. Les questions 5 et 6 portent sur les autres types de produits du tabac.

SMK_1	**SMK_CURRCG_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY_PAST_30_DAYS	1	Chaque jour (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
NOT_AT_ALL	3	Jamais (vous n'avez pas du tout fumé au cours des 30 derniers jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_2	**SMK_NBCG_COF4**	
[ASK IF SMK_CURRCG_COF4 = DAILY_PAST_30_DAYS]		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en ce moment?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
1_5_CIGARETTES	1	1 à 5 cigarettes
6_10_CIGARETTES	2	6 à 10 cigarettes
11_15_CIGARETTES	3	11 à 15 cigarettes
16_20_CIGARETTES	4	16 à 20 cigarettes
21_25_CIGARETTES	5	21 à 25 cigarettes
NB	6	26 cigarettes ou plus (veuillez préciser : _____) **(MASK: MIN=26, MAX=200)**
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_3	SMK_LST30_COF4	
[ASK IF SMK_CURRCG_COF4 = OCCASIONALLY]		
Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
1_5_DAYS	1	1 à 5 jours
6_10_DAYS	2	6 à 10 jours
11_20_DAYS	3	11 à 20 jours
21_29_DAYS	4	21 à 29 jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_4	SMK_NB30_COF4	
[ASK IF SMK_CURRCG_COF4 = OCCASIONALLY]		
Combien de cigarettes avez-vous fumées habituellement pendant les jours où vous avez fumé?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
1_5_CIGARETTES	1	1 à 5 cigarettes
6_10_CIGARETTES	2	6 à 10 cigarettes
11_15_CIGARETTES	3	11 à 15 cigarettes
16_20_CIGARETTES	4	16 à 20 cigarettes
21_25_CIGARETTES	5	21 à 25 cigarettes
NB	6	26 cigarettes ou plus (veuillez préciser : _____) **(MASK: MIN=26, MAX=200)**
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_5	SMK_OTOCC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Utilisez-vous actuellement un ou plusieurs autres types de produits du tabac?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_6	SMK_OTCURR_COF4	
[ASK IF SMK_OTOCC_COF4 = YES]		
Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SMK_OTCURR_CG_COF4	01	Cigares
SMK_OTCURR_SM_COF4	02	Petits cigares (cigarillos)
SMK_OTCURR_PI_COF4	03	Pipes de tabac
SMK_OTCURR_CH_COF4	04	Tabac à mâcher ou à priser
SMK_OTCURR_PT_COF4	05	Timbres de nicotine
SMK_OTCURR_GU_COF4	06	Gomme à la nicotine
SMK_OTCURR_BE_COF4	07	Noix d'arec
SMK_OTCURR_PN_COF4	08	Paan
SMK_OTCURR_SH_COF4	09	Narguilé (Shisha)
SMK_OTCURR_EN_COF4	10	Cigarettes électroniques avec nicotine
SMK_OTCURR_EC_COF4	11	Cigarettes électroniques sans nicotine
SMK_OTCURR_OTSP_COF4	97	Autre : _____
SMK_OTCURR_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
SMK_OTCURR_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

SMK_END

Cannabis (CAN)

Aperçu	Le 17 octobre 2018, la Loi sur le cannabis est entrée en vigueur au Canada, réglementant la production, la distribution, la vente et la possession de cannabis partout au pays. Santé Canada a élaboré et mène depuis 2017 l'Enquête nationale sur le cannabis afin de produire des données annuelles sur les habitudes de consommation de cannabis, sur le marché du cannabis et sur les questions de sécurité publique. L'ampleur et la précision de l'ÉLCV offrent une occasion unique de contextualiser la consommation de cannabis chez les Canadien·nes âgé·es. Pour permettre la comparaison avec les données canadiennes existantes, le module sur le cannabis de l'ÉLCV comprend des questions de l'Enquête nationale sur le cannabis de 2023 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle de 2022.

Les prochaines questions portent sur la consommation de cannabis.

Lorsque nous utilisons le terme « cannabis », il inclut la marijuana (p. ex., herbe, pot), le haschisch, l'huile de cannabis ou tout autre produit fabriqué à partir de la plante de cannabis. Cela inclut les produits contenant du THC, du CBD ou tout autre cannabinoïde (p. ex., CBN, CBG, delta 8 THC).

Lorsque nous posons des questions sur la consommation, cela inclut l'utilisation du cannabis sous forme séchée, ou encore mélangé ou transformé en un autre produit comme un produit comestible, un extrait, un concentré, y compris le haschisch, un liquide, ou un autre produit.

CAN_1	**CAN_USE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAN_2	CAN_FREQ_COF4	
[ASK IF CAN_USE_COF4 = YES]		
Combien de fois avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_MONTH	1	Moins d'une fois par mois
1_3_DAYS_MONTH	2	1 à 3 fois par mois
ONCE_WEEK	3	Une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	4	Plus d'une fois par semaine
DAILY_ALMOST	5	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAN_3	CAN_PRPS_COF4	
[ASK IF CAN_USE_COF4 = YES]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelles fins, parmi les suivantes, avez-vous consommé du cannabis?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NON_MED_ONLY	1	À des fins non médicales seulement
MED_ONLY	2	À des fins médicales seulement (que ce soit avec ou sans un document médical)
BOTH	3	À des fins médicales ainsi qu'à des fins non médicales
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAN_4	CAN_SYM_COF4	
[ASK IF CAN_PRPS_COF4 = MED_ONLY OR BOTH]		
Au cours des 12 derniers mois, lorsque vous avez consommé du cannabis à des fins médicales, pour quels symptômes l'utilisiez-vous?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CAN_SYM_PAIN_COF4	01	Douleur
CAN_SYM_NSVM_COF4	02	Nausées ou vomissements
CAN_SYM_LAWL_COF4	03	Manque d'appétit ou perte de poids
CAN_SYM_HDMG_COF4	04	Maux de tête ou migraines
CAN_SYM_MSSZ_COF4	05	Spasmes musculaires ou convulsions
CAN_SYM_AXDP_COF4	06	Anxiété ou dépression
CAN_SYM_PTSD_COF4	07	Symptômes de trouble de stress post-traumatique
CAN_SYM_PRSL_COF4	08	Problèmes de sommeil
CAN_SYM_OPWD_COF4	09	Symptômes de sevrage d'opioïdes
CAN_SYM_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CAN_SYM_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
CAN_SYM_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAN_END

Consommation d'alcool (ALC)

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

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

ALC_1	**ALC_FREQ_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, environ à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	01	Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine)
4_5_TIMES_WEEK	02	4 à 5 fois par semaine
2_3_TIMES_WEEK	03	2 à 3 fois par semaine
ONCE_WEEK	04	Une fois par semaine
2_3_TIMES_MONTH	05	2 à 3 fois par mois
ABOUT_ONCE_MONTH	06	À peu près une fois par mois
LESS_ONCE_MONTH	07	Moins d'une fois par mois
NEVER	96	Jamais
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_2a-ALC_2e

[ASK IF ALC_FREQ_COF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_COF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_COF4 ≠ REFUSED]

Lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois, combien de verres de chacune des boissons alcoolisées suivantes buvez-vous du **dimanche au jeudi**?

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LIRE LA LISTE. TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.

RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU/À LA PARTICIPANT·E (C.-À-D., LES 12 DERNIERS MOIS DU DIMANCHE AU JEUDI) AU BESOIN.
SI LES PARTICIPANT·ES DISENT BOIRE DE L'ALCOOL SEULEMENT QUELQUES FOIS PAR MOIS, PRÉCISER « LES JOURS OÙ VOUS AVEZ BU »

PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX

- Exemple : Si Sally boit deux bières le lundi et deux bières le jeudi, elle consomme au total quatre verres d'alcool ET NON deux

ALC_WD_RDNB_COF4	Vin rouge	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WD_WHNB_COF4	Vin blanc	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WD_BRNB_COF4	Bière	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WD_LQNB_COF4	Liqueur alcoolisée ou spiritueux	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WD_OTNB_COF4	Autre type d'alcool	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_3a-ALC_3e

[ASK IF ALC_FREQ_COF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_COF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_COF4 ≠ REFUSED]

Lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois, combien de verres de chacune des boissons alcoolisées suivantes buvez-vous **le vendredi et le samedi**?

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LIRE LA LISTE. TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.

RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU/À LA PARTICIPANT·E (C.-À-D., LES 12 DERNIERS MOIS LES VENDREDIS ET SAMEDIS) AU BESOIN.
SI LES PARTICIPANT·ES DISENT BOIRE DE L'ALCOOL SEULEMENT QUELQUES FOIS PAR MOIS, PRÉCISER « LES JOURS OÙ VOUS AVEZ BU »

PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX

- Exemple : Si Sally boit deux bières le vendredi et deux bières le samedi, elle consomme au total quatre verres d'alcool ET NON deux.

ALC_WE_RDNB_COF4	Vin rouge	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WE_WHNB_COF4	Vin blanc	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WE_BRNB_COF4	Bière	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WE_LQNB_COF4	Liqueur alcoolisée ou spiritueux	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus
ALC_WE_OTNB_COF4	Autre type d'alcool	_____ (nombre) **(MASK: MIN=0, MAX=90)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_4	ALC_MLFQ_COF4	
[ASK IF (ALC_FREQ_COF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_COF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_COF4 ≠ REFUSED) AND SEX = MALE]		
Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu cinq consommations ou plus d'alcool à une même occasion?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU/À LA PARTICIPANT·E (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS) AU BESOIN **PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX**		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	01	Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine)
4_5_TIMES_WEEK	02	4 à 5 fois par semaine
2_3_TIMES_WEEK	03	2 à 3 fois par semaine
ONCE_WEEK	04	Une fois par semaine
2_3_TIMES_MONTH	05	2 à 3 fois par mois
ABOUT_ONCE_MONTH	06	À peu près une fois par mois
LESS_ONCE_MONTH	07	Moins d'une fois par mois
NEVER	96	Jamais
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_5	ALC_FMFQ_COF4	
[ASK IF (ALC_FREQ_COF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_COF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_COF4 ≠ REFUSED) AND SEX = FEMALE]		
Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu quatre consommations ou plus d'alcool à une même occasion?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : RAPPELER LA PÉRIODE DE TEMPS AU/À LA PARTICIPANT·E (C.-À-D. LES 12 DERNIERS MOIS) AU BESOIN **PAR « VERRE », ON ENTEND : UN VERRE DE VIN OU DE BOISSON RAFRAÎCHISSANTE AU VIN « COOLER » (142 ML, 5 ONCES), UNE BOUTEILLE OU UNE CANETTE DE BIÈRE OU UN VERRE DE BIÈRE EN FÛT (341 ML, 12 ONCES), UN VERRE OU UN COCKTAIL CONTENANT UNE ONCE ET DEMIE (43 ML) DE SPIRITUEUX**		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	01	Presque tous les jours (incluant 6 fois par semaine)
4_5_TIMES_WEEK	02	4 à 5 fois par semaine
2_3_TIMES_WEEK	03	2 à 3 fois par semaine
ONCE_WEEK	04	Une fois par semaine
2_3_TIMES_MONTH	05	2 à 3 fois par mois
ABOUT_ONCE_MONTH	06	À peu près une fois par mois
LESS_ONCE_MONTH	07	Moins d'une fois par mois
NEVER	96	Jamais
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_6	ALC_HVST_COF4	
[ASK IF ALC_FREQ_COF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_COF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_COF4 ≠ REFUSED]		
Comment est votre consommation actuelle d'alcool comparativement à la période où vous buviez le plus?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LA PÉRIODE OÙ ILS/ELLES BOIVENT LE PLUS EST EN CE MOMENT, « À PEU PRÈS SIMILAIRE » S'APPLIQUE.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SAME	1	À peu près similaire
LESS_HEAVIEST_PERIOD	2	Moindre que lors de la période où je buvais le plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ALC_END

État général de santé (GEN)

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

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

GEN_1	**GEN_HLTH_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_2	**GEN_MNTL_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_3	GEN_HLAG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Nous avons discuté avec de nombreux adultes et nous avons appris quelque chose de chacun d'entre eux à propos de ce qui, selon eux, favorise le vieillissement en santé. Selon vous, qu'est-ce qui favorise la longévité des gens et leur bonne santé?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES		
_____		
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_4	GEN_OWNAG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pour ce qui est de votre propre vieillissement en santé, diriez-vous qu'il est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellent
VERY_GOOD	2	Très bon
GOOD	3	Bon
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_5	GEN_BRD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ à quelle fréquence jouez-vous à des jeux de société ou aux cartes, ou faites-vous des mots croisés, des casse-têtes ou des sudokus?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EVERY_DAY	1	Tous les jours
SEVERAL_TIMES_WEEK	2	Plusieurs fois par semaine
SEVERAL_TIMES_MONTH	3	Plusieurs fois par mois
SEVERAL_TIMES_YEAR	4	Plusieurs fois par année
ONCE_YEAR_OR_LESS	5	Une fois par année ou moins
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_6	GEN_MUSC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ à quelle fréquence jouez-vous d'un instrument de musique ou chantez-vous dans une chorale?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EVERY_DAY	1	Tous les jours
SEVERAL_TIMES_WEEK	2	Plusieurs fois par semaine
SEVERAL_TIMES_MONTH	3	Plusieurs fois par mois
SEVERAL_TIMES_YEAR	4	Plusieurs fois par année
ONCE_YEAR_OR_LESS	5	Une fois par année ou moins
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

GEN_END

Qualité de vie (QUA)

ICECAP-A measure V2 © 2010 Hareth Al-Janabi and Joanna Coast
https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-A/index.aspx

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

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

QUA_1	**QUA_SECURE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Sentiment de sécurité et de stabilité		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL	1	J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans **tous** les domaines de ma vie
MANY	2	J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans **beaucoup** de domaines de ma vie.
A_FEW	3	J'arrive à éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans **quelques** domaines de ma vie
UNABLE	4	**Je n'arrive à** éprouver un sentiment de stabilité et de sécurité dans **aucun** des domaines de ma vie
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

QUA_2	**QUA_LOVE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Amour, amitié et soutien		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
A_LOT	1	Je peux recevoir **beaucoup** d'amour, d'amitié et de soutien
QUITE_A_LOT	2	Je peux recevoir **pas mal** d'amour, d'amitié et de soutien
A_LITTLE	3	Je peux recevoir **un peu** d'amour, d'amitié et de soutien
CANNOT	4	**Je ne peux pas** recevoir d'amour, d'amitié ou de soutien
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

QUA_3	QUA_INDEPENDENT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Être indépendant·e		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
COMPLETELY	1	J'arrive à être **complètement** indépendant·e
MANY	2	J'arrive à être indépendant·e pour **beaucoup** de choses
A_FEW	3	J'arrive à être indépendant·e pour **certaines** choses
UNABLE	4	**Je n'arrive pas** à être indépendant·e du tout
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

QUA_4	QUA_ACHIEVE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Réussite et progrès		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL	1	Je peux réussir et progresser dans **tous** les aspects de ma vie
MANY	2	Je peux réussir et progresser dans **beaucoup** d'aspects de ma vie
A_FEW	3	Je peux réussir et progresser dans **quelques** aspects de ma vie
CANNOT	4	**Je ne peux** réussir ou progresser dans **aucun** aspect de ma vie
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

QUA_5	QUA_ENJOYMENT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Plaisir		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
A_LOT	1	Je peux ressentir **beaucoup** de plaisir
QUITE_A_LOT	2	Je peux ressentir **pas mal** de plaisir
A_LITTLE	3	Je peux ressentir **un peu** de plaisir
CANNOT	4	**Je ne peux** ressentir **aucun** plaisir
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

QUA_END

Déclin cognitif subjectif (SCD)

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

PCM_1	**GEN_MEMO_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Pensez-vous que votre mémoire est de moins en moins bonne?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NO	1	Non
YES	2	Oui, mais cela ne me préoccupe pas
YESWRY	3	Oui, et cela me préoccupe
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PCM_END

Activités physiques (PA2)

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

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

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

PA2_1	**PA2_SIT_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des activités assises comme lire, regarder la télévision, utiliser l'ordinateur ou faire de l'artisanat? Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_2	PA2_SIT2_COF4	
[ASK IF PA2_SIT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_SIT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_SIT_COF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_SIT2_BIN_COF4	01	Bingo, cartes ou autres jeux
PA2_SIT2_COM_COF4	02	Utiliser l'ordinateur
PA2_SIT2_CRO_COF4	03	Mots croisés, casse-têtes, etc.
PA2_SIT2_HAN_COF4	04	Artisanat
PA2_SIT2_LIS_COF4	05	Écouter la radio / de la musique
PA2_SIT2_MUS_COF4	06	Jouer d'un instrument de musique
PA2_SIT2_REA_COF4	07	Lire
PA2_SIT2_VIS_COF4	08	Visiter des personnes
PA2_SIT2_TV_COF4	09	Regarder la télévision
PA2_SIT2_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_SIT2_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_SIT2_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_3	PA2_SITHR_SIT_COF4	
[ASK IF PA2_SIT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_SIT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_SIT_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités assises?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_4	PA2_WALK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois êtes-vous allé·e marcher à l'extérieur de votre maison ou de votre cour? Par exemple, pour vous détendre ou pour faire de l'exercice, pour vous rendre au travail, pour promener le chien, etc.		
REMARQUE : LA MARCHE PEUT ÊTRE À L'EXTÉRIEUR OU À L'INTÉRIEUR.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_5	PA2_WALKHR_COF4	
[ASK IF PA2_WALK_COF4 ≠ NEVER AND PA2_WALK_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_WALK_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous marché?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_6	PA2_LSPRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices légers ou des activités récréatives comme les quilles, le golf avec voiturette, le jeu de palet (shuffleboard), le badminton, la pêche, le stretching, le yoga, le curling ou d'autres activités semblables?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LES EXERCICES LÉGERS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES SONT DES ACTIVITÉS PENDANT LESQUELLES VOUS POUVEZ FACILEMENT MAINTENIR UNE CONVERSATION. LA MARCHE DEVRAIT ÊTRE INSCRITE À LA QUESTION PRÉCÉDENTE.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_7	PA2_LSPRT2_COF4	
[ASK IF PA2_LSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_LSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_LSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_LSPRT2_ARC_COF4	01	Tir à l'arc
PA2_LSPRT2_BAD_COF4	02	Badminton
PA2_LSPRT2_BIL_COF4	03	Billard
PA2_LSPRT2_BOA_COF4	04	Navigation de plaisance (canot, aviron ou voile)
PA2_LSPRT2_BOC_COF4	05	Jeu de boules (bocci) / pétanque
PA2_LSPRT2_BOW_COF4	06	Quilles
PA2_LSPRT2_CAT_COF4	07	Jeu de balles (catch)
PA2_LSPRT2_CRO_COF4	08	Croquet
PA2_LSPRT2_CUR_COF4	20	Curling
PA2_LSPRT2_DAR_COF4	09	Fléchettes
PA2_LSPRT2_FIS_COF4	10	Pêche
PA2_LSPRT2_FRI_COF4	11	Frisbee
PA2_LSPRT2_GOL_COF4	12	Golf avec voiturette
PA2_LSPRT2_HOR_COF4	13	Fer à cheval
PA2_LSPRT2_MUS_COF4	14	Programme musical
PA2_LSPRT2_RIF_COF4	15	Tir
PA2_LSPRT2_SHU_COF4	16	Palet (shuffleboard)
PA2_LSPRT2_SWI_COF4	17	Natation (sans longueurs)
PA2_LSPRT2_TAB_COF4	18	Ping-pong
PA2_LSPRT2_YOG_COF4	19	Yoga ou stretching
PA2_LSPRT2_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_LSPRT2_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_LSPRT2_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_8	PA2_LSPRTHR_COF4	
[ASK IF PA2_LSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_LSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_LSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices légers ou activités récréatives?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_9	PA2_MSPRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices d'intensité modérée comme la danse sociale, la chasse, le patin, le golf sans voiturette, la balle molle, le pickleball ou d'autres activités semblables?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LES EXERCICES D'INTENSITÉ MODÉRÉE SONT DES ACTIVITÉS QUI AUGMENTENT LÉGÈREMENT LE RYTHME DE LA RESPIRATION. NE PAS INCLURE LES TRAVAUX DE JARDINAGE ET LES TRAVAUX DE LA COUR.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_10	PA2_MSPRT2_COF4	
[ASK IF PA2_MSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_MSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_MSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_MSPRT2_BAR_COF4	01	Travaux de ferme
PA2_MSPRT2_DAN_COF4	02	Danse (danse sociale, ballet, disco)
PA2_MSPRT2_FEN_COF4	03	Escrime
PA2_MSPRT2_FOO_COF4	04	Football
PA2_MSPRT2_GOL_COF4	05	Golf sans voiturette
PA2_MSPRT2_HOR_COF4	06	Équitation
PA2_MSPRT2_HUN_COF4	07	Chasse
PA2_MSPRT2_PIC_COF4	17	Pickleball
PA2_MSPRT2_PIL_COF4	08	Pilates ou tai chi
PA2_MSPRT2_SCU_COF4	09	Plongée (en apnée ou sous-marine)
PA2_MSPRT2_SKA_COF4	10	Patin (glace ou roues alignées)
PA2_MSPRT2_SLE_COF4	11	Glissade sur neige / motoneige
PA2_MSPRT2_SOF_COF4	12	Balle molle / base-ball / criquet
PA2_MSPRT2_SUR_COF4	13	Planche à neige / surf
PA2_MSPRT2_TEN_COF4	14	Tennis (en double)
PA2_MSPRT2_TRM_COF4	15	Trampoline
PA2_MSPRT2_VOL_COF4	16	Volley-ball
PA2_MSPRT2_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_MSPRT2_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_MSPRT2_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_11	PA2_MSPRTHR_COF4	
[ASK IF PA2_MSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_MSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_MSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité modérée?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_12	PA2_SSPRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices d'intensité élevée comme le jogging, la natation, la raquette, le vélo, la danse aérobique, le ski ou d'autres activités semblables?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LES EXERCICES D'INTENSITÉ ÉLEVÉE SONT DES EXERCICES PENDANT LESQUELS IL EST TRÈS DIFFICILE D'AVOIR UNE CONVERSATION.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_13	PA2_SSPRT2_COF4	
[ASK IF PA2_SSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_SSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_SSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_SSPRT2_AER_COF4	01	Danse aérobique ou aqua-forme
PA2_SSPRT2_BAC_COF4	02	Longue randonnée
PA2_SSPRT2_BAS_COF4	03	Basket-ball
PA2_SSPRT2_BIC_COF4	04	Vélo ou vélo stationnaire
PA2_SSPRT2_BOA_COF4	05	Planche à voile
PA2_SSPRT2_HAN_COF4	06	Handball / paddleball
PA2_SSPRT2_HIK_COF4	07	Randonnée pédestre
PA2_SSPRT2_HOC_COF4	08	Hockey (sur glace ou sur gazon)
PA2_SSPRT2_JOG_COF4	09	Jogging
PA2_SSPRT2_LAC_COF4	10	Crosse
PA2_SSPRT2_MOU_COF4	11	Escalade, course en montagne
PA2_SSPRT2_RAC_COF4	12	Racquetball
PA2_SSPRT2_ROP_COF4	13	Saut à la corde
PA2_SSPRT2_ROW_COF4	14	Aviron ou canot de compétition
PA2_SSPRT2_RWM_COF4	15	Machine à ramer
PA2_SSPRT2_SKI_COF4	16	Ski (ski de fond, alpin, nautique)
PA2_SSPRT2_SNO_COF4	17	Raquette
PA2_SSPRT2_SOC_COF4	18	Soccer
PA2_SSPRT2_SQU_COF4	19	Squash
PA2_SSPRT2_STA_COF4	20	Grimper des escaliers
PA2_SSPRT2_SWI_COF4	21	Natation (avec longueurs)
PA2_SSPRT2_TEN_COF4	22	Tennis (simple)
PA2_SSPRT2_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_SSPRT2_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_SSPRT2_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_14	PA2_SSPRTHR_COF4	
[ASK IF PA2_SSPRT_COF4 ≠ NEVER AND PA2_SSPRT_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_SSPRT_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité élevée?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_15	PA2_EXER_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait des exercices en vue d'augmenter la force et l'endurance musculaire, comme soulever des poids, faire des push-ups (pompes), etc.?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : AUTRES EXEMPLES : MINI-HALTÈRES, PHYSIOTHÉRAPIE AVEC POIDS, GYMNASTIQUE RYTHMIQUE, REDRESSEMENTS ASSIS ET HALTÉROPHILIE. LA GYMNASTIQUE RYTHMIQUE REGROUPE DES ACTIVITÉS UTILISANT LE POIDS DU CORPS COMME RÉSISTANCE, PAR EXEMPLE LES PUSH-UPS.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
SELDOM	2	Rarement (1 à 2 jours)
SOMETIMES	3	Parfois (3 à 4 jours)
OFTEN	4	Souvent (5 à 7 jours)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_16	PA2_EXER2_COF4	
[ASK IF PA2_EXER_COF4 ≠ NEVER AND PA2_EXER_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_EXER_COF4 ≠ REFUSED]		
Quels étaient ces exercices?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_EXER2_CAL_COF4	01	Gymnastique rythmique
PA2_EXER2_PUS_COF4	02	Push-ups (pompes)
PA2_EXER2_SIT_COF4	03	Redressements assis
PA2_EXER2_WEI_COF4	04	Poids libres et mini-haltères
PA2_EXER2_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_EXER2_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_EXER2_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_17	PA2_EXERHR_COF4	
[ASK IF PA2_EXER_COF4 ≠ NEVER AND PA2_EXER_COF4 ≠ DK_NA AND PA2_EXER_COF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à des exercices visant à augmenter la force et l'endurance musculaire?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_30_MIN	1	Moins de 30 minutes
30_MIN_1_HR	2	30 minutes, mais moins de 1 heure
1_2_HR	3	1 heure, mais moins de 2 heures
2_4_HR	4	2 heures, mais moins de 4 heures
MORE_4_HR	5	4 heures ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_18-PA2_23

[ALWAYS ASK]

Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait l'une ou l'autre des activités suivantes?

ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION

		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
PA2_LTHSWK_COF4	Des travaux domestiques légers comme épousseter ou laver la vaisselle				
PA2_HVYHSWK_COF4	Des travaux domestiques lourds comme passer l'aspirateur, récurer les planchers, laver les fenêtres ou transporter du bois				
PA2_HMREPAIR_COF4	Des réparations de la maison comme peindre, poser du papier peint, faire des travaux d'électricité, etc.				
PA2_HVYODA_COF4	Des travaux sur la pelouse ou dans la cour, y compris enlever la neige ou les feuilles mortes, couper du bois, etc. (excluant le jardinage extérieur)				
PA2_LTODA_COF4	Du jardinage à l'extérieur, balayer le balcon ou les escaliers				
PA2_CRPRSN_COF4	Donner des soins à une autre personne, comme des enfants, un·e conjoint·e à charge ou un autre adulte				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

PA2_24	**PA2_WRK_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des sept derniers jours, avez-vous occupé un travail rémunéré ou fait du bénévolat?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_25	PA2_WRKHRS_NB_COF4	
[ASK IF PA2_WRK_COF4 = YES]		
Au cours des sept derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à un travail rémunéré ou à des activités de bénévolat?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT		
	_____	**INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=168)**
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_26	PA2_WRKPA_COF4	
[ASK IF PA2_WRK_COF4 = YES]		
Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux la quantité d'activité physique nécessaire pour votre travail ou vos activités de bénévolat?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : 50 LIVRES ÉQUIVALENT À PEU PRÈS À 23 KG.		
LIRE LES CATÉGORIES, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SITTING	1	Principalement assis·e en faisant de légers mouvements des bras comme travailleur·se de bureau ou chauffeur·se d'autobus
STANDING_WALKING	2	Être assis·e ou debout avec la possibilité de faire quelques pas comme caissier·ère, machiniste ou opérateur·rice de machinerie
LIGHT_MANUAL	3	Marcher avec manutention de matériaux d'un poids généralement de moins de 50 livres, comme travailleur·se des postes, serveur·se ou travailleur·se de la construction
HEAVY_MANUAL	4	Marcher incluant du travail manuel ardu nécessitant souvent la manutention de matériaux de plus de 50 livres, comme bûcheron·ne, maçon·ne, ouvrier·ère agricole ou ouvrier·ère
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_27	PA2_REPRTN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Nous venons de parler de vos activités au cours des sept derniers jours. Si vous les considérez toutes ensemble, diriez-vous qu'elles représentent votre niveau d'activité habituel au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
STRONGLY_AGREE	1	Tout à fait d'accord
AGREE	2	D'accord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	3	Ni en accord ni en désaccord
DISAGREE	4	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	5	Entièrement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_28	PA2_PALVL_COF4	
[ASK IF PA2_REPRTN_COF4 = DISAGREE OR STRONGLY_DISAGREE]		
Au cours des sept derniers jours, diriez-vous que votre niveau d'activité physique était :		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LOT_LOWER	1	beaucoup moins élevé qu'à l'habitude
LITTLE_LOWER	2	un peu moins élevé qu'à l'habitude
LITTLE_HIGHER	3	un peu plus élevé qu'à l'habitude
LOT_HIGHER	4	beaucoup plus élevé qu'à l'habitude
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_29	PA2_PARTPA_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités physiques?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_30	PA2_PRVPA_COF4	
[ASK IF PA2_PARTPA_COF4 = YES]		
Qu'est-ce qui vous a empêché·e de faire de l'activité physique ou plus d'activités physiques?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_PRVPA_COS_COF4	01	Coût
PA2_PRVPA_TRM_COF4	02	Problèmes de transport
PA2_PRVPA_ACT_COF4	03	Activités non disponibles dans la région
PA2_PRVPA_LOC_COF4	04	L'emplacement est physiquement inaccessible
PA2_PRVPA_FAR_COF4	05	L'emplacement est trop loin
PA2_PRVPA_HEA_COF4	06	Problème de santé
PA2_PRVPA_ILL_COF4	07	Maladie / blessure
PA2_PRVPA_FEA_COF4	08	Peur de se blesser
PA2_PRVPA_TIM_COF4	09	Manque de temps
PA2_PRVPA_ENG_COF4	10	Manque d'énergie
PA2_PRVPA_MOT_COF4	11	Manque de motivation
PA2_PRVPA_SKI_COF4	12	Manque de compétence ou connaissance
PA2_PRVPA_OTSP_COF4	97	Autre : _____
PA2_PRVPA_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
PA2_PRVPA_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

PA2_END

Nutrition Questionnaire court sur le régime alimentaire (NUT)

Ce module contient une version modifiée du Questionnaire court sur le régime alimentaire. Le questionnaire original a été développé et validé par Bryna Shatenstein et Hélène Payette.

Shatenstein B, Payette H. Evaluation of the relative validity of the Short Diet Questionnaire for assessing usual consumption frequencies of selected nutrients and foods. Nutrients 2015;7:6362-74. doi : 10.3390/nu7085282.
L'élaboration, la mise à l'essai et la validation du Questionnaire court sur le régime alimentaire (QCR) ont été effectuées auprès des participantes et participants à l'étude NuAge dans le cadre de la phase II des études de validation de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV), IRSC 2006–2008. L'étude NuAge a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), numéro de subvention MOP-62842, et le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, un réseau financé par le Fonds de recherche du Québec–Santé.

Le Questionnaire court sur le régime alimentaire a été modifié pour la première fois lors du 4e suivi afin de concorder avec les éléments inclus dans le Healthy Eating Index: HEI-2015.

Krebs-Smith SM, Pannucci TE, Subar AF, Kirkpatrick SI, Lerman JL, Tooze JA, Wilson MM, Reedy J. Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015. J Acad Nutr Diet. Septembre 2018;118(9):1591-602. doi : 10.1016/j.jand.2018.05.021. Erratum in J Acad Nutr Diet. Octobre 2019;119(10):1759. doi : 10.1016/j.jand.2019.07.025. PMID : 30146071; PMCID : PMC6719291.

Aperçu	Le Questionnaire court sur le régime alimentaire fournit un portrait de l'apport usuel en aliments et boissons au cours des 12 derniers mois. Nous voulons également savoir si vous suivez actuellement un régime alimentaire spécifique. Les scientifiques s'intéressent à votre régime alimentaire, car on sait que la nutrition joue un rôle important dans le vieillissement en santé. Par exemple, la vitamine D et le calcium sont essentiels pour garder des os en santé, alors que la consommation d'acides gras trans et insaturés affecte négativement le taux de cholestérol.

Les questions suivantes portent sur les aliments que vous avez l'habitude de manger ou de boire. Pensez à tous les aliments que vous mangez, tant aux repas qu'aux collations, à la maison et à l'extérieur. Pensez au nombre de fois que vous avez mangé chaque aliment par mois, par semaine ou par jour. **Si vous ne mangez jamais un aliment ou en mangez moins d'une fois par mois, répondez « Jamais ou rarement ».**

NUT_1	**NUT_FBR_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des céréales à déjeuner riches en fibres (All Bran, 100 % son, Bran Flakes, musli…), par exemple deux fois par jour, trois fois par semaine, une fois par mois?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_2	NUT_BRD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du pain **de blé entier**, au son, multigrains, de seigle (tranchés, croûté, pains hamburger / hot dog, bagels, pitas…)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_3	NUT_PST_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement des aliments faits de **blé entier** ou de grains entiers tels que des pâtes, nouilles, quinoa, avoine riz brun, riz sauvage, ou tout autre aliment à grains entier?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_4	NUT_WTBRD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement du pains blancs, bagels, riz blanc, pâtes blanches, nouille blanches ou autres grains raffinés comme les céréales à déjeuner?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI « JAMAIS », INSCRIRE « JAMAIS OU RAREMENT »

NUT_5	NUT_ALLMEATS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du bœuf, du porc, du veau, de l'agneau, du gibier (haché, hamburgers, rôti, steak, en cubes...)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_6	NUT_CHCK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du poulet et de la dinde?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_7	NUT_FISH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du saumon, truite, sardine, hareng, thon, maquereau (frais, congelés ou en conserve)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_8	NUT_PRDMEATS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des saucisses, hot-dog, jambon, viandes froides ou fumées, bacon, pâtés, cretons, terrines…?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INTERVIEWEUR·SE : RÉPÉTER SI NÉCESSAIRE : Pensez au nombre de fois que vous avez mangé chaque aliment par mois, par semaine ou par jour. Si vous ne mangez jamais un aliment ou en mangez moins d'une fois par mois, répondez « Jamais ou rarement ».

NUT_9	NUT_O3EG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des œufs oméga 3?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_10	NUT_EGGS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous toute recette à base d'œufs excluant les œufs oméga 3 (œufs, omelette, quiche…)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_11	NUT_LEGM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous habituellement des légumineuses, p. ex., haricots secs, pois secs, lentilles, tofu?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_12	NUT_NUTS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des noix, graines et beurre d'arachides?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI « JAMAIS », INSCRIRE « JAMAIS OU RAREMENT »

NUT_13	NUT_FRUT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des fruits (frais, congelés, en conserve)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_14	NUT_GREEN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous de la salade verte (laitue, avec ou sans autres ingrédients)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_15	NUT_PTTO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des pommes de terre (bouillies, pilées, au four)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_16	NUT_CRRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des carottes (fraîches, congelées, en conserve, mangées seules ou avec d'autres aliments, cuites ou crues)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_17	NUT_VGOT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous d'autres légumes (sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INTERVIEWEUR·SE : RÉPÉTER SI NÉCESSAIRE : Pensez au nombre de fois que vous avez mangé chaque aliment par mois, par semaine ou par jour. Si vous ne mangez jamais un aliment ou en mangez moins d'une fois par mois, répondez « Jamais ou rarement ».

NUT_18	NUT_LWCS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous tous les types de fromages réduits en gras?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_19	NUT_CHSE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous tous les types de fromages réguliers?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_20	NUT_LWYG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des yogourts réduits en gras?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_21	NUT_YOGR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des yogourts réguliers?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI « JAMAIS », INSCRIRE « JAMAIS OU RAREMENT »

NUT_22	**NUT_FDJCCALC_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des aliments enrichis de calcium (pouding au soya...) ou buvez-vous du jus enrichi de calcium (jus d'orange…)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_23	**NUT_DAIR_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous de la crème glacée, lait glacé, yogourt glacé, desserts au lait (pouding...)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_24	NUT_SALT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des grignotines (croustilles régulières, craquelins...)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_25	NUT_DSRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des gâteaux, tartes, beignes, pâtisserie, biscuits, muffins...?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_26	NUT_CHOC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous habituellement du chocolat (en bonbon ou en barre)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INTERVIEWEUR·SE : RÉPÉTER SI NÉCESSAIRE : Pensez au nombre de fois que vous avez mangé chaque aliment par mois, par semaine ou par jour. Si vous ne mangez jamais un aliment ou en mangez moins d'une fois par mois, répondez « Jamais ou rarement ».

NUT_27	NUT_FATS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement du beurre, du lard, de l'huile de coco, ou de l'huile de palme?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_28	NUT_MRGOIL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement de la margarine ou des huiles végétales (p. ex., olive, canola, ou tournesol) incluant les vinaigrettes et la mayonnaise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI « JAMAIS », INSCRIRE « JAMAIS OU RAREMENT »

NUT_29	NUT_PURE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous du jus de fruits pur à 100 % (p. ex., jus d'orange, de pamplemousse ou autres incluant le jus de tomate) que ce soit en bouteille, en conserve ou congelé?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_30	NUT_SUGR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons aux fruits avec sucre ajouté (p. ex., punch, boissons à saveurs de fruits, limonade, thé glacé sucré)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_31	NUT_SFDRK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons gazeuses régulières (p. ex., Coke, Pepsi, 7-Up, Sprite et autres)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_32	NUT_ASFDRK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons gazeuses contenant des édulcorants artificiels (p. ex., Coke diète, Pepsi diète, 7-Up diète, Sprite diète, etc.)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_33	NUT_CFFTEA_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence prenez-vous habituellement du café ou du thé sucré, chaud ou glacé?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI « JAMAIS », INSCRIRE « JAMAIS OU RAREMENT »

NUT_34	NUT_FLVML_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement du lait au chocolat ou autre lait aromatisé?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_35	NUT_WHML_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous du lait entier 3,25 % m.g.?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_36	NUT_LFML_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous du lait 2 % m.g., 1 % m.g., écrémé?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_37	NUT_PLNTDR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement des boissons enrichies à base de plantes (soya, avoine, amandes, …)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_37a	NUT_PLNTDRTYP_COF4	
[ASK IF NUT_PLNTDR_COF4 = DAY OR WK OR MT > 0]		
Quelle sorte consommez-vous habituellement?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SB	1	Boisson de soya
OTSP	2	Autres
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_38	NUT_ENEG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons énergétiques, telles que Red Bull?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_39	NUT_PKFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des aliments ou repas pré-emballés, tels que des soupes, repas surgelés ou autres?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_40	NUT_FSTFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement des aliments de la restauration rapide tels que des burgers, frites, poutine, pizza, sous-marins, poulet frit, burritos ou tacos?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_41	NUT_LSALT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Choisissez-vous habituellement des noix, des graines et du beurre d'arachide sans sel ou à faible teneur en sodium?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_42	NUT_TAST_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Éprouvez-vous de la difficulté à goûter les aliments? Par exemple, un goût altéré pour les aliments sucrés ou salés, ou un goût sucré, salé ou amer inhabituel dans la bouche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_43	NUT_SMEL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Éprouvez-vous des difficultés avec l'odorat? Par exemple, avoir une perception diminuée ou erronée?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_44	NUT_SPDIET_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Suivez-vous, présentement, un régime alimentaire spécifique?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_44a	NUT_DTYP_COF4	
[ASK IF NUT_SPDIET_COF4 = YES]		
Quel est ce régime?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
NUT_DTYP_VEG_COF4	01	Régime végétarien
NUT_DTYP_VAG_COF4	02	Régime végétalien ou végétarien strict
NUT_DTYP_MAC_COF4	03	Régime macrobiotique
NUT_DTYP_GLU_COF4	04	Régime sans gluten
NUT_DTYP_MED_COF4	05	Régime méditerranéen
NUT_DTYP_RAW_COF4	06	Régime crudivorisme (aussi appelé « alimentation vivante », aliments crus seulement)
NUT_DTYP_DSH_COF4	07	Régime « DASH » (Approche alimentaire pour contrer l'hypertension)
NUT_DTYP_PAL_COF4	08	Régime paléo
NUT_DTYP_WTL_COF4	09	Régime amaigrissant
NUT_DTYP_LNA_COF4	10	Diète faible en sel
NUT_DTYP_LWF_COF4	11	Diète faible en gras
NUT_DTYP_LWS_COF4	12	Diète faible en sucre
NUT_DTYP_LFR_COF4	13	Diète sans lactose
NUT_DTYP_KET_COF4	14	Diète cétogène
NUT_DTYP_OTSP_COF4	97	Autre (p. ex., régime ethnoculturel) : _____
NUT_DTYP_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
NUT_DTYP_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_44b	NUT_DTIM_COF4	
[ASK IF NUT_SPDIET_COF4 = YES]		
Si oui, depuis combien de temps? Précisez semaines, mois ou années		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE AU BESOIN		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WEEKS	_____	Semaines **(MASK: MIN=1, MAX=52)**
MONTHS	_____	Mois **(MASK: MIN=1, MAX=12)**
YEARS	_____	Années **(MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

NUT_END

Santé des femmes (WHO)

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

WHO_MENSTRFRST_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENSTRFRST_COF3, WHO_MENSTRFRST_COF2)

WHO_A	**WHO_MENSTRFRST_COF4**	
[ASK IF FEMALE AND WHO_MENSTRFRST_PAST = NULL]		
À quel âge avez-vous eu votre première menstruation?		
	_____	**INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=8, MAX=25)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

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

WHO_MENOP_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENOP_COF3, WHO_MENOP_COF2, WHO_MENOP_COF1, WHO_MENOP_COM)

WHO_1	**WHO_MENOP_COF4**	
[ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_MENOP_PAST ≠ YES]		
Êtes-vous ménopausée? Autrement dit, avez-vous cessé d'avoir vos règles depuis au moins un an sans qu'elles réapparaissent?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_1a	WHO_MENOHOW_COF4	
[ASK IF WHO_MENOP_COF4 = YES]		
Votre ménopause a-t-elle été naturelle ou était-elle le résultat d'une intervention médicale?		
Définitions Ovariectomie bilatérale : ablation de deux ovaires ou plus Salpingo-ovariectomie bilatérale (aussi connue sous le nom de SOB) : intervention chirurgicale lors de laquelle les deux ovaires et les trompes de Fallope sont enlevés. Hystérectomie : ablation chirurgicale de l'utérus		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NATURAL	1	Naturelle
OVARIES	2	Ménopause chirurgicale – ovariectomie bilatérale sans hystérectomie
ALL	3	Ménopause chirurgicale – hystérectomie et salpingo-ovariectomie/ovariectomie bilatérale
HYSTERECTOMY	4	Ménopause chirurgicale – hystérectomie seulement (ovaires conservés)
HYSTOVAQUES	5	Ménopause chirurgicale – hystérectomie, mais pas certaine que les ovaires sont enlevés
SURGRADITION	6	Ménopause provoquée par une intervention médicale – radiation
SURGDRUG	7	Ménopause provoquée par une intervention médicale – médicament, y compris la chimiothérapie
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_2	WHO_MPAG_AG_COF4	
[ASK IF WHO_MENOP_COF4 = YES]		
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez cessé d'avoir vos règles pendant au moins un an sans qu'elles réapparaissent?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE EXACT		
	_____	**INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_HRT_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_HRT_COF3, WHO_HRT_COF2, WHO_HRT_COF1, WHO_HRT_COM)

WHO_3	WHO_HRT_COF4	
[ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_HRT_PAST ≠ YES]		
Avez-vous déjà suivi une hormonothérapie substitutive, parfois appelé THS, pour une raison quelconque?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_4	WHO_TYPE_COF4	
[ASK IF WHO_HRT_COF4 = YES]		
Quel type d'hormonothérapie substitutive avez-vous utilisé le plus?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ESTROGEN_PROGESTERONE	1	Œstrogène et progestérone
ESTROGEN	2	Œstrogène (p. ex., Premarin, Estrace)
PROGESTERONE	3	Progestérone (p. ex., Prometrium, Provera)
ESTROGEN_SKIN	4	Œstrogène appliqué sur la peau sous forme de gel, de crème, de timbre ou de vaporisateur (p. ex., Estraderm, Estrogel)
DEVICE_PROGESTERONE	5	Dispositif intra-utérin avec progestérone
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_5	WHO_HRTAG_AG_COF4	
[ASK IF WHO_HRT_COF4 = YES]		
À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ÂGE EXACT EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
	_____	**INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_6	WHO_HRTCURR_COF4	
[ASK IF WHO_HRT_COF4 = YES]		
Utilisez-vous toujours une hormonothérapie substitutive?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_7	WHO_HRTSTIL_COF4	
[ASK IF WHO_HRT_PAST = YES]		
Lors de votre dernière entrevue, vous avez dit que vous utilisiez une hormonothérapie substitutive. Est-ce toujours le cas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_8	WHO_HRTDR_COF4	
[ASK IF WHO_HRTCURR_COF4 = NO OR WHO_HRTSTIL_COF4 = NO]		
Au total, depuis combien de temps utilisez-vous ou pendant combien de temps avez-vous utilisé une hormonothérapie substitutive?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DE LA DURÉE TOTALE		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	_____	Semaines **(MASK: MIN=0, MAX=52)**
MT	_____	Mois **(MASK: MIN=0, MAX=12)**
YR	_____	Années **(MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)**
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WHO_END

Capacités fonctionnelles (FUL)

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

FUL_1	**FUL_SHLD_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à atteindre des objets ou à étendre vos bras au-dessus de vos épaules?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_1a	**FUL_SHLDDG_COF4**	
[ASK IF FUL_SHLD_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_2	FUL_STOOP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous pencher, à vous accroupir ou à vous agenouiller?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_2a	FUL_STOOPDG_COF4	
[ASK IF FUL_STOOP_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_3	FUL_PUSH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets comme un fauteuil?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_3a	FUL_PUSHDG_COF4	
[ASK IF FUL_PUSH_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_4	FUL_LFT10_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à soulever des objets de 10 livres (ou 4,5 kg), comme un sac d'épicerie lourd?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_4a	FUL_LFT10DG_COF4	
[ASK IF FUL_LFT10_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_5	FUL_HDLG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à manipuler des petits objets, comme saisir une pièce de monnaie sur la table?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_5a	FUL_HDLGDG_COF4	
[ASK IF FUL_HDLG_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_6	FUL_ST15_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester debout pendant un long moment, environ 15 minutes?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_6a	FUL_ST15DG_COF4	
[ASK IF FUL_ST15_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_7	FUL_SIT1H_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester assis·e pendant un long moment, disons une heure?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_7a	FUL_SIT1HDG_COF4	
[ASK IF FUL_SIT1H_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_8	FUL_STDUP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous lever après avoir été assis·e sur une chaise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_8a	FUL_STDUPDG_COF4	
[ASK IF FUL_STDUP_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_9	FUL_FSTR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à monter et descendre les escaliers seul·e?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_9a	FUL_FSTRDG_COF4	
[ASK IF FUL_FSTR_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_10	FUL_WK23B_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à marcher 2 à 3 pâtés de maisons?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_10a	FUL_WK23BDG_COF4	
[ASK IF FUL_WK23B_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_11	FUL_MKBED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à faire un lit?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_11a	FUL_MKBEDDG_COF4	
[ASK IF FUL_MKBED_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_12	FUL_WSHBK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous laver le dos?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_12a	FUL_WSHBKDG_COF4	
[ASK IF FUL_WSHBK_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_13	FUL_KNCUT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à utiliser un couteau pour couper vos aliments?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_13a	FUL_KNCUTDG_COF4	
[ASK IF FUL_KNCUT_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_14	FUL_FORC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à faire des activités récréatives ou un travail dans lesquels vos bras, vos épaules ou vos mains doivent amortir une force ou un impact (par exemple jouer au golf, manipuler un marteau, jouer au tennis, taper à l'ordinateur, etc.)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
UNABLE	3	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	4	Ne le fait pas selon les directives d'un·e médecin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_14a	FUL_FORCDG_COF4	
[ASK IF FUL_FORC_COF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est…		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FUL_END

Activités de base de la vie quotidienne (ADL)

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

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

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

ADL_1	**ADL_ABLDR_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller vous-même sans aide (y compris choisir vos vêtements et mettre vos chaussettes et vos souliers)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_2	**ADL_HPDR_COF4**	
[ASK IF ADL_ABLDR_COF4 = NO]		
Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller vous-même avec un peu d'aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_3	ADL_UNDR_COF4	
[ASK IF ADL_HPDR_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous habiller et vous déshabiller vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_4	ADL_ABLFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous manger sans aide, c'est-à-dire êtes-vous capable de vous nourrir complètement vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_5	ADL_HPFD_COF4	
[ASK IF ADL_ABLFD_COF4 = NO]		
Pouvez-vous manger avec un peu d'aide (par exemple, vous avez besoin d'aide pour couper vos aliments, etc.)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_6	ADL_UNFD_COF4	
[ASK IF ADL_HPFD_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous nourrir vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_7	ADL_ABLAP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous occuper de votre apparence sans aide, par exemple peigner vos cheveux, vous raser (si vous êtes un homme)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_8	ADL_HPAP_COF4	
[ASK IF ADL_ABLAP_COF4 = NO]		
Pouvez-vous vous occuper de votre apparence avec un peu d'aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_9	ADL_UNAP_COF4	
[ASK IF ADL_HPAP_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous occuper de votre apparence?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_10	ADL_ABLWK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous marcher sans aide?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E MARCHE AVEC UNE CANNE, INSCRIRE « OUI »		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_11	ADL_HPWK_COF4	
[ASK IF ADL_ABLWK_COF4 = NO]		
Pouvez-vous marcher avec l'aide d'une personne ou en utilisant une marchette ou des béquilles, etc.?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_12	ADL_UNWK_COF4	
[ASK IF ADL_HPWK_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de marcher?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_13	ADL_ABLBD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous mettre au lit et en sortir sans aucune aide ou aide technique?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_14	ADL_HPBD_COF4	
[ASK IF ADL_ABLBD_COF4 = NO]		
Pouvez-vous vous mettre au lit et en sortir avec un peu d'aide (d'une personne ou d'un appareil fonctionnel)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_15	ADL_UNBD_COF4	
[ASK IF ADL_HPBD_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement dépendant·e d'une autre personne pour vous mettre au lit et en sortir?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_16	ADL_ABLBT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous prendre un bain ou une douche sans aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_17	ADL_HPBT_COF4	
[ASK IF ADL_ABLBT_COF4 = NO]		
Pouvez-vous prendre un bain ou une douche avec un peu d'aide (vous avez besoin de l'aide d'une personne pour entrer dans le bain et en sortir ou vous avez besoin de poignées spéciales pour le faire)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_18	ADL_UNBT_COF4	
[ASK IF ADL_HPBT_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de prendre un bain et une douche vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_19	ADL_BATH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà eu de la difficulté à vous rendre à la salle de bain à temps?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_20	ADL_INCNT_COF4	
[ASK IF ADL_BATH_COF4 = YES]		
À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ou de selles (le jour ou la nuit)? Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
0_1_TIME_WEEK	1	Jamais ou moins d'une fois par semaine
1_2_TIME_WEEK	2	Une ou deux fois par semaine
3_MORE_TIMES_WEEK	3	Trois fois par semaine ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

ADL_END

Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL)

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

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

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

IAL_1	**IAL_ABLTEL_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous utiliser le téléphone sans aide, y compris pour chercher et pour composer les numéros?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_2	**IAL_HPTEL_COF4**	
[ASK IF IAL_ABLTEL_COF4 = NO]		
Pouvez-vous utiliser le téléphone avec de l'aide (vous pouvez répondre au téléphone ou appeler l'opérateur en cas d'urgence mais vous avez besoin d'un téléphone spécial ou d'aide pour chercher ou composer le numéro)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_3	IAL_UNTEL_COF4	
[ASK IF IAL_HPTEL_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable d'utiliser le téléphone?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_4	IAL_ABLTRV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pour les déplacements qui exigent un transport, pouvez-vous vous y rendre sans aide (conduire votre propre auto ou vous déplacer seul·e en autobus ou en taxi)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_5	IAL_HPTRV_COF4	
[ASK IF IAL_ABLTRV_COF4 = NO]		
Pour les déplacements qui exigent un transport, pouvez-vous vous y rendre avec de l'aide (vous avez besoin de quelqu'un pour vous aider ou pour vous accompagner dans vos déplacements)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_6	IAL_UNTRV_COF4	
[ASK IF IAL_HPTRV_COF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous déplacer sauf si on met à votre disposition, en cas d'urgence, un véhicule spécialisé comme une ambulance?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_7	IAL_ABLGRO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous faire votre épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements sans aide (vous vous occupez de tous vos achats vous-même)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_8	IAL_HPGRO_COF4	
[ASK IF IAL_ABLGRO_COF4 = NO]		
Pouvez-vous faire votre épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements avec de l'aide (vous avez besoin d'être accompagné·e pour tout magasinage)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_9	IAL_UNGRO_COF4	
[ASK IF IAL_HPGRO_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de faire du magasinage?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_10	IAL_ABLML_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous préparer vos propres repas sans aide (planifier et préparer vous-même des repas complets)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_11	IAL_HPML_COF4	
[ASK IF IAL_ABLML_COF4 = NO]		
Pouvez-vous préparer vos propres repas avec de l'aide (vous pouvez préparer certaines choses mais vous êtes incapable de préparer vous-même des repas complets)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_12	IAL_UNML_COF4	
[ASK IF IAL_HPML_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de préparer les repas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_13	IAL_ABLWRK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous faire l'entretien ménager de votre maison sans aide (vous pouvez laver les planchers, etc.)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_14	IAL_HPWRK_COF4	
[ASK IF IAL_ABLWRK_COF4 = NO]		
Pouvez-vous faire l'entretien ménager de votre maison avec de l'aide (vous pouvez faire les travaux légers, mais vous avez besoin d'aide pour les travaux lourds)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_15	IAL_UNWRK_COF4	
[ASK IF IAL_HPWRK_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de faire l'entretien ménager de votre maison?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_16	IAL_ABLMED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous prendre vos médicaments sans aide (vous pouvez respecter la posologie exacte, au bon moment)?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E OUBLIE À L'OCCASION, INSCRIRE « OUI ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_17	IAL_HPMED_COF4	
[ASK IF IAL_ABLMED_COF4 = NO]		
Pouvez-vous prendre vos médicaments avec de l'aide (vous êtes capable de prendre les médicaments si quelqu'un les prépare pour vous ou vous fait penser de les prendre)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_18	IAL_UNMED_COF4	
[ASK IF IAL_HPMED_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de prendre vos médicaments?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_19	IAL_ABLMO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous occuper de vos finances sans aide (vous pouvez faire les chèques, payer les factures, etc.)?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E OUBLIE À L'OCCASION, INSCRIRE « OUI ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_20	IAL_HPMO_COF4	
[ASK IF IAL_ABLMO_COF4 = NO]		
Pouvez-vous vous occuper de vos finances avec de l'aide (vous pouvez faire les achats quotidiens, mais vous avez besoin d'aide pour gérer votre carnet de chèques ou pour payer vos factures)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_21	IAL_UNMO_COF4	
[ASK IF IAL_HPMO_COF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de vous occuper de vos finances?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

IAL_END

Cognition (COG)

Test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey : Ce test est adapté de l'article d'André Rey intitulé « L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique » Archives de psychologie 28:21, 1941. Récemment, la procédure a été discutée plus en détail et quelque peu modifiée dans l'ouvrage d'André Rey intitulé « L'examen clinique en psychologie » (Paris : Presses Universitaires, 1958), pp. 141-193.
Le Mental Alternation Test (MAT)© est inspiré du Trail making test. L'instrument Mental Alternations Test (MAT)© a été développé par Dre Evelyn Teng (University of Southern California, USA). L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser le MAT.

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

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

COG_A	**COG_REC_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Pour nous aider à saisir cette information de façon exacte, nous aimerions avoir votre permission de faire un enregistrement audio de vos réponses. Cet enregistrement sera seulement utilisé par des employé·es autorisé·es de l'ÉLCV pour coder et vérifier vos réponses. Il est assujetti aux mêmes dispositions en matière de confidentialité que les autres données recueillies par l'ÉLCV. Consentez-vous à ce que vos réponses soient enregistrées?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_REC_COF4 ≠ YES SKIP TO END OF MODULE]		

COG_1	**COG_RDY_COF4**	
[ASK IF COG_REC_COF4 = YES]		
Il est très important que vous ne soyez pas dérangé·e durant ces tâches. Vous devez accomplir ces tâches seul·e, sans aide et sans crayon ni papier.		
Pour commencer, une voix enregistrée vous posera une question à laquelle vous devrez répondre. Veuillez écouter attentivement. Êtes-vous prêt·e à écouter l'enregistrement?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE/LA PARTICIPANT·E, PASSER À COG_END		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
TECH	3	**[NE PAS LIRE]** Un problème technique a empêché de compléter le module
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

[IF COG_RDY_COF4 = YES SKIP TO COG_BGN_COF4, IF COG_RDY_COF4 = REFUSED SKIP TO COG_ANML_COF4]

COG_2	**COG_RDYRPT_COF4**	
[ASK IF COG_RDY_COF4 = NO OR DK_NA]		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
Une voix enregistrée vous posera une question à laquelle vous devrez répondre. Veuillez écouter attentivement. Êtes-vous prêt·e à écouter l'enregistrement?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE/LA PARTICIPANT·E, PASSER À COG_END		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_RDYRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_BGN_COF4]		

COG_2a	**COG_RDYIMP_COF4**	
[ASK IF COG_RDYRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_RDYIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_2b	**COG_RDYFCTR_COF4**	
[ASK IF COG_RDYIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_RDYFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_RDYFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_RDYFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_RDYFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_RDYFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_RDYFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_RDYFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_3	COG_BGN_COF4	
[ASK IF COG_RDY_COF4 = YES OR COG_RDYRPT_COF4 =YES]		
Je vais commencer l'enregistrement maintenant.		
L'INTERVIEWEUR·SE DOIT INDIQUER SI LE/LA PARTICIPANT·E A CLAIREMENT ENTENDU L'ENREGISTREMENT, NSP/ PR/ REFUS NON PERMIS		
YES	1	Oui, a bien entendu l'enregistrement
NO	2	Non, n'a pas bien entendu l'enregistrement
[IF COG_BGN_COF4 = YES SKIP TO COG_WRD_COF4]		

COG_4	COG_HRD_COF4	
[ASK IF COG_BGN_COF4 = NO]		
AJUSTER LE VOLUME ET DIRE : Je viens d'ajuster le volume. Je vais maintenant vous faire écouter l'enregistrement à nouveau.		
L'INTERVIEWEUR·SE DOIT INDIQUER SI LE/LA PARTICIPANT·E A CLAIREMENT ENTENDU L'ENREGISTREMENT, NSP/ PR/ REFUS NON PERMIS		
YES	1	Oui, a bien entendu l'enregistrement
NO	2	Non, n'a pas bien entendu l'enregistrement
[IF COG_HRD_COF4 = YES SKIP TO COG_WRD_COF4]		

COG_4a	COG_HRDIMP_COF4	
[ASK IF COG_HRD_COF4 = NO]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_HRDIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_4b	COG_HRDFCTR_COF4	
[ASK IF COG_HRDIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_HRDFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_HRDFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_HRDFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_HRDFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_HRDFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_HRDFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_HRDFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_5	COG_WRD_COF4	
[ASK IF COG_BGN_COF4 = YES OR COG_HRD_COF4 = YES]		
La première tâche commence par une voix enregistrée qui lira une liste de mots. Nous avons volontairement choisi une liste assez longue, pour qu'il soit difficile de se souvenir de tous les mots. La plupart des gens ne se souviennent que de quelques-uns. Écoutez attentivement, car la liste de mots ne pourra pas être répétée. Quand la liste de mots sera terminée, je vous demanderai de me dire à voix haute tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. Est-ce que je peux vous faire écouter l'enregistrement?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LA LISTE DE MOTS NE JOUE PAS EN RAISON D'UN PROBLÈME TECHNIQUE, NE PAS RÉCITER LES MOTS AU/À LA PARTICIPANT·E, PASSER À COG_ANML_COF4.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_WRD_COF4 = REFUSED SKIP TO COG_ANML_COF4, IF COG_WRD_COF4 = YES SKIP TO COG_WRDLST_COF4]		

COG_6	COG_WRDRPT_COF4	
[ASK IF COG_WRD_COF4 = NO OR DK_NA]		
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS		
La première tâche commence par une voix enregistrée qui lira une liste de mots. Nous avons volontairement choisi une liste assez longue, pour qu'il soit difficile de se souvenir de tous les mots. La plupart des gens ne se souviennent que de quelques-uns. Écoutez attentivement, car la liste de mots ne pourra pas être répétée. Quand la liste de mots sera terminée, je vous demanderai de me dire à voix haute tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. Est-ce que je peux vous faire écouter l'enregistrement?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_WRDRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_WRDLST_COF4]		

COG_6a	COG_WRDIMP_COF4	
[ASK IF COG_WRDRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_WRDIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_6b	COG_WRDFCTR_COF4	
[ASK IF COG_WRDIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_WRDFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_WRDFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_WRDFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_WRDFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_WRDFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_WRDFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_WRDFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_ANML_COF4]		

COG_7	COG_WRDLST_COF4

[ASK IF COG_WRD_COF4 = YES OR COG_WRDRPT_COF4 = YES]

Je vais commencer l'enregistrement maintenant.

CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT

Dites-moi maintenant tous les mots dont vous vous souvenez, dans n'importe quel ordre. Veuillez commencer.

RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), INSCRIRE TOUS LES MOTS DONT LE/LA PARTICIPANT·E SE SOUVIENT CORRECTEMENT.

CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 90 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.

NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI UN PROBLÈME TECHNIQUE EMPÊCHE D'ENREGISTRER LE/LA PARTICIPANT·E, PASSER À COG_END

			Oui	Non	Variante	Variantes acceptées
			1	9	2	
COG_WRDLST_DRUM_COF4	Tambour	01				S. o.
COG_WRDLST_CURT_COF4	Rideau	02				Lit d'eau
COG_WRDLST_BELL_COF4	Cloche	03				S. o.
COG_WRDLST_COFF_COF4	Café	04				S. o.
COG_WRDLST_SCHL_COF4	École	05				Colle
COG_WRDLST_PRNT_COF4	Parent	06				S. o.
COG_WRDLST_MOON_COF4	Lune	07				S. o.
COG_WRDLST_GARD_COF4	Jardin	08				S. o.
COG_WRDLST_HAT_COF4	Chapeau	09				S. o.
COG_WRDLST_FARM_COF4	Fermier	10				S. o.
COG_WRDLST_NOSE_COF4	Nez	11				S. o.
COG_WRDLST_TURK_COF4	Dinde	12				S. o.
COG_WRDLST_COLR_COF4	Couleur	13				Couleuvre
COG_WRDLST_HOUS_COF4	Maison	14				S. o.
COG_WRDLST_RIVR_COF4	Rivière	15				S. o.
COG_WRDLST_NONE_COF4	Nul/ Le/La participant·e ne s'est souvenu·e d'aucun mot correctement	96				S. o.
COG_WRDLST_OTSP_COF4	Autres mots qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus (veuillez préciser : _____)	97				
COG_WRDLST_REFUSED_COF4		99	**[NE PAS LIRE]** Refus			

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

COG_7a	COG_WRDLST_COMMT_COF4	
[ASK IF COG_WRD_COF4 = YES OR COG_WRDRPT_COF4 = YES]		
Merci. Cette tâche est terminée. **INTERVIEWEUR·SE :** Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_7b	COG_WRDLST_LANG_COF4	
[ASK IF COG_WRD_COF4 = YES OR COG_WRDRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français?		
ENGLISH	1	Anglais
FRENCH	2	Français

COG_8	COG_ANML_COF4	
[ASK IF COG_REC_COF4 = YES]		
Dans les prochaines tâches, nous allons vous demander de faire une énumération, ainsi que de compter des chiffres et de dire des lettres à voix haute.		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : FAIRE LA TÂCHE SUIVANTE EN FRANÇAIS OU EN ANGLAIS, MAIS PAS DANS LES DEUX LANGUES.		
J'aimerais à présent que vous me nommiez autant d'animaux différents auxquels vous pouvez penser. Vous disposez d'une minute pour le faire. Lorsque vous serez prêt·e, je commencerai l'enregistrement. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ANML_COF4 = YES SKIP TO COG_ANMLLIST_COF4, IF COG_ANML_COF4 = REFUSED SKIP TO COG_CNT_COF4]		

COG_9	COG_ANMLRPT_COF4	
[ASK IF COG_ANML_COF4 = NO OR DK_NA]		
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
J'aimerais à présent que vous me nommiez autant d'animaux différents auxquels vous pouvez penser. Vous disposez d'une minute pour le faire. Lorsque vous serez prêt·e, je commencerai l'enregistrement. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ANMLRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_ANMLLIST_COF4]		

COG_9a	COG_ANMLIMP_COF4	
[ASK IF COG_ANMLRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_ANMLIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_CNT_COF4]		

COG_9b	COG_ANMLFCTR_COF4	
[ASK IF COG_ANMLIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_ANMLFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_ANMLFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_ANMLFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_ANMLFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_ANMLFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_ANMLFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_ANMLFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_CNT_COF4]		

COG_10	COG_ANMLLIST_COF4
[ASK IF COG_ANML_COF4 = YES OR COG_ANMLRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Veuillez commencer.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E EST SILENCIEUX·SE PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, L'ENCOURAGER EN DISANT : « Pensez-vous à d'autres animaux? » **NE PAS INTERROMPRE LE/LA PARTICIPANT·E S'IL/SI ELLE DONNE DE BONNES RÉPONSES. FOURNIR DES CLARIFICATIONS SEULEMENT S'IL/SI ELLE DEMANDE DES PRÉCISIONS SUR LES CATÉGORIES D'ANIMAUX AUTORISÉS OU DEMANDE SI UNE CATÉGORIE SPÉCIFIQUE COMPTE (C.-À-D. OISEAUX, POISSONS, INSECTES) NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.**	

COG_10a	COG_ANMLLIST_COMMT_COF4	
[ASK IF COG_ANML_COF4 = YES OR COG_ANML_RPT_COF4 = YES]		
Merci. Cette tâche est terminée. **INTERVIEWEUR·SE :** Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_10b	COG_ANMLLIST_LANG_COF4	
[ASK IF COG_ANML_COF4 = YES OR COG_ANMLRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français?		
ENGLISH	1	Anglais
FRENCH	2	Français

COG_11	COG_CNT_COF4	
[ASK IF COG_REC_COF4 = YES]		
Maintenant, j'aimerais que vous comptiez de 1 à 20, c'est-à-dire 1, 2, 3, 4 et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_CNT_COF4 = YES SKIP TO COG_CNTTIME_RECORD_COF4, IF COG_CNT_COF4 = REFUSED SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_12	COG_CNTRPT_COF4	
[ASK IF COG_CNT_COF4 = NO OR DK_NA]		
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LA QUESTION		
Maintenant, j'aimerais que vous comptiez de 1 à 20, c'est-à-dire 1, 2, 3, 4 et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_CNTRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_CNTTIME_RECORD_COF4]		

COG_12a	COG_CNTIMP_COF4	
[ASK IF COG_CNTRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_CNTIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_12b	COG_CNTFCTR_COF4	
[ASK IF COG_CNTIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_CNTFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_CNTFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_CNTFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_CNTFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_CNTFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_CNTFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_CNTFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_13	COG_CNTTIME_RECORD_COF4
[ASK IF COG_CNT_COF4 = YES OR COG_CNTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Veuillez commencer.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : ARRÊTER L'ENREGISTREMENT DÈS QUE LE/LA PARTICIPANT·E A RÉUSSI À COMPTER DE 1 À 20 OU SI LE CHRONOMÈTRE ATTEINT 30 SECONDES, SELON L'OPTION QUI ARRIVE EN PREMIER. **UNE FOIS CETTE QUESTION COMMENCÉE, ON NE PEUT Y REVENIR. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. NSP / PR / REFUS NON PERMIS**	
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : FAIRE LA TÂCHE SUIVANTE EN FRANÇAIS OU EN ANGLAIS, MAIS PAS DANS LES DEUX LANGUES.	

COG_13a	COG_CNTTIME_RECYN_COF4	
[ASK IF COG_CNT_COF4 = YES OR COG_CNTRPT_COF4 = YES]		
Le/La participant·e a-t-il/elle réussi à compter de 1 à 20?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_CNTTIME_RECYN_COF4 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_13b	COG_CNTTIME_COMMT_COF4	
[ASK IF COG_CNT_COF4 = YES OR COG_CNTRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_13c	COG_CNTTIME_NB_COF4	
[ASK IF COG_CNTTIME_RECYN_COF4 = YES]		
	_____	Inscrire le temps exact en secondes : **(MASK: MIN=1, MAX=30)**
Merci. Cette tâche est terminée.		

COG_14	COG_ALP_COF4	
[ASK IF COG_CNTTIME_RECYN_COF4 = YES]		
J'aimerais maintenant que vous disiez l'alphabet, c'est-à-dire A, B, C, D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ALP_COF4 = YES SKIP TO COG_ALPTIME_RECORD_COF4, IF COG_ALP_COF4 = REFUSED OR DON'T KNOW / NO ANSWER SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_15	COG_ALPRPT_COF4	
[ASK IF COG_ALP_COF4 = NO OR DK_NA]		
SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
J'aimerais maintenant que vous disiez l'alphabet, c'est-à-dire A, B, C, D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ALPRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_ALPTIME_RECORD_COF4]		

COG_15a	COG_ALPIMP_COF4	
[ASK IF COG_ALPRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_ALPIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_15b	COG_ALPFCTR_COF4	
[ASK IF COG_ALPIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_ALPFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_ALPFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_ALPFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_ALPFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_ALPFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_ALPFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_ALPFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_16	COG_ALPTIME_RECORD_COF4
[ASK IF COG_ALP_COF4 = YES OR COG_ALPRPT_COF4 = YES	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Veuillez commencer.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : ARRÊTER L'ENREGISTREMENT DÈS QUE LE/LA PARTICIPANT·E A RÉUSSI À RÉCITER L'ALPHABET DE A À Z OU SI LE CHRONOMÈTRE ATTEINT 30 SECONDES, SELON L'OPTION QUI ARRIVE EN PREMIER.UNE FOIS CETTE QUESTION COMMENCÉE, ON NE PEUT Y REVENIR. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. NSP / PR / REFUS NON PERMIS	
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : FAIRE LA TÂCHE SUIVANTE EN FRANÇAIS OU EN ANGLAIS, MAIS PAS DANS LES DEUX LANGUES.	

COG_16a	COG_ALPTIME_RECYN_COF4	
[ASK IF COG_ALP_COF4 = YES OR COG_ALPRPT_COF4 = YES]		
Le/La participant·e a-t-il/elle réussi à réciter l'alphabet?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_ALPTIME_RECYN_COF4 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_16b	COG_ALPTIME_COMMT_COF4	
[ASK IF COG_ALP_COF4 = YES OR COG_ALPRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_16c	COG_ALPTIME_REC_COF4	
[ASK IF COG_ALPTIME_RECYN_COF4 = YES]		
	_____	Inscrire le temps exact en secondes : **(MASK: MIN=1, MAX=30)**
Merci. Cette tâche est terminée.		

COG_17	COG_ALT_COF4	
[ASK IF COG_ALPTIME_RECYN_COF4 = YES]		
Maintenant, je vous demanderais d'alterner des chiffres consécutifs en commençant par le chiffre 1, et l'alphabet, en commençant par la lettre A, par exemple, 1-A, 2-B, 3-C, 4-D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ALT_COF4 = YES SKIP TO COG_ALTTIME_RECORD_COF4, IF COG_ALT_COF4 = REFUSED SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_18	COG_ALTRPT_COF4	
[ASK IF COG_ALT_COF4 = NO OR DK_NA]		
SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
Maintenant, je vous demanderais d'alterner des chiffres consécutifs en commençant par le chiffre 1, et l'alphabet, en commençant par la lettre A, par exemple, 1-A, 2-B, 3-C, 4-D et ainsi de suite. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus
[IF COG_ALTRPT_COF4 = YES SKIP TO COG_ALTTIME_RECORD_COF4]		

COG_18a	COG_ALTIMP_COF4	
[ASK IF COG_ALTRPT_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF COG_ALTIMP_COF4 = NO SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_18b	COG_ALTFCTR_COF4	
[ASK IF COG_ALTIMP_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
COG_ALTFCTR_LG_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
COG_ALTFCTR_PH_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
COG_ALTFCTR_DI_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
COG_ALTFCTR_IM_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
COG_ALTFCTR_AID_COF4	05	Aide utilisée
COG_ALTFCTR_TE_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif / le logiciel
COG_ALTFCTR_OTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO COG_WRDLST2_COF4]		

COG_19	COG_ALTTIME_RECORD_COF4
[ASK IF COG_ALT_COF4 = YES OR COG_ALTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Veuillez commencer.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER LE CHRONOMÈTRE POUR 30 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E COMMENCE AVEC UNE LETTRE AU LIEU D'UN NOMBRE, L'INTERROMPRE, RÉPÉTER LES CONSIGNES ET LUI DEMANDER DE RECOMMENCER LE TEST CORRECTEMENT. NE PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE.	

COG_19a		
[ASK IF COG_ALT_COF4 = YES OR COG_ALTRPT_COF4 = YES]		
	____	Inscrire le nombre d'alternances correctes en 30 secondes **(MASK: MIN=0, MAX=51)**

COG_19b	COG_ALTTIME_COMMT_COF4	
[ASK IF COG_ALT_COF4 = YES OR COG_ALTRPT_COF4 = YES]		
Merci. Cette tâche est terminée. **INTERVIEWEUR·SE :** Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_19c	COG_ALTTME_LANG_COF4	
[ASK IF COG_ALT_COF4 = YES OR COG_ALTRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français?		
ENGLISH	1	Anglais
FRENCH	2	Français

COG_20	COG_WRDLST2_COF4

[ASK IF COG_WRD = YES OR COG_WRDRPT = YES]

Il y a quelques instants, une voix enregistrée vous a lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Pourriez-vous s'il vous plaît me dire les mots dont vous vous souvenez maintenant?

CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT

RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), INSCRIRE TOUS LES MOTS DONT LE/LA PARTICIPANT·E SE SOUVIENT CORRECTEMENT.
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.

NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E COMMENCE À ÉNUMÉRER LES ANIMAUX QU'IL/ELLE A NOMMÉS PRÉCÉDEMMENT, L'INTERROMPRE ET RÉPÉTER LES CONSIGNES.

			Oui	Non	Variante	Variantes acceptées
			1	9	2	
COG_WRDLST2_DRUM_COF4	Tambour	01				S. o.
COG_WRDLST2_CURT_COF4	Rideau	02				Lit d'eau
COG_WRDLST2_BELL_COF4	Cloche	03				S. o.
COG_WRDLST2_COFF_COF4	Café	04				S. o.
COG_WRDLST2_SCHL_COF4	École	05				Colle
COG_WRDLST2_PRNT_COF4	Parent	06				S. o.
COG_WRDLST2_MOON_COF4	Lune	07				S. o.
COG_WRDLST2_GARD_COF4	Jardin	08				S. o.
COG_WRDLST2_HAT_COF4	Chapeau	09				S. o.
COG_WRDLST2_FARM_COF4	Fermier	10				S. o.
COG_WRDLST2_NOSE_COF4	Nez	11				S. o.
COG_WRDLST2_TURK_COF4	Dinde	12				S. o.
COG_WRDLST2_COLR_COF4	Couleur	13				Couleuvre
COG_WRDLST2_HOUS_COF4	Maison	14				S. o.
COG_WRDLST2_RIVR_COF4	Rivière	15				S. o.
COG_WRDLST2_NONE_COF4	Nul/Le/La participant·e ne s'est souvenu d'aucun mot correctement	96				S. o.
COG_WRDLST2_OTSP_COF4	Autres mots qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus (veuillez préciser : _____)	97				
COG_WRDLST2_REFUSED_COF4		99	**[NE PAS LIRE]** Refus			

[SKIP TO COG_WRDLST2_COMMT_COF4]

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

Merci. Cela termine la session d'enregistrement.
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : DÉMARRER / ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE

COG_20a	**COG_WRDLST2_COMMT_COF4**	
[ASK IF COG_WRD_COF4 = YES OR COG_WRDRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Avez-vous des commentaires à formuler à propos de ce test?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

COG_20b	**COG_WRDLST2_LANG_COF4**	
[ASK IF COG_WRD_COF4 = YES OR COG_WRDRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Ce test a-t-il été fait en anglais ou en français?		
ENGLISH	1	Anglais
FRENCH	2	Français

COG_END

Évaluation de l'aire de mobilité (LSI)

Ce module utilise l'évaluation de l'aire de mobilité de l'Université d'Alabama à Birmingham (UAB). Peel, C., Baker, P. S., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. Physical therapy, 2005;85(10): 1008-1019.

Aperçu	Les questions de ce module visent à décrire les mouvements effectués par un·e participant·e dans l'environnement dans lequel il/elle fonctionne quotidiennement. Elles concernent entre autres les lieux fréquentés par la personne, la fréquence de ces visites et l'aide requise pour s'y rendre. Les informations recueillies dans ce questionnaire serviront à mesurer l'état fonctionnel, ainsi que la complexité environnementale et le mode de vie actif. Ce module s'intéresse aux facteurs biomédicaux, psychologiques, socio-économiques, environnementaux et sociaux qui affectent la mobilité.

Les questions suivantes concernent seulement vos activités du dernier mois.

LSI_1 – LSI_5

[ALWAYS ASK]

ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION

		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
LSI_ROOM_COF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e dans des pièces de votre domicile, autres que celle où vous dormez?				
LSI_OUT_COF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e autour de votre domicile comme sur votre galerie, votre balcon, votre terrasse, dans les couloirs (immeuble d'habitation), dans le garage, sur votre terrain ou dans votre entrée de cour?				
LSI_NGHB_COF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e dans votre voisinage, au-delà de votre cour ou de votre immeuble d'habitation?				
LSI_TOWN_COF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e dans votre ville, au-delà de votre voisinage?				
LSI_FAR_COF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e à l'extérieur de votre ville?				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

LSI_6	LSI_RMFQ_COF4	
[ASK IF LSI_ROOM_COF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans des pièces de votre domicile, autres que celle où vous dormez?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_WEEK	1	Moins d'une fois par semaine
1_3_TIMES_WEEK	2	1 à 3 fois par semaine
4_6_TIMES_WEEK	3	4 à 6 fois par semaine
DAILY	4	Tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_7	LSI_OUTFQ_COF4	
[ASK IF LSI_OUT_COF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e autour de votre domicile comme sur votre galerie, votre balcon, votre terrasse, dans les couloirs (immeuble d'habitation), dans le garage, sur votre terrain ou dans votre entrée de cour?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_WEEK	1	Moins d'une fois par semaine
1_3_TIMES_WEEK	2	1 à 3 fois par semaine
4_6_TIMES_WEEK	3	4 à 6 fois par semaine
DAILY	4	Tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_8	LSI_NGHBFQ_COF4	
[ASK IF LSI_NGHB_COF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans votre voisinage, au-delà de votre cour ou de votre immeuble d'habitation?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_WEEK	1	Moins d'une fois par semaine
1_3_TIMES_WEEK	2	1 à 3 fois par semaine
4_6_TIMES_WEEK	3	4 à 6 fois par semaine
DAILY	4	Tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_9	LSI_TWNFQ_COF4	
[ASK IF LSI_TOWN_COF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans votre ville, au-delà de votre voisinage?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_WEEK	1	Moins d'une fois par semaine
1_3_TIMES_WEEK	2	1 à 3 fois par semaine
4_6_TIMES_WEEK	3	4 à 6 fois par semaine
DAILY	4	Tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_10	LSI_FARFQ_COF4	
[ASK IF LSI_FAR_COF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e à l'extérieur de votre ville?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_ONCE_WEEK	1	Moins d'une fois par semaine
1_3_TIMES_WEEK	2	1 à 3 fois par semaine
4_6_TIMES_WEEK	3	4 à 6 fois par semaine
DAILY	4	Tous les jours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_11	LSI_RMAID_COF4	
[ASK IF LSI_ROOM_COF4 = YES]		
Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement ou avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre dans des pièces de votre domicile, autres que celle où vous dormez?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI OUI, DEMANDER SI AIDE D'UNE PERSONNE OU AIDE TECHNIQUE SEULEMENT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_12	LSI_OUTAID_COF4	
[ASK IF LSI_OUT_COF4 = YES]		
Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement ou avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre autour de votre domicile comme sur votre galerie, votre balcon, votre terrasse, dans les couloirs (immeuble d'habitation), dans le garage, sur votre terrain ou dans votre entrée de cour?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI OUI, DEMANDER SI AIDE D'UNE PERSONNE OU AIDE TECHNIQUE SEULEMENT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_13	LSI_NGHBAID_COF4	
[ASK IF LSI_NGHB_COF4 = YES]		
Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement ou avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre dans votre voisinage, au-delà de votre cour ou de votre immeuble d'habitation?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI OUI, DEMANDER SI AIDE D'UNE PERSONNE OU AIDE TECHNIQUE SEULEMENT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_14	LSI_TWNAID_COF4	
[ASK IF LSI_TOWN_COF4 = YES]		
Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement ou avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre dans votre ville, au-delà de votre voisinage?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI OUI, DEMANDER SI AIDE D'UNE PERSONNE OU AIDE TECHNIQUE SEULEMENT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_15	LSI_FARAID_COF4	
[ASK IF LSI_FAR_COF4 = YES]		
Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement ou avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre à l'extérieur de votre ville?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI OUI, DEMANDER SI AIDE D'UNE PERSONNE OU AIDE TECHNIQUE SEULEMENT		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LSI_END

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

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

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

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

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

SLS_1	**SLS_LIFE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DISAGREE	1	En désaccord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	2	Ni en accord ni en désaccord
AGREE	3	En accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_2	**SLS_LIFENEG_COF4**	
[ASK IF SLS_LIFE_COF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_3	SLS_LIFEPOS_COF4	
[ASK IF SLS_LIFE_COF4 = AGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_4	SLS_COND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Mes conditions de vie sont excellentes.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DISAGREE	1	En désaccord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	2	Ni en accord ni en désaccord
AGREE	3	En accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_5	SLS_CONDNEG_COF4	
[ASK IF SLS_COND_COF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_6	SLS_CONDPOS_COF4	
[ASK IF SLS_COND_COF4 = AGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_7	SLS_SATS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Je suis satisfait·e de ma vie.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DISAGREE	1	En désaccord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	2	Ni en accord ni en désaccord
AGREE	3	En accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_8	SLS_SATSNEG_COF4	
[ASK IF SLS_SATS_COF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_9	SLS_SATSPOS_COF4	
[ASK IF SLS_SATS_COF4 = AGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_10	SLS_IMP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DISAGREE	1	En désaccord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	2	Ni en accord ni en désaccord
AGREE	3	En accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_11	SLS_IMPNEG_COF4	
[ASK IF SLS_IMP_COF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_12	SLS_IMPPOS_COF4	
[ASK IF SLS_IMP_COF4 = AGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_13	SLS_OVER_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DISAGREE	1	En désaccord
NEITHER_AGREE_DISAGREE	2	Ni en accord ni en désaccord
AGREE	3	En accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_14	SLS_OVERNEG_COF4	
[ASK IF SLS_OVER_COF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_15	SLS_OVERPOS_COF4	
[ASK IF SLS_OVER_COF4 = AGREE]		
Diriez-vous…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

SLS_END

Santé mentale positive (PMH)

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

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

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

PMH_1-PMH_14

[ALWAYS ASK]

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression…

ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ

		Jamais NEVER 1	Une fois ou deux ONCE 2	Environ une fois par semaine WEEK 3	Environ deux ou trois fois par semaine 2TIMESWK 4	Presque tous les jours ALMOST ALL 5	Tous les jours DAILY 6	**NSP / PR DK_NA 8	**RF RF 9
PMH_HAPPY_COF4	… d'être heureux / heureuse?								
PMH_INTERST_COF4	…d'être intéressé·e par la vie?								
PMH_SATISFIED_COF4	...d'être satisfait·e à l'égard de la vie?								
PMH_IMPORTANT_COF4	…que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société?								
PMH_COMMUNT_COF4	...d'appartenir à une collectivité comme un groupe social, ou votre quartier?								
PMH_GOODPL_COF4	...que notre société est un bon endroit ou devient un bon endroit, pour tous/toutes?								

		Jamais	Une fois ou deux	Environ une fois par semaine	Environ deux ou trois fois par semaine	Presque tous les jours	Tous les jours	**NSP / PR	**RF
		NEVER	ONCE	WEEK	2TIMESWK	ALMOSTALL	DAILY	DK_NA	RF
		1	2	3	4	5	6	8	9
PMH_PPLGOOD_COF4	...que les gens sont fondamentalement bons?								
PMH_SOCIETYWRK_COF4	…que le fonctionnement de la société a du sens pour vous?								
PMH_LIKEYOU_COF4	…que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité?								
PMH_MANAGE_COF4	...que vous étiez bon·ne pour gérer les responsabilités de votre quotidien?								
PMH_RELATIONSHP_COF4	…que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes?								
PMH_BETTER_COF4	...que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne?								
PMH_CONFIDENT_COF4	...d'être capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions?								
PMH_DIRECTION_COF4	…que votre vie a un but ou une signification?								

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

PMH_END

Solitude (LON)

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

Les questions qui suivent portent sur les sentiments que vous ressentez par rapport aux différents aspects de votre vie et sur la fréquence à laquelle vous ressentez ces sentiments.

LON_1	**LONE_OFTN_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HARDLY_EVER	1	À peu près jamais
SOME_TIME	2	Parfois
OFTEN	3	Souvent
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LON_2	**LONE_LEFT_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être tenu·e à l'écart?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HARDLY_EVER	1	À peu près jamais
SOME_TIME	2	Parfois
OFTEN	3	Souvent
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LON_3	**LONE_ISOL_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment d'être isolé·e des autres?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HARDLY_EVER	1	À peu près jamais
SOME_TIME	2	Parfois
OFTEN	3	Souvent
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LON_END

Trouble de stress post-traumatique (PSD)

Ce module utilise l'outil de dépistage du stress post-traumatique en première ligne (PC-PTSD). Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. Primary Care Psychiatry, 9, 9-14.

Aperçu	L'ÉLCV utilise le PC-PTSD en quatre points, un court instrument de mesure des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Il a été démontré que les symptômes du TSPT apparaissent ou réapparaissent plus tard dans la vie. Le TSPT est un sujet particulièrement pertinent étant donné que les aîné·es constituent une part croissante de la population canadienne. L'exposition à différents types de traumatismes peut entraîner l'apparition de symptômes de TSPT. Les informations de ce module sont importantes pour comprendre la fréquence des symptômes du TSPT dans une population vieillissante.

Avez-vous déjà vécu un évènement si effrayant, horrible ou dérangeant, qu'au cours du dernier mois vous…
LIRE TOUS LES ÉNONCÉS

PSD_1	**PSD_NGHTM_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Avez fait des cauchemars reliés à cet évènement ou y avez pensé alors que vous ne vouliez pas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PSD_2	**PSD_AVOID_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Avez essayé très fort de ne pas penser à cet évènement ou avez changé vos habitudes afin d'éviter toutes situations qui auraient pu vous y faire penser?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PSD_3	PSD_GUARD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Étiez constamment sur vos gardes, vigilant·e ou facilement surpris·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PSD_4	PSD_DETACH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous sentiez insensible ou détaché·e des autres personnes, de vos activités ou de votre entourage?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

PSD_END

Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1)

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

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

CR1_1	**CR1_PRO_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide professionnelle, de courte ou de longue durée, en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne, concernant l'une ou l'autre des activités suivantes?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : PAR AIDE PROFESSIONNELLE, NOUS PARLONS D'AIDE APPORTÉE PAR DES TRAVAILLEUR·SES RÉMUNÉRÉ·ES OU PAR DES ORGANISMES BÉNÉVOLES. INCLURE L'AIDE REÇUE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CR1_PRO_PR_COF4	01	Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles
CR1_PRO_MD_COF4	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
CR1_PRO_MG_COF4	03	L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CR1_PRO_MH_COF4	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CR1_PRO_WK_COF4	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CR1_PRO_TR_COF4	06	Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CR1_PRO_PT_COF4	07	Physiothérapie
CR1_PRO_TA_COF4	08	Entraînement et adaptation
CR1_PRO_MB_COF4	09	Mobilité
CR1_PRO_FM_COF4	10	Gestion financière
CR1_PRO_NONE_COF4	96	Aucune
CR1_PRO_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CR1_PRO_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
CR1_PRO_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR1_1a	CR1_IMPT_COF4	
[ASK IF CR1_PRO_COF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Lequel des services professionnels que vous avez mentionnés est le plus important pour vous?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS ÉGALEMENT, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR1_PRO_COF4		
PR	01	Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles
MD	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
MG	03	L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
MH	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
WK	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
TR	06	Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
PT	07	Physiothérapie
TA	08	Entraînement et adaptation
MB	09	Mobilité
FM	10	Gestion financière
OTSP1	97	Autre

CR1_2	CR1_MOST_COF4	
[ASK IF CR1_PRO_COF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR1_PRO_COF4		
PR	01	Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles
MD	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
MG	03	L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
MH	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
WK	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
TR	06	Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
PT	07	Physiothérapie
TA	08	Entraînement et adaptation
MB	09	Mobilité
FM	10	Gestion financière
OTSP1	97	Autre

CR1_3	CR1_PAY_COF4	
[ASK IF CR1_PRO_COF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_COF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_COF4 ≠ REFUSED]		
Avez-vous (ou quelqu'un d'autre faisant partie de votre famille) directement payé, en partie ou en totalité, pour l'aide que vous avez reçue?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PAID_ALL_COST	1	Oui, nous avons payé la totalité des coûts
PAID_PART_COST	2	Oui, nous avons payé une partie des coûts
NO_COST_INVOLVED	3	Non, il n'y avait pas de coûts associés à cette aide (p. ex., donné par un bénévole ou inclus dans un régime d'assurance-soins médicaux)
DIDNT_PAY_COST	4	Non, nous n'avons pas payé les coûts associés à cette aide
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR1_3a	CR1_PAY_COST1_COF4	
[ASK IF CR1_PAY_COF4 = PAID_ALL_COST OR PAID_PART_COST]		
En moyenne, combien avez-vous déboursé personnellement, par mois, pour ces services au cours des 12 derniers mois?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU COÛT		
	_____ $	
DK_NA	99998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR1_4	CR1_FRQ_NB_COF4	
[ASK IF CR1_PRO_COF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_COF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_COF4 ≠ REFUSED]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines est-ce que cette personne ou cet organisme vous a-t-il aidé·e?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES		
	_____ **(MASK: [MIN=1, MAX=52]**	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR1_5	CR1_HOUR_NB_COF4	
[ASK IF CR1_PRO_COF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_COF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_COF4 ≠ REFUSED]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne ou cet organisme vous offrait-il cette aide?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES		
	_____ **(MASK: MIN=1, MAX=168)**	
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR1_END

Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2)

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

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

CR2_1	**CR2_FAM_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide à court ou à long terme de la part de la famille, d'ami·es ou de voisin·es en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne pour accomplir l'une ou l'autre des activités suivantes?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : INCLURE L'AIDE REÇUE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CR2_FAM_PR_COF4	01	Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles
CR2_FAM_MD_COF4	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
CR2_FAM_MG_COF4	03	L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CR2_FAM_MH_COF4	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CR2_FAM_WK_COF4	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CR2_FAM_TR_COF4	06	Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CR2_FAM_PT_COF4	07	Physiothérapie
CR2_FAM_TA_COF4	08	Entraînement et adaptation
CR2_FAM_CS_COF4	09	Soutien social / émotionnel
CR2_FAM_MB_COF4	10	Mobilité
CR2_FAM_MO_COF4	11	Aide pécuniaire
CR2_FAM_FM_COF4	12	Gestion financière
CR2_FAM_NONE_COF4	96	Aucune
CR2_FAM_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CR2_FAM_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
CR2_FAM_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_2	CR2_NMBR_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Au cours des 12 derniers mois, approximativement combien de personnes différentes (parmi votre famille, vos ami·es et vos voisin·es) vous ont-elles aidé·e?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: [MIN=1, MAX=50]	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_3	CR2_WKALL_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines est-ce que cette ou ces personne(s) vous a-t-elle/ont-elles aidé·e? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des ami·es et des voisin·es dans votre estimation.		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_4	CR2_HOUR_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette ou ces personne(s) vous offrai(en)t-elle(s) cette aide? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des ami·es et des voisin·es dans votre estimation		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_5	CR2_MOST_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E SÉLECTIONNE DEUX RÉPONSES OU PLUS, LUI DEMANDER DE SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QU'IL/ELLE CONSIDÈRE COMME LA PLUS IMPORTANTE		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR2_FAM_COF4		
PR	01	Les soins personnels tels que prendre un bain, vous habiller, aller à la toilette, l'entretien de vos cheveux ou vos ongles
MD	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
MG	03	L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
MH	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
WK	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
TR	06	Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
PT	07	Physiothérapie
TA	08	Entraînement et adaptation
CS	09	Soutien social / émotionnel
MB	10	Mobilité
MO	11	Aide pécuniaire
FM	12	Gestion financière
OTSP	97	Autre

CR2_6	CR2_PERS_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne qui a consacré le plus de temps et de ressources à vous aider avec cette activité ***[RECALL RESPONSE FROM CR2_MOST_COF4; IF CR2_MOST_COF4 WAS SKIPPED, RECALL RESPONSE FROM CR2_FAM_COF4]***. Est-ce que la personne qui vous a aidé·e le plus…		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LIVING_IN_HOUSEHOLD	1	Habite dans votre ménage
LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD	2	Habite à l'extérieur de votre ménage
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_6a	CR2_PERS_FAR_COF4	
[ASK IF CR2_PERS_COF4 = LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD]		
À combien d'heures ou de minutes de voiture cette personne habite-t-elle de chez vous?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
HOURS	_____ heures **(MASK: MIN=0, MAX=24)**	
MINUTES	_____ minutes **(MASK: MIN=0, MAX=60)**	
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_7	CR2_GNDR_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Est-ce que la personne qui vous a aidé·e le plus est de sexe masculin ou de sexe féminin?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MALE	1	De sexe masculin
FEMALE	2	De sexe féminin
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_8	CR2_AGE_NB_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Quel âge a cette personne? _____ **(MASK: MIN=3, MAX=110)**		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_9	CR2_RELN_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre…		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HUSBAND_WIFE	01	Époux / épouse
COMMON_LAW	02	Partenaire en union libre
FATHER_MOTHER	03	Père / mère
SON_DAUGHTER	04	Fils / fille
BROTHER_SISTER	05	Frère / sœur
GRAND_PARENTS	06	Grand-père / grand-mère
GRAND_CHILD	07	Petit-fils / petite-fille
FATHER_MOTHER_IN_LAW	08	Beau-père / belle-mère
SON_DAUGHTER_IN_LAW	09	Beau-fils / belle-fille
BROTHER_SISTER_IN_LAW	10	Beau-frère / belle-sœur
OTHER_RELATIVE	11	Autre parent
FRIEND	12	Ami·e
NEIGHBOUR	13	Voisin·e
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_10	CR2_DUR_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Depuis combien de temps recevez-vous de l'aide de cette personne?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_6_MONTHS	1	Moins de 6 mois
6_12_MONTHS	2	Entre 6 et 12 mois (1 an)
13_36_MONTHS	3	Entre 12 mois (1 an) et 36 mois (3 ans)
37_60_MONTHS	4	Entre 36 mois (3 ans) et 60 mois (5 ans)
MORE_5_YEARS	5	Plus de 5 ans
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_11	CR2_WKMST_NB_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines avez-vous reçu de l'aide de la part de cette personne?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_12	CR2_HRWK_NB_COF4	
[ASK IF CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_NONE_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_COF4 AND CR2_FAM_COF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_COF4]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne vous offrait-elle de l'aide?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_13	CR2_DEVC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un des appareils fonctionnels suivants?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR·SE : Une définition couramment utilisée par les spécialistes des technologies d'assistance provient de la loi de 2004 sur les technologies d'assistance des États-Unis d'Amérique (Public Law 108-364) (Gouvernement des États-Unis d'Amérique du Congrès, 2004). La Loi définit un appareil fonctionnel technologique comme tout « article, pièce d'équipement ou système, qu'il soit acheté dans un commerce, modifié ou personnalisé, qui est utilisé pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes handicapées. » Les appareils fonctionnels et technologies d'assistance ont pour objectif principal de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'un individu afin de faciliter sa participation et d'améliorer son bien-être général. Ils peuvent également aider à prévenir les déficiences et les problèmes de santé secondaires. Voici quelques exemples d'appareils fonctionnels et de technologies d'assistance : les fauteuils roulants, les prothèses, les appareils auditifs, les aides visuelles et les logiciels et matériels informatiques spécialisés qui augmentent la mobilité, l'audition, la vision ou la communication.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CR2_DEVC_CN_COF4	01	Béquilles, canne ou bâton de marche
CR2_DEVC_WC_COF4	02	Chaise roulante
CR2_DEVC_SC_COF4	03	Triporteur / quadriporteur
CR2_DEVC_WK_COF4	04	Marchette
CR2_DEVC_LG_COF4	05	Attelle ou appareil de support pour le cou, le dos ou la jambe
CR2_DEVC_HD_COF4	06	Attelle pour la main ou le bras
CR2_DEVC_BR_COF4	07	Barres d'appui
CR2_DEVC_BT_COF4	08	Matériel pour la salle de bain
CR2_DEVC_LT_COF4	09	Aide au soulèvement du bain ou du lit ou autres appareils de soulèvement
CR2_DEVC_GR_COF4	10	Appareil de préhension ou rallonges pour récupérer des objets
CR2_DEVC_UT_COF4	11	Ustensiles spéciaux pour manger
CR2_DEVC_AL_COF4	12	Alarme personnelle
CR2_DEVC_MD_COF4	13	Distributeur de médicaments
CR2_DEVC_RA_COF4	14	Assistant robotisé
CR2_DEVC_RP_COF4	15	Prothèse robotique
CR2_DEVC_MA_COF4	16	Aide-mémoires tels que minuteries, horloges
CR2_DEVC_GT_COF4	17	Dispositif de localisation GPS
CR2_DEVC_FA_COF4	18	Système d'alerte en cas de chute
CR2_DEVC_VA_COF4	19	Assistant virtuel tel que Google Nest ou Alexa d'Amazon
CR2_DEVC_TW_COF4	20	Fauteuil roulant muni de différentes technologies
CR2_DEVC_VR_COF4	21	Reconnaissance vocale, logiciel de reconnaissance vocale et de synthèse vocale
CR2_DEVC_WT_COF4	22	Technologies portables telles que les montres intelligentes pour la surveillance à distance ou la communication
CR2_DEVC_MS_COF4	23	Logiciel d'agrandissement
CR2_DEVC_VO_COF4	24	Lecteurs d'écran
CR2_DEVC_VC_COF4	25	Aides visuelles à la communication telles qu'un iPad ou une tablette
CR2_DEVC_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucun
CR2_DEVC_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CR2_DEVC_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
CR2_DEVC_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CR2_END

Prestation de soins (CAG)

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

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

CAG_1	**CAG_HLT_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous apporté l'une ou l'autre des formes d'aide suivantes à une personne en raison d'un problème de santé ou de limitations?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : INCLURE L'AIDE APPORTÉE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF OU EN RAISON DU VIEILLISSEMENT.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CAG_HLT_PR_COF4	01	Des soins personnels tels que de l'aide pour prendre un bain, s'habiller, aller à la toilette, l'entretien de ses cheveux ou ses ongles
CAG_HLT_MD_COF4	02	Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments ou tout autre soin médical
CAG_HLT_MG_COF4	03	L'organisation et la planification de ses soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CAG_HLT_MH_COF4	04	La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CAG_HLT_WK_COF4	05	L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CAG_HLT_TR_COF4	06	Le transport pour faire ses courses ou pour se rendre à ses rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CAG_HLT_CS_COF4	07	Soutien social / émotionnel
CAG_HLT_MB_COF4	08	Mobilité
CAG_HLT_MO_COF4	09	Aide pécuniaire
CAG_HLT_FM_COF4	10	Gestion financière
CAG_HLT_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucune
CAG_HLT_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CAG_HLT_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
CAG_HLT_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_2	CAG_PPL_NB_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
Au cours des 12 derniers mois, à combien de personnes avez-vous apporté de l'aide en raison d'un problème de santé ou de limitations, y compris de l'aide financière?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : INCLUT TOUTES LES FORMES D'AIDE, PAS SEULEMENT L'AIDE FINANCIÈRE		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=50)	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_3	CAG_MOST_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne à qui vous avez consacré le plus de temps et de ressources à aider au cours des 12 derniers mois. Est-ce que la personne à qui vous avez apporté le plus d'aide…		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HOUSEHOLD	1	Habite dans votre ménage
ANOTHER_HOUSEHOLD	2	Habite à l'extérieur de votre ménage
HEALTH_CARE_INSTITUTION	3	Habite dans un établissement de soins de santé
DECEASED	4	Est décédée
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_4	CAG_GNDR_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
La personne à qui vous apportez le plus d'aide est-elle de sexe masculin ou de sexe féminin?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MALE	1	De sexe masculin
FEMALE	2	De sexe féminin
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_5	CAG_RELN_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre…		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HUSBAND_WIFE	01	Époux / épouse
COMMON_LAW	02	Partenaire en union libre
FATHER_MOTHER	03	Père / mère
SON_DAUGHTER	04	Fils / fille
BROTHER_SISTER	05	Frère / sœur
GRAND_PARENTS	06	Grand-père / grand-mère
GRAND_CHILD	07	Petit-fils / petite-fille
FATHER_MOTHER_IN_LAW	08	Beau-père / belle-mère
SON_DAUGHTER_IN_LAW	09	Beau-fils / belle-fille
BROTHER_SISTER_IN_LAW	10	Beau-frère / belle-sœur
OTHER_RELATIVE	11	Autre parent
FRIEND	12	Ami·e
NEIGHBOUR	13	Voisin·e
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_6	CAG_WEEK_NB_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant environ combien de semaines avez-vous apporté de l'aide à cette personne?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_7	CAG_HRWK_NB_COF4	
[ASK IF CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_NONE_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_COF4 AND CAG_HLT_COF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_COF4]		
En moyenne, pendant environ combien d'heures par semaine avez-vous apporté de l'aide à cette personne?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

CAG_END

Blessures (INJ)

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

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

INJ_1	**INJ_OCC_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure suffisamment grave pour limiter certaines de vos activités normales?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_2a	**INJ_NMBR_NB_COF4**	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
Combien de fois vous êtes-vous blessé·e au cours des 12 derniers mois?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE BLESSURES		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=30)	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_2b	**INJ_CAUS_COF4**	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
Quelle était la cause de cette (ces) blessure(s)?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INJ_CAUS_FL_COF4	01	Chute
INJ_CAUS_VH_COF4	02	Accident de véhicule motorisé (y compris comme piéton·ne)
INJ_CAUS_WK_COF4	03	Accident de travail
INJ_CAUS_NONE_COF4	96	Aucune de ces réponses
INJ_CAUS_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
INJ_CAUS_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_3	INJ_HOW_COF4	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, qu'est-ce qui s'est passé?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ACCIDENT_DRIVER	01	Accident de la route (conducteur·rice ou passager·ère)
ACCIDENT_PEDESTRIAN	02	Accident de la route (piéton·ne)
STRUCK_BY_OBJECT	03	Frappé·e par un objet
EXPLOSION	04	Explosion
NATURAL_FACTORS	05	Facteur naturel ou environnemental
SUFFOCATION	06	Suffocation
POISONING	07	Empoisonnement
ANIMAL_BITE	08	Morsure de serpent ou d'animal
FALL_SAME_LEVEL	09	Chute du même étage
FALL_HEIGHT	10	Chute d'une hauteur
FIRE	11	Feu / flammes
DROWNING	12	Noyade / submersion
HOT_CORROSIVE_LIQUIDS	13	Liquides ou substances chauds / corrosifs
CRUSH_INJURIES	14	Écrasement
MACHINERY	15	Accident impliquant de l'équipement / machines
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_4	INJ_WHR_COF4	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
Encore une fois, en pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, où étiez-vous lorsque vous vous êtes blessé·e?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE, DEMANDER DES PRÉCISIONS SUR LE LIEU DE TRAVAIL SI LE/LA PARTICIPANT·E DIT « AU TRAVAIL »		
HOME	01	Dans une maison ou aux alentours
INSTITUTION	02	Institution résidentielle
SCHOOL	03	École, collège, université (sauf les lieux de sport)
OTHER_INSTITUTION	04	Autre établissement (p. ex., église, hôpital, théâtre, édifice public)
ATHLETIC_AREA	05	Lieux de sport ou d'athlétisme (y compris les lieux de sport des écoles)
STREET	06	Rue, autoroute, trottoir
COMMERCIAL_AREA	07	Zone commerciale (p. ex., magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport)
CONSTRUCTION_AREA	08	Zone industrielle ou de construction
FARM	09	Entreprise agricole (sauf la maison de l'agriculteur et autour de la maison)
CONSERVATION	10	Aire de conservation ou lieu de plein air
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_5	INJ_ACT_COF4	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
Encore une fois, en pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, que faisiez-vous lorsque vous avez été blessé·e?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SPORTS	01	Sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires)
LEISURE	02	Loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat)
WORKING	03	Travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi)
HOUSEHOLD_CHORES	04	Tâches ménagères, ou autre cours ou travail non rémunéré
SLEEPING	05	Sommeil, repas, soins personnels
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_6	INJ_TYPE_COF4	
[ASK IF INJ_OCC_COF4 = YES]		
En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, quel genre de blessure était-ce?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MULTIPLE_INJURIES	01	Blessures multiples
BROKEN_BONES	02	Fracture ou cassure
BURNS	03	Brûlure, brûlure chimique
DISLOCATION	04	Dislocation
SPRAIN	05	Entorse ou foulure (notamment des élongations ou déchirures musculo-squelettiques comme une hernie discale, des muscles ou des tendons déchirés, etc.)
CUT	06	Coupure
PUNCTURE	07	Perforation, morsure d'animal (plaie ouverte)
BRUISE	08	Éraflure
SCRAPE	09	Meurtrissure, cloque
CONCUSSION	10	Commotion ou autre traumatisme cérébral
POISONING	11	Empoisonnement
INJURY_INTERNAL_ORGANS	12	Lésion des organes internes
DISCOMFORT	13	Malaise ou inconfort
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_7	INJ_BRKN_COF4	
[ASK IF INJ_TYPE_COF4 = MULTIPLE_INJURIES]		
À cause de cette(ces) blessure(s), avez-vous subi une fracture ou une cassure de vos os?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_8	INJ_SITE_COF4	
[ASK IF INJ_TYPE_COF4 = BROKEN_BONES OR INJ_BRKN_COF4 = YES]		
Quelle partie de votre corps a été fracturée?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INJ_SITE_ML_COF4	01	Parties multiples
INJ_SITE_EYE_COF4	02	Orbite de l'œil
INJ_SITE_HD_COF4	03	Tête (sauf les yeux)
INJ_SITE_NE_COF4	04	Cou
INJ_SITE_SH_COF4	05	Épaule, bras
INJ_SITE_EL_COF4	06	Coude, avant-bras
INJ_SITE_WR_COF4	07	Poignet, main
INJ_SITE_HIP_COF4	08	Hanche
INJ_SITE_TH_COF4	09	Cuisse
INJ_SITE_KN_COF4	10	Genou, partie inférieure de la jambe
INJ_SITE_AN_COF4	11	Cheville, pied
INJ_SITE_UP_COF4	12	Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
INJ_SITE_LO_COF4	13	Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
INJ_SITE_CH_COF4	14	Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
INJ_SITE_AB_COF4	15	Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)
INJ_SITE_OTSP_COF4	97	Autre : _____
INJ_SITE_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
INJ_SITE_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INJ_END

Chutes (FAL)

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

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

FAL_1	**FAL_NMBR_NB_COF4**	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
Combien de fois êtes-vous tombé·e au cours des 12 derniers mois?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE CHUTES. CONFIRMER LE NOMBRE AVEC LE/LA PARTICIPANT·E S'IL/SI ELLE A CHUTÉ PLUS DE 10 FOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS.		
	_____ **(MASK: MIN=1, MAX=30)**	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_2	FAL_MOST_COF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
Quel a été votre plus grave blessure ou problème attribuable à une chute au cours des 12 derniers mois?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NO_SERIOUS_INJURY	01	Pas de blessure grave
SPRAIN	02	Entorse / foulure
BRUISES	03	Bleus
CUTS	04	Coupures
DISCOMFORT	05	Malaise ou inconfort
FRACTURE_HIP	06	Fracture de la hanche
FRACTURE_LEG	07	Fracture de la jambe
FRACTURE_ARM	08	Fracture du bras ou du poignet
FRACTURE_BACK	09	Fracture du dos / des vertèbres
HEAD_INJURY	10	Blessure à la tête
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_3a	FAL_ATTN_COF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
Avez-vous reçu des soins médicaux par un·e professionnel·le de la santé dans les 48 heures suivant cette blessure (attribuable à une chute)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_3b	FAL_HOSP_COF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
Avez-vous été hospitalisé·e pour cette blessure?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_3c	FAL_FU_COF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
Présentement, êtes-vous suivi·e par un·e professionnel·le de la santé en raison d'une blessure attribuable à une chute que vous avez pu faire au cours des 12 derniers mois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_4	FAL_WHERE_COF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_COF4 = INJ_CAUS_FL_COF4) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_COF4 = FALL_HEIGHT)]		
À quel endroit cette chute a-t-elle eu lieu?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
INSIDE_HOME	1	Dans votre maison
OUTSIDE_HOME	2	À l'extérieur de votre maison, mais à l'intérieur d'un immeuble
OUTDOORS	3	À l'extérieur
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_5	FAL_HOW_COF4	
[ASK IF FAL_WHERE_COF4 = INSIDE_HOME OR OUTSIDE_HOME]		
Comment votre chute a-t-elle eu lieu?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
FELL_STANDING_WALKING	01	Vous avez trébuché pendant que vous étiez debout ou en marchant
FELL_STAIRS_STEPS	02	Vous êtes tombé·e dans les marches ou un escalier
FELL_EXERCISING	03	Vous êtes tombé·e en faisant de l'exercice (autre que la marche à pied)
FELL_HEIGHT	04	Vous êtes tombé·e d'une hauteur de plus d'un mètre ou trois pieds (p. ex., échelle, arbre, toit)
FELL_FURNITURE	05	Vous êtes tombé·e d'un meuble (p. ex., lit, chaise)
FELL_BATHTUB	06	Vous avez glissé dans la baignoire
FELL_SHOWER	07	Vous avez glissé en entrant ou en sortant de la douche
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_6	FAL_HOW2_COF4	
[ASK IF FAL_WHERE_COF4 = OUTDOORS]		
Comment votre chute a-t-elle eu lieu?		
NE PAS LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
FELL_STANDING_WALKING	01	Vous avez trébuché pendant que vous étiez debout ou en marchant
FELL_STAIRS_STEPS	02	Vous êtes tombé·e dans les marches ou un escalier
FELL_EXERCISING	03	Vous êtes tombé·e en faisant de l'exercice (autre que la marche à pied)
FELL_HEIGHT	04	Vous êtes tombé·e d'une hauteur de plus d'un mètre ou trois pieds (p. ex., échelle, arbre, toit)
FELL_SNOW_ICE	05	Vous avez glissé sur la neige ou la glace
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

FAL_END

Retraite (RET)

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

Les prochaines questions portent sur votre expérience de la retraite.

[RET_RTRD_PAST = Use the first non-NULL value in (**RET_RTRD_COF3, RET_RTRD_COF2, RET_RTRD_COF1, RET_RTRD_COM)]**

RET_1	**RET_RTRD_COF4**	
[ASK IF RET_RTRD_PAST = NOT_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
En ce moment, vous considérez-vous complètement retraité·e, partiellement retraité·e ou non-retraité·e?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
COMPLETELY_RETIRED	1	Complètement retraité·e
PARTLY_RETIRED	2	Partiellement retraité·e
NOT_RETIRED	3	Non-retraité·e
NEVER_PAID	4	N'a jamais eu un emploi rémunéré
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

RET_2	**RET_RTRN_COF4**	
[ASK IF RET_RTRD_PAST = COMPLETELY_RETIRED]		
Après la retraite, certaines personnes retournent travailler et prennent de nouveau leur retraite plus tard. Depuis votre dernière entrevue, avez-vous d'abord pris votre retraite, puis êtes-vous retourné·e sur le marché du travail?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

RET_3	RET_SPSE_COF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_COF4 = MARRIED OR COMMON_LAW2]		
Est-ce que votre époux·se ou votre conjoint·e de fait est retraité·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

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

RET_4	RET_AGE_NB_COF4	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris votre retraite, complète ou partielle?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E ***INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E A PRIS SA RETRAITE AVANT 40 ANS, INSCRIRE 40***		
	_____ **(MASK: MIN=40, MAX=CURRENT AGE)**	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

RET_5	RET_WHY_COF4	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Les gens prennent leur retraite pour de nombreuses raisons. Quelles raisons, parmi les suivantes, ont motivé votre décision de prendre votre retraite?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RET_WHY_CM_COF4	01	Vous aviez accumulé le nombre d'années de service requis pour être admissible à la retraite
RET_WHY_RE_COF4	02	La retraite était possible sur le plan financier
RET_WHY_HL_COF4	03	Raisons liées à la santé, au stress ou à une incapacité
RET_WHY_IN_COF4	04	Mesures spéciales d'encouragement à la retraite offertes par l'employeur·se
RET_WHY_OR_COF4	05	Restructuration organisationnelle ou poste supprimé
RET_WHY_PR_COF4	06	Devait prendre soin d'un membre de la famille ou d'un·e ami·e
RET_WHY_MD_COF4	07	Politique de retraite obligatoire de l'employeur·se
RET_WHY_HO_COF4	08	Vous vouliez vous adonner à vos passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt personnel
RET_WHY_ST_COF4	09	Vous vouliez arrêter de travailler
RET_WHY_AG_COF4	10	Un accord pris avec votre conjoint·e ou partenaire
RET_WHY_NA_COF4	11	N'a jamais travaillé / parent ou époux·se au foyer
RET_WHY_OTSP_COF4	97	Autre : _____
RET_WHY_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
RET_WHY_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

RET_END

Participation à la population active avant la retraite (LFP)

Aperçu	Ce module sera seulement visible aux participant·es qui sont partiellement ou complètement retraité·es. Les questions portent sur le dernier emploi occupé avant la retraite partielle ou complète.

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

LFP_1	**LFP_LAST_NB_COF4**	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
En quelle année avez-vous occupé un emploi rémunéré, dirigé une entreprise ou exploité une ferme pour la dernière fois?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DE L'ANNÉE EXACTE.		
	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH + 40, MAX=CURRENT YEAR)	
DK_NA	9998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_2	**LFP_YRS_COF4**	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Pendant combien d'années avez-vous travaillé à cet emploi?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_YEAR	1	Moins d'un an
1_3_YEARS	2	Entre 1 an et moins de 3 ans
3_5_YEARS	3	Entre 3 ans et moins de 5 ans
5_MORE_YEARS	4	5 ans ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_3	LFP_HRWK_COF4

[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]

Si vous pensez au dernier emploi que vous avez occupé avant de prendre votre retraite, environ combien d'heures par semaine travailliez-vous?

LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

EMPLOYED_ALL_TIME	1	Employé·e à temps plein (c'est-à-dire 30+ heures/semaine)
EMPLOYED_MOST_TIME	2	Employé·e à mi-temps (c'est-à-dire moins de 30 heures, mais plus de 20 heures/semaine)
EMPLOYED_SOME_TIME	3	Employé·e à temps partiel (c'est-à-dire moins de 20 heures/semaine)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_4	LFP_SCHD_COF4

[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'horaire du travail que vous aviez à ce moment-là?

LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

DAYTIME	01	Horaire de jour ou quart de travail de jour
EVENING	02	Quart de travail de soir
NIGHT	03	Quart de travail de nuit
ROTATING	04	Quart de travail rotatif, changeant périodiquement de jour à soir à nuit
SEASONAL	05	Saisonnier, sur appel ou occasionnel, pas d'horaire préétabli, mais appelé quand le besoin augmente
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_5	LFP_TYPE_SP_COF4	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Quel type d'emploi aviez-vous?		
INSCRIRE TEXTUELLEMENT, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE		
	_____ _____ _____	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_6	LFP_IND_SP_COF4	
[ASK IF RET_RTRD_COF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Dans quel secteur d'entreprise ou d'industrie travailliez-vous?		
INSCRIRE TEXTUELLEMENT, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE		
	_____ _____ _____	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LFP_END

Population active (LBF)

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

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

LBF_1	**LBF_CURR_COF4**	
[ASK IF (RET_RTRN_COF4 = YES) OR (RET_RTRD_COF4 = PARTLY_RETIRED OR NOT_RETIRED)]		
Travaillez-vous actuellement? Ceci inclut les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, le travail autonome et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_2	**LBF_MANY_COF4**	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Travaillez-vous actuellement à plusieurs emplois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_3	**LBF_STTS_COF4**	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Quel est votre statut de travail actuel? Si vous êtes un·e travailleur·se autonome, choisissez le temps plein ou le temps partiel selon ce qui s'applique à votre situation.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EMPLOYED_ALL_TIME	1	Employé·e à temps plein (c'est-à-dire 30+ heures/semaine)
EMPLOYED_MOST_TIME	2	Employé·e à mi-temps (c'est-à-dire moins de 30 heures, mais plus de 20 heures/semaine)
EMPLOYED_SOME_TIME	3	Employé·e à temps partiel (c'est-à-dire moins de 20 heures/semaine)
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_4	LBF_SCHD_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAYTIME	01	Horaire de jour ou quart de travail de jour
EVENING	02	Quart de travail de soir
NIGHT	03	Quart de travail de nuit
ROTATING	04	Quart de travail rotatif, changeant périodiquement de jour à soir à nuit
SEASONAL	05	Saisonnier, sur appel ou occasionnel, pas d'horaire préétabli, mais appelé quand le besoin augmente
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_5	LBF_TYPE_NB_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Quel type d'emploi avez-vous?		
INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE		
	_____	
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_6	LBF_BUSN_NB_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Dans quel secteur d'entreprise ou d'industrie travaillez-vous?		
INSCRIRE UNE RÉPONSE LA PLUS COURTE POSSIBLE SANS PERDRE D'INFORMATIONS ESSENTIELLES, TENTER DE CLARIFIER ET D'OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLE		
	_____	
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_7	LBF_DURN_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
Depuis combien d'années travaillez-vous pour votre employeur·se actuel·le ou pour votre entreprise actuelle?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_YEAR	1	Moins d'un an
1_3_YEARS	2	Entre 1 an et moins de 3 ans
3_5_YEARS	3	Entre 3 ans et moins de 5 ans
5_MORE_YEARS	4	5 ans ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_8	LBF_RSN_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = NO]		
Qu'est-ce qui décrit le mieux la raison pour laquelle vous ne travaillez pas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
UNABLE_WORK	01	Incapable de travailler pour cause de maladie ou d'incapacité
LOOKING_AFTER_FAMILY	02	S'occupe de la famille
STUDENT	03	Étudiant·e
UNEMPLOYED	04	Sans emploi
UNPAID_WORK	05	Fait du travail bénévole ou non rémunéré
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_9	LBF_UNEM_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = NO]		
Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU TEMPS EXACT.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	____	Semaines **(MASK: MIN=0, MAX=52)**
MT	____	Mois **(MASK: MIN=0, MAX=12)**
YR	____	Années **(MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)**
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

LBF_END

Questionnaire sur les limitations au travail (WLQ)

Work Limitations Questionnaire, © 1998, The Health Institute, Tufts Medical Center f/k/a New England Medical Center Hospitals, Inc.; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and Glaxo Wellcome, Inc. All Rights Reserved.

Cet instrument a été retiré en raison d'exigences en matière de droits d'auteur.

WLQ_END

Planification de la retraite (RPL) – version abrégée

RPL_1	RPL_AGE_COF4	
[ASK IF LBF_CURR_COF4 = YES]		
À quel âge prévoyez-vous prendre votre retraite?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE EXACT		
NB	_____ **(MASK: MIN=CURRENT AGE, MAX=100)**	
NOT_APPLICABLE	996	**[NE PAS LIRE]** Sans objet, ne prévoit pas prendre sa retraite
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

RPL_2	RPL_WHYNT_COF4	
[ASK IF RPL_AGE_COF4 = NOT_APPLICABLE OR DK_NA]		
[Si non] Est-ce parce que :		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HAVE_NOT_PLANNED_FOR_RETIREMENT	01	Vous n'y avez pas songé ou vous n'avez pas planifié votre retraite
PLAN_TO_CONTINUE_WORKING	02	Vous comptez travailler aussi longtemps que vous en serez capable
CANT_AFFORD_TO_RETIRE	03	Vous n'avez pas les moyens de prendre votre retraite
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

RPL_END

Revenu (INC)

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

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

Revenu familial

INC_1	**INC_SRCE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Si l'on pense au revenu total pour tous les membres de votre ménage, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INC_SRCE_WG_COF4	01	Salaires et traitements
INC_SRCE_SE_COF4	02	Revenu d'un travail autonome
INC_SRCE_IN_COF4	03	Dividendes et intérêts (p. ex., obligations, épargnes)
INC_SRCE_EI_COF4	04	Prestations d'assurance-emploi
INC_SRCE_CM_COF4	05	Indemnités d'accident du travail
INC_SRCE_BN_COF4	06	Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec
INC_SRCE_PN_COF4	07	Pensions de retraite d'un·e employeur·se et rentes
INC_SRCE_GV_COF4	08	REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistré de revenu de retraite)
INC_SRCE_OLD_COF4	09	Sécurité de la vieillesse
INC_SRCE_GIS_COF4	10	Supplément de revenu garanti
INC_SRCE_WF_COF4	11	Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social
INC_SRCE_CH_COF4	12	Prestation pour enfants

INC_1	INC_SRCE_COF4 (cont'd…)	
[ALWAYS ASK]		
Si l'on pense au revenu total pour tous les membres de votre ménage, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INC_SRCE_SP_COF4	13	Pension alimentaire - aux enfants
INC_SRCE_AL_COF4	14	Pension alimentaire – au/à la conjoint ·e
INC_SRCE_CP_COF4	15	Gain en capital (p. ex., profits de la vente d'action)
INC_SRCE_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucune
INC_SRCE_OTSP_COF4	97	Autre (p. ex., revenu de location, pension des Ancien·nes combattant·es) : _____
INC_SRCE_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
INC_SRCE_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INC_2	INC_FRST_COF4	
[ASK IF INC_SRCE_COF4 HAS GREATER THAN 1 VARIABLE SELECTED]		
Des sources de revenus que vous avez identifiées à la question précédente, quelles étaient les trois principales sources de revenu de votre ménage, en commençant par la plus élevée? ***[INSÉRER LA RÉPONSE DE INC_SRCE_COF4].***		
INC_FRST_COF4	1	Source la plus élevée
INC_SCND_COF4	2	2e source la plus élevée
INC_THRD_COF4	3	3e source la plus élevée
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INC_3	INC_TOT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous le revenu total du ménage incluant tous les membres de votre ménage, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_20000	1	Moins de 20 000 $
20000_50000	2	20 000 $ ou plus, mais moins de 50 000 $
50000_100000	3	50 000 $ ou plus, mais moins de 100 000 $
100000_150000	4	100 000 $ ou plus, mais moins de 150 000 $
150000_MORE	5	150 000 $ ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

Revenu personnel

INC_4	**INC_PSRCE_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Si l'on pense à votre revenu personnel total, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INC_PSRCE_WG_COF4	01	Salaires et traitements
INC_PSRCE_SE_COF4	02	Revenu d'un travail autonome
INC_PSRCE_IN_COF4	03	Dividendes et intérêts (p. ex., obligations, épargnes)
INC_PSRCE_EI_COF4	04	Prestations d'assurance-emploi
INC_PSRCE_CM_COF4	05	Indemnités d'accident du travail
INC_PSRCE_BN_COF4	06	Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec
INC_PSRCE_PN_COF4	07	Pensions de retraite d'un·e employeur·se et rentes
INC_PSRCE_GV_COF4	08	REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistré de revenu de retraite)
INC_PSRCE_OLD_COF4	09	Sécurité de la vieillesse
INC_PSRCE_GIS_COF4	10	Supplément de revenu garanti
INC_PSRCE_WF_COF4	11	Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social
INC_PSRCE_CH_COF4	12	Prestation pour enfants
INC_PSRCE_SP_COF4	13	Pension alimentaire - aux enfants
INC_PSRCE_AL_COF4	14	Pension alimentaire – au/à la conjoint·e
INC_PSRCE_CP_COF4	15	Gain en capital (p. ex., profits de la vente d'action)
INC_PSRCE_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucune
INC_PSRCE_OTSP_COF4	97	Autre (p. ex., revenu de location, pension des Ancien·nes combattant·es) : _____
INC_PSRCE_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
INC_PSRCE_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INC_5	**INC_PFRST_COF4**	
[ASK IF INC_PSRCE_COF4 HAS GREATER THAN 1 VARIABLE SELECTED]		
Des sources de revenus que vous avez identifiées à la question précédente, quelles étaient vos trois principales sources de revenu personnel, en commençant par la plus élevée? ***[INSÉRER LA RÉPONSE DE INC_PSRCE_COF4]***.		
INC_PFRST_COF4	1	Source la plus élevée
INC_PSCND_COF4	2	2e source la plus élevée
INC_PTHRD_COF4	3	3e source la plus élevée
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INC_6	INC_PTOT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous votre revenu personnel total provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours des 12 derniers mois? ***[RECALL RESPONSE FROM INC_TOT_COF4]***		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : SI INC_6/INC_PTOT_COF4 >INC_3/INC_TOT_COF4, ALORS DEMANDER : « CETTE QUESTION PORTE SUR VOTRE REVENU TOTAL *PERSONNEL*. VOUS NOUS AVEZ MENTIONNÉ QUE LE REVENU TOTAL DE VOTRE MÉNAGE EST INFÉRIEUR À VOTRE REVENU TOTAL PERSONNEL. POURRIEZ-VOUS NOUS INDIQUER QUEL EST LE REVENU TOTAL DE VOTRE MÉNAGE ET VOTRE REVENU TOTAL PERSONNEL? **INTERVIEWEUR·SE : FAIRE LES CORRECTIONS, SI NÉCESSAIRE.**		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_20000	1	Moins de 20 000 $
20000_50000	2	20 000 $ ou plus, mais moins de 50 000 $
50000_100000	3	50 000 $ ou plus, mais moins de 100 000 $
100000_150000	4	100 000 $ ou plus, mais moins de 150 000 $
150000_MORE	5	150 000 $ ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INC_END

Médicaments (MEDI)

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : VEUILLEZ DEMANDER AU/À LA PARTICIPANT·E DE VOUS MONTRER TOUS LES MÉDICAMENTS QU'IL/ELLE PREND RÉGULIÈREMENT (C.-À-D. UNE FOIS PAR JOUR, UN JOUR SUR DEUX, ETC. À L'EXCEPTION DE CEUX PRIS OCCASIONNELLEMENT), AINSI QUE TOUS LES PRODUITS PRESCRITS, NON PRESCRITS EN VENTE LIBRE, DE PHYTOTHÉRAPIE, VITAMINIQUES OU NATURELS QU'IL/ELLE PREND ET LES NOTER DANS LE TABLEAU PLUS BAS.

Nombre de médicaments	Nom du médicament	Numéro d'identification du médicament (DIN)	Prescription	Dose – quelle quantité			Fréquence : Quand vous prenez le médicament	Durée : (utilisation du médicament au-delà d'un mois)	Raison(s) de l'utilisation
	MEDI_ID_NAME	MEDI_ID_DIN	MEDI_PRES	MEDI_Q			MEDI_DOSE_FRQ	MEDI_USE	MEDI_REASON
CE QUI APPARAÎT DANS PINE→	Champ de texte pour écrire le nom	Boutons pour sélectionner et écrire le DIN ou le nom du médicament	O/N/NSP/PR/RF	Écrire la quantité	Menu déroulant pour sélectionner l'unité (ml, µg, comprimé, etc.)	Champ de texte pour écrire des commentaires (p. ex., gouttes dans l'œil gauche uniquement, etc.)	Boutons pour sélectionner une fois par jour, deux fois par jour, une fois par semaine, etc.	Boutons pour sélectionner < 6 mois, 6 mois – 1 an, 1–3 an(s), > 3 ans.	Champ de texte pour écrire la réponse ou choisir Ne sait pas / Pas de réponse ou Refus
Exemple	ARTHROTEC	01917056		50	mg		Deux fois par jour	Six mois à un an	Arthrite
Exemple	VAPORISATEUR NASAL NASONEX	02238465		100	µg		Trois fois par jour	1 à 3 an(s)	Congestion
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

MEDI_END

Utilisation des soins de santé (HCU)

Aperçu	Ce module porte sur divers sujets liés à l'utilisation des services de soins de santé, y compris si le/la participant·e a un·e médecin régulier·ère, consulte des spécialistes ou consulte des praticien·nes de médecine non traditionnelle. **Importance du module :** Ce module est utile aux décideur·ses, aux planificateur·trices de soins de santé et aux scientifiques qui pourraient utiliser ces données pour comparer la manière dont différents groupes (p. ex., hommes versus femmes, citadin·es versus résident·es ruraux) utilisent les services de soins de santé. Ces recherches peuvent permettre de déterminer quelles personnes ont besoin d'un meilleur accès aux soins de santé.

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

HCU_1-HCU_5

[ALWAYS ASK]

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un·e des professionnel·les de la santé suivant·es à propos de votre santé physique ou mentale?

ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION

		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
HCU_FAMPHY_COF4	Un·e omnipraticien·ne, un·e médecin de famille				
HCU_SPEC_COF4	Un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste)				
HCU_PSYCH_COF4	Un·e professionnel·le de la santé mentale (comme psychologue ou psychiatre)				
HCU_PHYSIO_COF4	Un·e physiothérapeute, ergothérapeute ou chiropraticien·ne				
HCU_NP_COF4	Un·e infirmier·ère praticien·ne				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

HCU_1a-HCU_5a				
[ASK IF ANY OF HCU_1–HCU_5 = YES]				
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un·e des professionnel·les de la santé suivant·es à propos de votre santé physique ou mentale?				
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT				
		INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=365)	**NSP / PR	**RF
			DK_NA	RF
			8	9
HCU_FAMPHY_NB_COF4 **[ASK IF HCU_FAMPHY_COF4 = YES]**	Un·e omnipraticien·ne, un·e médecin de famille			
HCU_SPEC_NB_COF4 **[ASK IF HCU_SPEC_COF4 = YES]**	Un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste)			
HCU_PSYCH_NB_COF4 **[ASK IF HCU_PSYCH_COF4 = YES]**	Un·e professionnel·le de la santé mentale (comme psychologue ou psychiatre)			
HCU_PHYSIO_NB_COF4 **[ASK IF HCU_PHYSIO_COF4 = YES]**	Un·e physiothérapeute, ergothérapeute ou chiropraticien·ne			
HCU_NP_NB_COF4 **[ASK IF HCU_NP_COF4 = YES]**	Un·e infirmier·ère praticien·ne			

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

HCU_6	**HCU_EMEREG_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été à l'urgence?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_6a	HCU_EMEREG_NB_COF4	
[ASK IF HCU_EMEREG_COF4 = YES]		
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été à l'urgence?		
	____	**INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=365)**
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_7	HCU_HLOVRNT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit comme patient·e à l'hôpital (y compris à l'urgence)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_7a	HCU_HLOVRNT_NB_COF4	
[ASK HCU_HLOVRNT_COF4 = YES]		
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une nuit comme patient·e à l'hôpital (y compris à l'urgence)?		
	___	**INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=365)**
DK_NA	998	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_8	HCU_HAVEFAM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un·e médecin de famille, un·e omnipraticien·ne, un·e médecin généraliste ou un·e infirmier·ère praticien·ne que vous pouvez consulter pour des examens réguliers et lorsque vous êtes malade?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_9	HCU_FAMQL_COF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_COF4 = YES]		
Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des services de soins de santé que vous recevez de votre médecin de famille, d'un·e médecin généraliste, d'un·e omnipraticien·ne ou d'un·e infirmier·ère praticien·ne?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
GOOD	2	Bonne
FAIR	3	Passable
POOR	4	Mauvaise
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_10	HCU_FAMAPP_COF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_COF4 = YES]		
Lorsque vous avez besoin de soins immédiats pour un problème de santé, combien de temps devez-vous habituellement attendre avant que vous puissiez avoir un rendez-vous avec votre médecin de famille, omnipraticien·ne, infirmier·ère praticien·ne (ou un·e autre fournisseur·se de soins du même bureau)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SAME_DAY	1	Le même jour
NEXT_DAY	2	Le lendemain
2_3_DAYS	3	De 2 à 3 jours
4_6_DAYS	4	De 4 à 6 jours
1_2_WKS	5	De 1 à 2 semaines
2_WKS_1_MO	6	Entre 2 semaines et un mois
1_MO_PLUS	7	Un mois ou plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_11	HCU_OFFHR_COF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_COF4 = YES]		
Si vous aviez besoin de soins médicaux en soirée, la fin de semaine ou un jour férié, à quel point serait-il facile ou difficile d'obtenir des soins sans aller à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_EASY	1	Très facile
SOMEWHAT_EASY	2	Quelque peu facile
SOMEWHAT_DIFFICULT	3	Quelque peu difficile
VERY_DIFFICULT	4	Très difficile
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_12	HCU_COORD_COF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_COF4 = YES]		
En général, comment évalueriez-vous le niveau de coordination entre votre médecin de famille, omnipraticien·ne ou infirmier·ère praticien·ne et les autres professionnel·les de la santé qui vous fournissent des soins réguliers? Diriez-vous que la coordination est...?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	01	Excellente
VERY_GOOD	02	Très bonne
GOOD	03	Bonne
FAIR	04	Passable
POOR	05	Mauvaise
NOT_APPLICABLE	96	Ne s'applique pas
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_13	HCU_NOFAM_COF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_COF4 = NO]		
Pourquoi n'avez-vous PAS de médecin de famille, d'omnipraticien·ne ou d'infirmier·ère praticien·ne?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_NOFAM_TAKE_COF4	01	Aucun·e ne prend de nouveau patient dans la région
HCU_NOFAM_AVAIL_COF4	02	Il n'y en a pas dans la région
HCU_NOFAM_CONT_COF4	03	N'a pas essayé d'en avoir un·e
HCU_NOFAM_LEFT_COF4	04	En avait un·e qui est parti·e ou s'est retiré·e
HCU_NOFAM_SWIT_COF4	05	A décidé d'utiliser une clinique de type sans rendez-vous, une clinique à l'hôpital, une clinique qui est plus facile d'utilisation ou d'accès, une clinique où le « service » est meilleur, etc.
HCU_NOFAM_EXP_COF4	06	Expérience négative avec un·e médecin de famille, un·e autre médecin ou le système de soins de santé
HCU_NOFAM_OTSP_COF4	97	Autre : _____
HCU_NOFAM_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
HCU_NOFAM_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_14	HCU_FAMV_COF4	
[ASK IF HCU_FAMPHY_COF4 = NO AND HCU_NP_TRF4 = NO AND HCU_HAVEFAM_COF4 = YES]		
Pourquoi n'avez-vous PAS vu un·e médecin de famille, un·e omnipraticien·ne ou un·e infirmier·ère praticien·ne au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_FAMV_NEED_COF4	01	Pas nécessaire
HCU_FAMV_APPT_COF4	02	Difficulté à obtenir un rendez-vous
HCU_FAMV_TRAN_COF4	03	Problème de transport
HCU_FAMV_LANG_COF4	04	Problèmes de langue
HCU_FAMV_CANC_COF4	05	Rendez-vous annulé ou reporté par le/la médecin ou l'infirmier·ère praticien·ne
HCU_FAMV_LEAV_COF4	06	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
HCU_FAMV_PERS_COF4	07	Responsabilités personnelles ou familiales
HCU_FAMV_OTSP_COF4	97	Autre : _____
HCU_FAMV_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
HCU_FAMV_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_15	HCU_SPEV_COF4	
[ASK IF HCU_SPEC_COF4 = NO]		
Pourquoi n'avez-vous PAS vu un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste) au cours des 12 derniers mois?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_SPEV_NEED_COF4	01	Pas nécessaire
HCU_SPEV_REFE_COF4	02	Difficulté à être référé·e vers le/la spécialiste
HCU_SPEV_APPT_COF4	03	Difficulté à obtenir un rendez-vous
HCU_SPEV_SPEC_COF4	04	Absence de spécialiste dans la région
HCU_SPEV_TRAN_COF4	05	Problème de transport
HCU_SPEV_LANG_COF4	06	Problèmes de langue
HCU_SPEV_PERS_COF4	07	Responsabilités personnelles ou familiales
HCU_SPEV_CANC_COF4	08	Rendez-vous annulé ou reporté par le/la spécialiste ou le/la médecin
HCU_SPEV_WAIT_COF4	09	Attend toujours le rendez-vous
HCU_SPEV_LEAV_COF4	10	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
HCU_SPEV_OTSP_COF4	97	Autre : _____
HCU_SPEV_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
HCU_SPEV_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_16	HCU_DIGITAL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À part pour la prise de rendez-vous, au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'un des moyens technologiques suivants pour communiquer avec un·e fournisseur·se de soins de santé au sujet de vos soins médicaux?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_DIGITAL_WEB_COF4	01	Courriel, site Web ou portail
HCU_DIGITAL_VID_COF4	02	Appel vidéo
HCU_DIGITAL_MSG_COF4	03	Messagerie texte / messagerie électronique
HCU_DIGITAL_TEL_COF4	04	Téléphone (appel vocal uniquement)
HCU_DIGITAL_NA_COF4	96	Ne s'applique pas
HCU_DIGITAL_OTSP_COF4	97	Autres moyens (veuillez préciser) : _____
HCU_DIGITAL_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
HCU_DIGITAL_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_17	HCU_ACCESS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté votre dossier médical à l'aide d'un système en ligne ou d'un outil numérique? Cela n'inclut pas la possibilité d'accéder aux résultats des tests de laboratoire effectués dans les laboratoires.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNAWARE	03	Ne sait pas si un système en ligne ou un outil numérique est disponible.
NOT_BELIEVE	04	Ne croit pas avoir accès à un système en ligne ou un outil numérique.
NOT_APPLICABLE	96	Ne s'applique pas
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_18	HCU_CONFL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu des informations contradictoires sur vos soins de santé et vos besoins de la part de vos fournisseur·ses de soins de santé?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALWAYS	01	Toujours
OFTEN	02	Souvent
SOMETIMES	03	Parfois
RARELY	04	Rarement
NEVER	05	Jamais
NOT_APPLICABLE	96	Ne s'applique pas
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_19	HCU_TIME_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos fournisseur·ses de soins de santé vous ont-ils/elles consacré assez de temps?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALWAYS	01	Toujours
OFTEN	02	Souvent
SOMETIMES	03	Parfois
RARELY	04	Rarement
NEVER	05	Jamais
NOT_APPLICABLE	96	Ne s'applique pas
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_20	HCU_EXPLAIN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos fournisseur·ses de soins de santé vous ont-ils/elles expliqué les choses d'une manière plus facile à comprendre?		
LIRE LA LISTE SI NÉCESSAIRE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALWAYS	01	Toujours
OFTEN	02	Souvent
SOMETIMES	03	Parfois
RARELY	04	Rarement
NEVER	05	Jamais
NOT_APPLICABLE	96	Ne s'applique pas
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

HCU_END

Besoins de santé non comblés (MET)

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

MET_1	**MET_NEED_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de soins de santé, mais vous ne les avez pas obtenus?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MET_2	**MET_RSN_COF4**	
[ASK IF MET_NEED_COF4 = YES]		
Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
MET_RSN_AREA_COF4	01	Non disponibles - dans la région
MET_RSN_TIME_COF4	02	Non disponibles - à ce moment-là (p. ex., médecin en vacances, heures inopportunes)
MET_RSN_WAIT_COF4	03	Temps d'attente trop long
MET_RSN_INAD_COF4	04	Considérés comme inadéquats
MET_RSN_COST_COF4	05	Coût
MET_RSN_BUSY_COF4	06	Trop occupé·e
MET_RSN_AROD_COF4	07	Ne s'en est pas occupé·e / indifférent·e
MET_RSN_SEEK_COF4	08	A décidé de ne pas se faire soigner
MET_RSN_NECE_COF4	09	Pas nécessaire - selon le/la médecin
MET_RSN_TRAN_COF4	10	Pas de transport disponible
MET_RSN_OTSP_COF4	97	Autre : _____
MET_RSN_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
MET_RSN_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

MET_END

Transport, mobilité, migration (TRA)

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

Aperçu	Les questions de ce module portent sur l'état de conduite des participant·es et les moyens de transport qu'ils/elles utilisent. **Importance du module :** Ces questions fourniront des données sur les aptitudes des participant·es et les moyens de transport utilisés au fil des années.

J'aimerais maintenant que nous abordions la manière dont vous vous déplacez dans votre quartier. Je vous poserai des questions sur les moyens de transport que vous utilisez.

TRA_1	**TRA_DSTATUS_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation de conduite? (Inclure les automobiles, les fourgonnettes, les camions et les motocyclettes.)		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER_DL	1	Je n'ai jamais eu de permis de conduire
CURRENTLY_NO_DL	2	J'ai eu un permis de conduire à un moment de ma vie, mais je n'en ai pas présentement
UNRESTRICTED_DL	3	Je possède un permis de conduire sans restriction (à l'exception des lentilles correctrices)
RESTRICTED_DL	4	Je possède un permis de conduire avec des restrictions relatives au moment de la conduite (de jour seulement), à la distance au domicile, au type de route (pas d'autoroute) ou au nombre de passager·ères
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_2	**TRA_DFREQ_COF4**	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
À quelle fréquence conduisez-vous?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	01	Tous les jours
4_6_DAYS_WEEK	02	4 à 6 fois par semaine
2_3_DAYS_WEEK	03	2 à 3 fois par semaine
ONCE_WEEK	04	Une fois par semaine
LESS_1WEEK_MORE_1MONTH	05	Moins d'une fois par semaine, mais plus d'une fois par mois
LESS_ONCE_MONTH	06	Moins d'une fois par mois
NONE	96	Pas du tout
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_2a	TRA_CMNTR1_COF4

[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]

Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé le plus couramment?

NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANT·ES QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX., POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF).
LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS ».

LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

DRIVE	01	Conducteur·rice d'un véhicule automobile
PASSENGER	02	Passager·ère dans un véhicule automobile
TAXI	03	Taxi
PUBLIC_TRANSIT	04	Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train
ACESSIBLE_TRANSIT	05	Transport adapté
CYCLING	06	Bicyclette
WALKING	07	Marche
WHEELCHAIR	08	Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_2b	TRA_CMNTR2_COF4

[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 ≠ UNRESTRICTED_DL AND TRA_DSTATUS_COF4 ≠ RESTRICTED_DL]

Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé le plus couramment?

NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANT·ES QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX., POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF).
LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS ».

LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE

PASSENGER	01	Passager·ère dans un véhicule automobile
TAXI	02	Taxi
PUBLIC_TRANSIT	03	Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train
ACESSIBLE_TRANSIT	04	Transport adapté
CYCLING	05	Bicyclette
WALKING	06	Marche
WHEELCHAIR	07	Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_3	TRA_TYPTR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du dernier mois, quels moyens de transport suivants avez-vous utilisés?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANT·ES QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX., POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF). **LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS ».**		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_TYPTR_PAS_COF4	01	Passager·ère dans un véhicule automobile (y compris comme conducteur·rice)
TRA_TYPTR_TAX_COF4	02	Taxi
TRA_TYPTR_PUB_COF4	03	Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train
TRA_TYPTR_ACC_COF4	04	Transport adapté
TRA_TYPTR_CYC_COF4	05	Bicyclette
TRA_TYPTR_WAL_COF4	06	Marche
TRA_TYPTR_WHE_COF4	07	Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur
TRA_TYPTR_NONE_COF4	96	Aucun
TRA_TYPTR_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_TYPTR_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_4	TRA_PUBTR_COF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_PUB_COF4 AND TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_DK_NA_COF4 AND TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_REFUSED_COF4]		
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport en commun?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT. AU BESOIN, L'INTERVIEWEUR·SE PEUT TENTER D'OBTENIR UNE RÉPONSE SANS LIRE LA LISTE AU COMPLET.		
TRA_PUBTR_NN_COF4	01	Pas besoin du service
TRA_PUBTR_PNU_COF4	02	Préfère ne pas l'utiliser
TRA_PUBTR_UNA_COF4	03	Le service n'est pas offert dans votre secteur
TRA_PUBTR_HEA_COF4	04	Restriction en raison d'un problème de santé
TRA_PUBTR_INC_COF4	05	Le service offert n'est pas pratique, le temps de déplacement est trop long, l'horaire ou le parcours offert n'est pas pratique
TRA_PUBTR_COS_COF4	06	Prix trop élevé
TRA_PUBTR_NAV_COF4	07	Le service ne permet pas d'aller où vous deviez vous rendre
TRA_PUBTR_AWR_COF4	08	Vous ne connaissez pas les services de transport en commun locaux
TRA_PUBTR_SCH_COF4	09	L'horaire ne correspond pas à vos besoins
TRA_PUBTR_NSF_COF4	10	Le service n'est pas sécuritaire
TRA_PUBTR_ACC_COF4	11	Il ne vous est pas possible de vous rendre facilement à un arrêt ou à une station du transport en commun
TRA_PUBTR_COM_COF4	12	Les installations sont inconfortables
TRA_PUBTR_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_PUBTR_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_PUBTR_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_5	TRA_ACCTR_COF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_ACC_COF4 AND TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_DK_NA_COF4 AND TRA_TYPTR_COF4 ≠ TRA_TYPTR_REFUSED_COF4]		
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport adapté?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : LE TRANSPORT ADAPTÉ INCLUT TOUS LES SERVICES DE TRANSPORT SPÉCIALEMENT CONÇUS POUR LES PERSONNES AVEC UNE INCAPACITÉ OU DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ, COMME « PARA TRANSPO », « HANDI TRANSIT » OU « WHEEL TRANS ».		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT. AU BESOIN, L'INTERVIEWEUR·SE PEUT TENTER D'OBTENIR UNE RÉPONSE SANS LIRE LA LISTE AU COMPLET.		
TRA_ACCTR_NN_COF4	01	Pas besoin du service
TRA_ACCTR_PNU_COF4	02	Préfère ne pas l'utiliser
TRA_ACCTR_UNA_COF4	03	Le service n'est pas offert dans votre secteur
TRA_ACCTR_HEA_COF4	04	Restriction en raison d'un problème de santé
TRA_ACCTR_INC_COF4	05	L'horaire ou le parcours offert n'est pas pratique (durée du trajet trop longue, peu pratique)
TRA_ACCTR_COS_COF4	06	Prix trop élevé
TRA_ACCTR_OVB_COF4	07	Le service n'est pas disponible en raison de la surréservation
TRA_ACCTR_CNB_COF4	08	N'a pas pu réserver (n'a pas pu obtenir la ligne téléphonique, n'a pas eu assez de temps pour réserver, etc.)
TRA_ACCTR_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_ACCTR_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_ACCTR_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_6	TRA_PUBTRFRQ_COF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_COF4 = TRA_TYPTR_PUB_COF4]		
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris le transport en commun?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR·SE : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES PARTICIPANT·ES QUI SE DÉPLACENT EN VÉHICULE À UN AUTRE ENDROIT DANS LE BUT D'UTILISER LE TRANSPORT EN COMMUN (P. EX., POUR SE RENDRE À UN STATIONNEMENT INCITATIF).		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Tous les jours
4_6_DAYS_WEEK	2	4 à 6 fois par semaine
2_3_DAYS_WEEK	3	2 à 3 fois par semaine
ONCE_WEEK	4	Une fois par semaine
LESS_1WEEK_MORE_1MONTH	5	Moins d'une fois par semaine, mais plus d'une fois par mois
LESS_ONCE_MONTH	6	Moins d'une fois par mois
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_7	TRA_TRIP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Dans une semaine, quel(s) type(s) de déplacement(s) faites-vous habituellement, que ce soit en voiture, en transport en commun, à la marche ou autre?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_TRIP_WK_COF4	01	Se rendre au travail et en revenir
TRA_TRIP_BK_COF4	02	Aller à la banque/caisse et à d'autres rendez-vous professionnels
TRA_TRIP_MD_COF4	03	Rendez-vous médicaux
TRA_TRIP_GR_COF4	04	L'épicerie
TRA_TRIP_RI_COF4	05	Magasinage récréatif, restaurants
TRA_TRIP_RO_COF4	06	Visites récréatives au parc ou autres espaces extérieurs
TRA_TRIP_CH_COF4	07	Église/célébrations religieuses
TRA_TRIP_FM_COF4	08	Rendre visite à des ami·es et à la famille
TRA_TRIP_SO_COF4	09	Activités sociales (p. ex., centres de loisirs pour aîné·es)
TRA_TRIP_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_TRIP_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_TRIP_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_8	TRA_AVOID_COF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
Tentez-vous d'éviter l'une ou l'autre des situations suivantes :		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_AVOID_RA_COF4	01	Les bretelles d'accès
TRA_AVOID_CR_COF4	02	Les carrefours giratoires/ronds-points
TRA_AVOID_FW_COF4	03	Les arrêts à quatre sens sans feux de circulation
TRA_AVOID_UN_COF4	04	Les routes inconnues ou les détours
TRA_AVOID_HV_COF4	05	La congestion ou l'heure de pointe en ville
TRA_AVOID_ML_COF4	06	La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à voies multiples ou à chaussée séparée
TRA_AVOID_SL_COF4	07	La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à une seule voie ou sans chaussée séparée
TRA_AVOID_TL_COF4	08	Les virages à gauche avec des feux de circulation
TRA_AVOID_NL_COF4	09	Les virages à gauche sans feux de circulation ou arrêts
TRA_AVOID_LG_COF4	10	Conduire à côté de gros camions
TRA_AVOID_BS_COF4	11	Traverser une rue passante ou s'y engager sans feux de circulation
TRA_AVOID_YD_COF4	12	Céder le passage (lorsqu'il y a un signal Cédez)
TRA_AVOID_SN_COF4	13	Conduire sous la pluie battante ou dans la neige
TRA_AVOID_DW_COF4	14	Conduire à l'aube ou au crépuscule
TRA_AVOID_NT_COF4	15	Conduire la nuit
TRA_AVOID_NONE_COF4	96	Non, je ne tente pas d'éviter l'une ou l'autre de ces situations
TRA_AVOID_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_AVOID_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_AVOID_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_9	TRA_DRVST_YR_COF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = CURRENTLY_NO_DL]		
Depuis combien d'années environ avez-vous cessé de conduire?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT, INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN AN		
	_____ **(MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)**	
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_9a	TRA_CEASE_COF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = CURRENTLY_NO_DL]		
Quels sont les facteurs ou les événements qui vous ont mené à cesser de conduire?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_CEASE_ND_COF4	01	Je n'avais plus besoin de conduire
TRA_CEASE_EN_COF4	02	Je n'aimais plus conduire
TRA_CEASE_CO_COF4	03	Le coût de l'essence et de l'entretien de ma voiture était trop dispendieux
TRA_CEASE_SF_COF4	04	Je sentais que je n'étais plus un·e conducteur·rice sécuritaire
TRA_CEASE_NR_COF4	05	J'étais nerveux·se ou intimidé·e en conduisant
TRA_CEASE_DR_COF4	06	Mon/Ma médecin m'a conseillé d'arrêter de conduire
TRA_CEASE_FF_COF4	07	Quelqu'un d'autre m'a conseillé d'arrêter de conduire (p. ex., membre de la famille ou ami·e)
TRA_CEASE_PT_COF4	08	Meilleure disponibilité du transport en commun
TRA_CEASE_DP_COF4	09	Événements liés à la conduite, comme une collision ou des points d'inaptitude
TRA_CEASE_RE_COF4	10	Renouvellement du permis de conduire ou besoin de passer un test de conduite
TRA_CEASE_IN_COF4	11	Incapable de satisfaire aux conditions nécessaires pour renouveler le permis de conduire
TRA_CEASE_PC_COF4	12	Problème ou limitation physique
TRA_CEASE_DV_COF4	13	Vision qui se détériore
TRA_CEASE_LC_COF4	14	Moins de confiance pour conduire
TRA_CEASE_NONE_COF4	96	Aucune raison
TRA_CEASE_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_CEASE_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_CEASE_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_10	TRA_MED_COF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
Avez-vous déjà parlé de votre sécurité au volant avec votre médecin de famille, votre optométriste, un·e autre médecin, un·e infirmier·ère ou un·e pharmacien·ne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_10a	TRA_MEDTPC_COF4	
[ASK IF TRA_MED_COF4 = YES]		
Avez-vous discuté avec ce ou ces professionnel·le(s) de la santé de l'un ou l'autre des sujets suivants, liés à votre conduite?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_MEDTPC_CON_COF4	01	Problème de sécurité potentiel lié à un problème de santé que vous avez
TRA_MEDTPC_MED_COF4	02	Problème de sécurité potentiel lié à un médicament sur ordonnance
TRA_MEDTPC_HRB_COF4	03	Problème de sécurité potentiel lié à un médicament en vente libre ou à des produits/suppléments de phytothérapie
TRA_MEDTPC_ACC_COF4	04	Un accident automobile ou un quasi-accident dans lequel vous étiez impliqué·e
TRA_MEDTPC_INF_COF4	05	Infraction au Code de la route (p. ex., contravention pour vitesse)
TRA_MEDTPC_THR_COF4	06	Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par un·e ergothérapeute
TRA_MEDTPC_LCS_COF4	07	Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par une agence de délivrance de permis
TRA_MEDTPC_TRN_COF4	08	Cours de perfectionnement en matière de conduite
TRA_MEDTPC_ADV_COF4	09	Renseignements généraux/conseils de votre médecin
TRA_MEDTPC_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TRA_MEDTPC_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
TRA_MEDTPC_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_11	TRA_ACCID_COF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_COF4 ≠ NEVER_DL]		
Avez-vous été impliqué·e dans une collision alors que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé dans les trois dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

TRA_END

Environnements construits (ENV)

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

ENV_1-ENV_9

[ALWAYS ASK]

Que pensez-vous de votre voisinage, c'est-à-dire une zone autour de votre domicile équivalant à une marche de 20 minutes ou d'environ 1,6 km? Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E HABITE DANS UNE ZONE RURALE, SA PERCEPTION DE SON VOISINAGE POURRAIT ÊTRE DIFFÉRENTE DE LA DÉFINITION DONNÉE, C.-À-D. UNE ZONE AUTOUR DE SON DOMICILE ÉQUIVALANT À UNE MARCHE DE 20 MINUTES OU D'ENVIRON UN KILOMÈTRE. DEMANDEZ-LUI D'INTERPRÉTER LE TERME « VOISINAGE » EN FONCTION DE LA COMMUNAUTÉ DANS LAQUELLE IL/ELLE VIT.

ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ

		Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	** NSP / PR	** RF
		STRONGLY_AGREE	AGREE	DISAGREE	STRONGLY_DISAGREE	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ENV_FLPRTAREA_COF4	Je ressens vraiment une appartenance à ce voisinage						
ENV_VNDLSM_COF4	Le vandalisme ou les graffitis sont un grave problème dans ce voisinage						
ENV_FLLNLY_COF4	Je me sens souvent seul·e dans ce voisinage						
ENV_PPLTRST_COF4	On peut faire confiance à la plupart des gens dans ce voisinage						
ENV_AFRDWLK_COF4	Les gens auraient peur de marcher seuls dans ce voisinage après la tombée de la nuit						
ENV_PPLFRNDLY_COF4	La plupart des gens de ce voisinage sont gentils						

ENV_1-ENV_9 (cont'd…)							
		Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	** NSP / PR	** RF
		STRONGLY_AGREE	AGREE	DISAGREE	STRONGLY_DISAGREE	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ENV_PPLTKADV_COF4	Les gens de ce voisinage vont profiter de vous						
ENV_CLEAN_COF4	Ce voisinage est gardé bien propre						
ENV_PPLHLP_COF4	Si vous éprouviez des ennuis, un bon nombre de personnes de ce voisinage vous aideraient						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

ENV_END

Patrimoine (WEA)

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

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

WEA_1	**WEA_SVNGS_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels parmi les régimes d'épargne ou de placement suivants possédez-vous (ou votre époux·se / conjoint·e de fait)?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_SVNGS_ACC_COF4	01	Compte dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement
WEA_SVNGS_RRSP_COF4	02	REER
WEA_SVNGS_INV_COF4	03	Placements en dehors des REER
WEA_SVNGS_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucun
WEA_SVNGS_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
WEA_SVNGS_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_2	**WEA_SVNGSVL_COF4**	
[ASK IF WEA_SVNGS_COF4 ≠ WEA_SVNGS_NONE_COF4 AND WEA_SVNGS_COF4 ≠ WEA_SVNGS_DK_NA_COF4 AND WEA_SVNGS_COF4 ≠ WEA_SVNGS_REFUSED_COF4]		
Quelle est la valeur totale approximative de ces épargnes et de ces placements?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_50000	1	Moins de 50 000 $
50000_100000	2	De 50 000 $ à moins de 100 000 $
100000_MILLION	3	De 100 000 $ à moins de 1 000 000 $
MORE_MILLION	4	1 000 000 $ et plus
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_3	WEA_LFINS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous (ou votre époux·se / conjoint·e de fait) avez souscrit à une assurance-vie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_4	WEA_ASSETS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'aide de la liste suivante, veuillez indiquer quels actifs vous (et votre époux·se / conjoint·e de fait) possédez, le cas échéant.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_ASSETS_HSE_COF4	01	Maison, appartement ou propriété de plaisance, y compris les multi propriétés, sauf la résidence principale
WEA_ASSETS_PRES_COF4	02	Résidence principale
WEA_ASSETS_FBS_COF4	03	Exploitation agricole ou actifs de société (comme un atelier, un entrepôt ou un garage)
WEA_ASSETS_OTL_COF4	04	Autres terrains
WEA_ASSETS_MOWD_COF4	05	Emprunts par des tiers
WEA_ASSETS_TRST_COF4	06	Fiducie
WEA_ASSETS_CINH_COF4	07	Contrat / entente ou héritage
WEA_ASSETS_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucun
WEA_ASSETS_OTSP_COF4	97	Autres actifs (y compris des œuvres d'art ou objets de collection, comme des antiquités ou des bijoux) : _____
WEA_ASSETS_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
WEA_ASSETS_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_5	WEA_DEBT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous (ou votre époux·se / conjoint·e de fait) avez contracté l'une ou l'autre des dettes suivantes?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_DEBT_CCRD_COF4	01	Dettes de cartes de crédit ou de cartes privatives
WEA_DEBT_DBI_COF4	02	Dettes contractées auprès d'ami·es, de membres de la famille ou d'autres personnes
WEA_DEBT_LNS_COF4	03	Prêts contractés auprès de banques ou d'institutions financières, y compris les découverts, sauf les prêts hypothécaires
WEA_DEBT_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucune
WEA_DEBT_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
WEA_DEBT_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_6	WEA_FNSTATUS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la gestion de vos finances (et celle de votre époux·se / conjoint·e de fait)?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_WELL	1	Très bonne
QUITE_WELL	2	Assez bonne
GET_BY	3	Débrouille bien
NOT_VERY_WELL	4	Pas très bonne
SOME_DIFFICULTIES	5	J'ai (nous avons) quelques difficultés financières
SEVERE_DIFFICULTIES	6	J'ai (nous avons) des difficultés financières majeures
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_7	WEA_INCNEEDS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À votre avis, dans quelle mesure votre revenu vous permet-il de satisfaire vos besoins fondamentaux?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_WELL	1	Tout à fait
ADEQUATELY	2	Raisonnablement
SOME_DIFFICULTY	3	Avec certaines difficultés
NOT_VERY_WELL	4	Pas vraiment
TOTALLY_INADEQUATELY	5	Pas du tout
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_8	WEA_THNGS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Le fait de ne pas avoir suffisamment d'argent vous empêche-t-il de faire ce qui suit?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_THNGS_FOD_COF4	01	Acheter vos produits alimentaires préférés
WEA_THNGS_FFO_COF4	02	Inviter les membres de votre famille ou vos ami·es à prendre un verre ou un repas
WEA_THNGS_POF_COF4	03	Acheter un vêtement pour un événement social ou une fête de famille
WEA_THNGS_HMR_COF4	04	Entretenir votre maison
WEA_THNGS_REL_COF4	05	Remplacer ou réparer les appareils électriques
WEA_THNGS_TRSP_COF4	06	Payer les tarifs ou les autres frais de transport en direction ou en provenance de vos lieux de destination
WEA_THNGS_PRES_COF4	07	Acheter des cadeaux aux membres de votre famille ou à vos ami·es
WEA_THNGS_HLDY_COF4	08	Choisir le genre de vacances que vous souhaiteriez
WEA_THNGS_TRSLF_COF4	09	Vous offrir une gâterie de temps à autre
WEA_THNGS_NONE_COF4	96	**[NE PAS LIRE]** Aucune de ces réponses / ne s'applique pas
WEA_THNGS_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
WEA_THNGS_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_9	WEA_ORGMONEY_COF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_COF4 = MARRIED OR COMMON_LAW2]		
Chacun·e d'entre nous gère ses finances familiales à sa façon. Laquelle parmi les méthodes suivantes décrit le mieux la façon dont vous gérez les vôtres? Si aucune réponse ne décrit exactement votre situation, veuillez choisir celle qui s'y rapproche le plus.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
I_DO	01	Je gère tout le budget du ménage à l'exception des dépenses personnelles de mon époux·se / conjoint·e de fait
PARTNER	02	Mon époux·se / conjoint·e de fait gère tout le budget du ménage à l'exception de mes dépenses personnelles
I_DO_ALLOWANCE	03	Je gère tout le budget du ménage. Mon époux·se / conjoint·e de fait reçoit une allocation pour l'entretien domestique
PARTNER_ALLOWANCE	04	Mon époux·se / conjoint·e de fait gère tout le budget du ménage. Je reçois une allocation pour l'entretien domestique.
SHARE	05	Nous partageons et gérons ensemble les finances du ménage
SEPARATE	06	Nous gérons nos finances séparément
OTSP	97	Nous avons pris d'autres dispositions (veuillez préciser) : _____
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_10	WEA_FNDEC_COF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_COF4 = MARRIED OR COMMON_LAW2]		
Dans votre ménage, qui a le dernier mot lorsqu'il s'agit de prendre des décisions financières importantes?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
I_DO	01	Moi
PARTNER	02	Mon époux·se / conjoint·e de fait
EQUAL	03	Mon époux·se / conjoint·e de fait et moi prenons les décisions ensemble
OTSP	97	Un tiers (veuillez préciser le lien avec vous : _____)
DK_NA	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_11	WEA_SUFFUND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À votre avis, quelles sont les probabilités qu'à un certain moment dans l'avenir vous ne disposiez pas de ressources financières suffisantes pour répondre à vos besoins?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_OR_NO	1	Peu ou pas probable
SOME	2	Probable
HIGH	3	Très probable
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_12	WEA_INHERT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelles sont les probabilités que vous (et votre époux·se / conjoint·e de fait ensemble) laissiez en héritage un montant supérieur à 100 000 $?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE	1	Aucune
LOW	2	Faibles
MODERATE	3	Modérées
HIGH	4	Élevées
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

WEA_END

Réseautage social en ligne (INT)

Aperçu	Les questions de ce module portent sur l'utilisation d'Internet, de courriels et de sites de réseautage social. **Importance du module :** L'information recueillie dans ce module aidera les scientifiques à estimer la présence en ligne des participant·es et à comprendre comment les adultes plus âgé·es s'adaptent aux technologies pour se construire des réseaux sociaux.

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

INT_1	**INT_ACCESSHM_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous avez accès à Internet ou à un courriel à la maison?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_2	**INT_FRQEMAIL_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence utilisez-vous votre courriel?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_3	INT_FRQWBSTS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence utilisez-vous Internet pour accéder à des sites Web?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_4	INT_FRQHLTH_COF4	
[ASK IF INT_FRQWBSTS_COF4 ≠ NEVER]		
À quelle fréquence utilisez-vous habituellement Internet pour chercher des informations sur la santé?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_5	INT_SCLNTWRK_COF4	
[ASK IF INT_FRQWBSTS_COF4 ≠ NEVER]		
Utilisez-vous présentement des sites de réseautage social sur le Web? Par exemple, Facebook, LinkedIn, Instagram, YouTube, Twitter, les applications de messagerie, Pinterest, MySpace, MSNGroups. Ne pas inclure le courriel.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6	INT_WYSSCL_COF4	
[ASK IF INT_SCLNTWRK_COF4 = YES]		
Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous les réseaux sociaux? Est-ce pour…		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INT_WYSSCL_MNF_COF4	01	Vous faire de nouveaux ami·es
INT_WYSSCL_FRI_COF4	02	Rester en contact ou planifier des activités avec vos ami·es
INT_WYSSCL_FAM_COF4	03	Rester en contact ou planifier des activités avec votre famille
INT_WYSSCL_PRO_COF4	04	Vous promouvoir ou promouvoir votre travail
INT_WYSSCL_INF_COF4	05	Partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt)
INT_WYSSCL_OTSP_COF4	97	Autre : _____
INT_WYSSCL_DK_NA_COF4	98	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
INT_WYSSCL_REFUSED_COF4	99	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6a	INT_FRQMNF_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_MNF_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous faire de nouveaux ami·es?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6b	INT_FRQFRI_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_FRI_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec vos ami·es?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6c	INT_FRQFAM_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_FAM_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec votre famille?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6d	INT_FRQPRO_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_PRO_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous promouvoir ou promouvoir votre travail?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6e	INT_FRQINF_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_INF_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_6f	INT_FRQOTSP_COF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_COF4 = INT_WYSSCL_OTSP_COF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour **[BRING IN VERBATIM RESPONSES FROM INT_WYSSCL_OTSP_COF4]**?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
FEW_TIMES_WEEK	2	Quelques fois par semaine
FEW_TIMES_MONTH	3	Quelques fois par mois
FEW_TIMES_YEAR	4	Quelques fois par année
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

INT_END

Métamémoire (MEM)

Aperçu	Les personnes d'âge moyen et les personnes âgées se plaignent très souvent de pertes de mémoire. Bien que chez certain·es, ces pertes de mémoire révèlent une maladie cognitive, comme un trouble cognitif léger ou la démence, de nombreuses personnes ont des pertes de mémoire sans avoir aucune maladie cognitive déclarée. La signification des pertes de mémoire chez les individus dont la cognition est normale fait l'objet d'un débat depuis plusieurs années.

Les questions suivantes portent sur des situations de tous les jours où vous devez utiliser votre mémoire. Pour évaluer chaque situation, pensez au fonctionnement de votre mémoire au cours des deux dernières semaines.

MEM_1	**MEM_PAYBILL_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de payer une facture à temps?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_2	**MEM_MPLAC_COF4**	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de perdre quelque chose dont vous vous servez quotidiennement, comme vos clés ou vos lunettes?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_3	MEM_RMNUM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir du mal à vous souvenir du numéro de téléphone que vous venez de chercher?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
NO_NEED	6	Pas besoin de s'en souvenir
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_4	MEM_RCNME_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ne pas vous souvenir du nom d'une personne que vous venez de rencontrer?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_5	MEM_LVTHG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier quelque chose que vous aviez prévu de prendre avec vous?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_6	MEM_FGAPT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier un rendez-vous?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_7	MEM_FGTDO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier ce que vous alliez faire, par exemple, d'entrer dans une pièce et d'oublier pourquoi vous y êtes venu?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_8	MEM_FGERD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de faire une course?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_9	MEM_SPWRD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à trouver le mot que vous cherchez?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_10	MEM_MBDTL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des problèmes pour vous souvenir des détails d'un article de journal ou de magazine que vous avez lu plus tôt dans la journée?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_11	MEM_FGMED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_12	MEM_NAMEK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ne pas vous souvenir du nom d'une personne que vous connaissez depuis assez longtemps?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_13	MEM_PSMEG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de transmettre un message?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_14	MEM_FGSAY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier ce que vous alliez dire au cours d'une conversation?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_15	MEM_FGANV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier un anniversaire ou la date d'un événement important dont vous aviez l'habitude de vous souvenir?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_16	MEM_TELNM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier un numéro de téléphone que vous utilisez fréquemment?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_17	MEM_RETELL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de raconter deux fois une histoire ou une blague à la même personne parce que vous avez oublié que vous la lui avez déjà racontée?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_18	MEM_PLAWY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ne pas retrouver quelque chose que vous aviez rangé il y a quelques jours?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_19	MEM_BUYTH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier quelque chose que vous aviez l'intention d'acheter?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

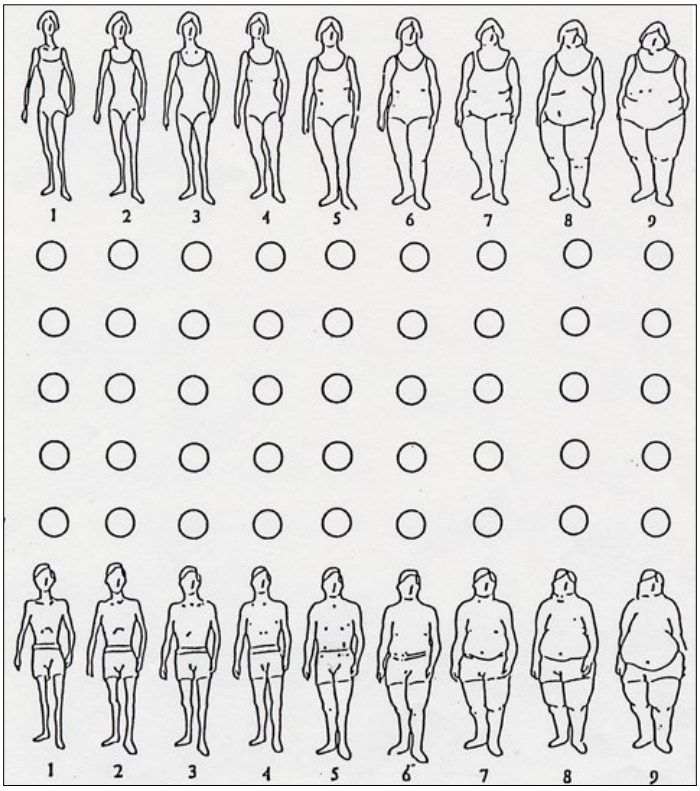
MEM_20	MEM_DTCNV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier les détails d'une conversation récente?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	**[NE PAS LIRE]** Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	**[NE PAS LIRE]** Refus

MEM_END

Perception du poids (WTP) – (Ne fait pas partie de l'entrevue à domicile par téléphone)

Must A, Willett WC, Dietz WH. Remote recall of childhood height, weight, and body build by elderly subjects. Am J Epidemiol 1993;138(1):56-64

Aperçu	Maintenant, veuillez choisir parmi ces neuf schémas celui qui, selon vous, représente le mieux votre silhouette à l'âge de 25, 45, 55 et 65 ans, puis actuellement.



INTERVIEWEUR·SE : Donnez au/à la participant·e une copie papier du schéma ci-dessus afin qu'il/elle puisse le regarder. Pendant que le/la participant·e regarde le schéma, posez-lui la question qui suit.

WTP_1a-WTP_1e				
[ALWAYS ASK]				
Quel schéma représente le mieux votre silhouette à chacun des âges suivants?				
LIRE LA LISTE, É ENREGISTRER UNE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ				
			**NSP / PR	**RF
			DK_NA	RF
			8	9
WTP_IMAGE 25_COF4	25 ans	**_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)**		
WTP_IMAGE 45_COF4	45 ans	**_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)**		
POSER SI LE/LA PARTICIPANT·E A ≥ 55 ANS				
WTP_IMAGE 55_COF4	55 ans	**_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)**		
POSER SI LE/LA PARTICIPANT·E A ≥ 65 ANS				
WTP_IMAGE 65_COF4	65 ans	**_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)**		
WTP_IMAGE CUR_COF4	Actuellement	**_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)**		

**** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

WTP_END

END